

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XX – N. 83 LUGLIO-SETTEMBRE 2012

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

3 Innovazione al cubo

Elio Borgonovi

SAGGI

9 Corporate rebranding di un'azienda ospedaliera pubblica. Un'analisi dei fattori critici di successo

Daniela Andreini, Mara Bergamaschi, Giuseppe Pedeliento

23 Logiche e strumenti per la valutazione dell'integrazione territorio-ospedale-territorio: un'analisi su tre percorsi

Clara Carbone, Amelia Compagni, Eleonora Corsalini

45 Modelli assistenziali e costi dei malati di SLA: evidenze dal caso lombardo

Francesca Lecci, Francesco Longo, Alberto Ricci

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

63 Il sistema sanitario indiano. Scenari attuali e prospettive future

Maria Michela Gianino, Manuela Bianco

87 Medicina trasfusionale: definizione e applicazione di un modello di accountability nella Regione Marche

Lucia Montanini, Alessia D'Andrea

103 Il settore dell'assistenza sociale e socio-sanitaria alle persone disabili in Lombardia: caratteristiche, criticità, policy

Elisabetta Notarnicola

123 Management della conoscenza e qualità del servizio: un'analisi su un centro di riabilitazione

Daria Sarti, Anna Romiti

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

135 Novità bibliografiche

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 Prentestini

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.

Innovazione al cubo

ELIO BORGONOVÌ

Come sopravvivere e svilupparsi nell'economia e nella società globale? L'ovvia risposta è aumentare la produttività e la competitività delle imprese e dell'intero sistema-paese tramite l'innovazione.

Come affrontare la crisi finanziaria, dell'economia reale e della finanza pubblica? Ovviamente, tramite l'innovazione dei modelli di business (per le imprese) e delle logiche di funzionamento delle amministrazioni pubbliche.

Come affrontare i grandi problemi comuni al mondo intero, quali il riscaldamento globale, l'inquinamento, il progressivo esaurimento delle fonti di energia e di altre risorse, la povertà e la mancanza di salute per miliardi di abitanti della terra, l'emergere di nuove patologie e tanti altri? Ancora una volta, la risposta più comune e più diffusa è quella dell'innovazione prodotta dalla ricerca.

Queste risposte hanno tuttavia un elevato grado di indeterminatezza con riguardo ai contenuti del termine innovazione, che possono essere identificati come segue:

- *innovazione delle conoscenze scientifiche e tecniche;*
- *innovazione manageriale;*
- *innovazione della cultura, degli atteggiamenti, dei comportamenti.*

Per passare dalle enunciazioni di principio della rilevanza dell'innovazione alla concreta applicazione dello stesso, occorre far riferimento ai fattori che possono determinare un cambiamento in questa direzione. Si può, così, far riferimento a:

- *pressioni generate dal mercato (per le imprese);*
- *vincoli delle leggi (per il sistema delle amministrazioni pubbliche, delle agenzie e degli organismi ad esse collegate);*
- *motivazioni delle persone (sia per i settori privati profit e non profit, sia per i settori pubblici a vario livello – locale, regionale, nazionale –).*

Si può dire che una simile formula, dell'«innovazione al cubo», sia particolarmente adatta per descrivere e per analizzare la situazione attuale del Ssn. Infatti, tutti i sistemi di tutela della salute (sia quelli basati sul modello di servizio sanitario nazionale, che mutualistico, o di assicurazioni private) si trovano di fronte a una molteplicità di sfide, affrontare le quali potrebbe sembrare una «mission: impossible» qualora si prescindano dall'innovazione. Da un lato, la tutela della salute è stata definita come diritto della persona nelle dichiarazioni dell'Onu, dell'Oms e di altri organismi internazionali del genere; dall'altro, essa è minacciata dalla profonda crisi economico-finanziaria della finanza pubblica, che impedisce il pieno rispetto di questo diritto, la sua estensione ai Paesi che non lo hanno ancora recepito come tale, il suo mantenimento nei Paesi maggiormente esposti alla crisi. Tra questi ultimi rientra, purtroppo, il nostro Paese, nel quale molti continuano a discutere sul principio astratto della estensione dei livelli «essenziali» di assistenza, senza accorgersi che la crisi rende giorno dopo giorno sempre maggiore il rischio che siano ridotti addirittura i livelli «effettivi» di assistenza, anche nelle Regioni considerate più efficienti. Giocando sugli acronimi, si può dire che vi è una crescente divaricazione tra Lea (in cui la «E» è l'acronimo per l'aggettivo «essenziali») e Lea (in cui essa è l'acronimo per l'aggettivo «effettivi») e tra Lea di diverse Regioni, in particolare delle Regioni sottoposte a Piano di rientro e delle Regioni

non sottoposte a tale misura di intervento e controllo da parte dello Stato. Nelle prime, i livelli effettivi di assistenza sono fortemente condizionati dai vincoli finanziari e dalla preminenza (del tutto discutibile, ma che per alcuni appare inevitabile nell'attuale contesto) del criterio di contenimento della spesa nel breve periodo.

Passando agli aspetti di contenuto, si può rilevare che l'innovazione delle conoscenze è rapidissima, se è vero, come affermano molti studi e ricerche, che nel giro di cinque anni circa la metà delle conoscenze in campo medico-scientifico sono da considerare già superate e devono essere rinnovate. Ciò impone, anzi è meglio dire imporrebbe poiché ciò non sempre accade, un processo di aggiornamento, riqualificazione, formazione di medici, infermieri, tecnici, altri professionisti della salute, per poter garantire adeguati livelli di appropriatezza degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione. Purtroppo, si deve rilevare che non esiste una politica complessiva (si dice di sistema) per favorire e sostenere questo processo. Politica che è ancor più debole per quanto riguarda il secondo tipo di contenuti, ossia l'innovazione manageriale. Da vent'anni è stato introdotto nel nostro sistema il cosiddetto «modello aziendale» ed è stata recepita anche sul piano normativo l'importanza del management. Come si è già avuto modo di sottolineare in numerosi editoriali, vi è stata una distorsione nella concezione di tali termini e una divaricazione tra il dover essere e l'essere. Distorsione in quanto, invece di considerare il «modello aziendale» come capacità di gestire sistemi complessi, lo si è spesso inteso come preminenza degli aspetti economici (che sono strumentali) su quelli di tutela della salute (che sono finalistici e quindi da privilegiare). Inoltre, il termine management, invece di essere inteso come capacità di governare l'azienda cercando e trovando un equilibrio sostenibile tra diverse dimensioni, è spesso stato inteso come ricerca del pareggio di bilancio, sia da parte dei regolatori (Stato e Regioni) sia da parte dei direttori generali o dei dirigenti di vario livello nelle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere.

Ancor più difficile appare l'innovazione culturale e dei comportamenti. Infatti, essa dipende da valori e attitudini personali, dalle pressioni esterne e dalle regole di funzionamento di aziende sanitarie, ospedali, altre strutture in cui le persone sono inserite. Per esempio, vi sono distorsioni del tutto comprensibili, anche se ormai difficilmente difendibili, riconducibili al principio secondo cui i comportamenti di medici, infermieri e altri operatori possono essere guidati solo da principi etici e deontologici. Ciò è sicuramente vero, ma può dare adito a due tipi di distorsioni. Innanzitutto, vi sono medici e altri operatori che, rivendicando questo principio, si sottraggono a valutazioni di efficacia delle loro azioni basate sulle evidenze dei risultati ottenuti o a valutazioni di efficienza. Nessuna organizzazione complessa può funzionare bene e può raggiungere l'equilibrio economico se non sono accettati strumenti espliciti per mettere a confronto comportamenti diversi, per individuare persone che lavorano bene e in modo efficiente, distinguendole da persone che lavorano meno bene e con minore efficienza, persone che pur garantendo buoni livelli di assistenza potrebbero comunque migliorare, persone che lavorano bene individualmente ma non contribuiscono al buon funzionamento di équipe, persone che sono concentrate sulle proprie discipline e sulle proprie attività di assistenza e persone che accettano un approccio interdisciplinare che, oltre ad avere una maggiore validità sul piano assistenziale, consente di tener conto unitariamente del bisogno di salute della persona invece che curare la specifica malattia o lo specifico organo. In secondo luogo, il rifiuto di sistemi di verifica consente anche comportamenti non conformi a questi principi. Si fa riferimento ai casi di medici che chiedono pagamenti in nero per le proprie prestazioni, che contribuiscono ad allungare le liste di attesa negli ospedali pubblici per certe prestazioni, solo al fine di dirottare i pazienti verso quelle a pagamento (sia nell'attività libero-professionale intramuraria o, addirittura, in strutture private nelle quali essi operano), a infermieri e altro personale di assistenza che trascurano le esigenze dei pazienti, a personale amministrativo che non si preoccupa di comprare a prezzi bassi o che, addirittura, chiede compensi illeciti per gli acquisti.

Se però si riflette a fondo ci si può accorgere che il problema rilevante è quello della introduzione dell'innovazione. Per mantenere la formula dell' «innovazione al cubo» si può dire che, quando le conoscenze di tipo medico-scientifico sono incorporate in una tecnologia, o quando le innovazioni manageriali sono collegate a quelle che vengono definiti i «sistemi operativi» (per esempio, di programmazione e controllo, di budgeting, raccolta ed elaborazione delle informazioni, di HTA - Health Technology Assessment, ecc.), in un certo senso esse entrano automaticamente nelle aziende e modificano i comportamenti. Vi possono essere alcune resistenze che ritardano gli effetti ma, in tempi relativamente brevi, la tecnologia e i sistemi operativi si impongono e le persone ne devono prendere atto. Quando viene scoperto un nuovo farmaco, viene prodotta una nuova protesi, viene scoperta una nuova tecnologia essi sono impiegati e si diffondono automaticamente. In questi casi, i problemi da affrontare riguardano la disponibilità di risorse finanziarie (per esempio, vi possono essere limiti di spesa che impediscono l'acquisto), la necessità di evitare sprechi (per esempio, acquisto di tecnologie che poi vengono messe negli scantinati e non sono utilizzate o acquisto di farmaci non necessari) o eccesso di tecnologie. Nella cultura che si è imposta negli ultimi decenni, il progresso è stato spesso confuso con la tecnologia, per cui viene considerato migliore l'ospedale che ha tecnologie più avanzate. Questa cultura, che è sempre stata criticata da un certo filone di pensiero che si può definire di «ecologia della salute», oggi è messa in discussione anche sulla base di numerose ricerche che hanno evidenziato come, sempre più spesso, le tecnologie «più avanzate» non siano quelle più utili ai fini dello stato di salute e, soprattutto, non siano quelle più adatte allo specifico contesto. Recentemente un amico mi ha ricordato come, durante una missione in un Paese povero dell'Africa, aveva trovato attrezzature diagnostiche molto avanzate, donate da una organizzazione di cooperazione internazionale, che, evidentemente, non potevano essere utilizzate in quanto in quel Paese mancavano degli ospedali attrezzati, i medici in grado di utilizzarle e, banalmente, i pazienti. In quell'ambiente, sarebbero state necessarie attrezzature di base da usare in ambulatori dei villaggi o dotazioni di farmaci a basso costo, utili a combattere patologie endemiche. Ugualmente, sono sempre più numerosi gli studi che mettono in evidenza come farmaci di nuova generazione, molto efficaci per combattere patologie nelle fasi acute, possano diventare addirittura pericolosi se utilizzati in modo improprio dai medici, dagli infermieri e dagli stessi pazienti. Anche nel caso di sistemi di gestione, per esempio il budget, il rischio è quello di una adozione puramente formale che non cambia i comportamenti reali o che, addirittura, determina distorsioni nei comportamenti. Invece di stimolare la ricerca della appropriatezza e dell'efficienza, l'adozione dei budget può portare a ridurre i livelli di assistenza «a causa del raggiungimento dei limiti di budget». È noto che, negli ultimi anni, molte aziende sanitarie e molte aziende ospedaliere, approssimandosi la fine dell'esercizio, «bloccano» determinate prestazioni (per esempio, di diagnosi, di ricoveri elettivi non urgenti, di riabilitazione) e le rinviando all'anno d'esercizio successivo poiché hanno raggiunto il tetto della spesa consentita.

In secondo luogo, quando l'innovazione è collegata all'acquisizione di nuove conoscenze, competenze, capacità tecniche (per esempio nel caso di nuove tecniche chirurgiche o ricostruttive) di medici, infermieri o altri operatori, il problema si sposta e viene definito di knowledge management. Gli innovatori sono spesso «allergici alle regole» e, non di rado, hanno caratteri forti e tendenze egocentriche. In questo caso, chi vuole favorire l'innovazione deve essere in grado di riconoscere queste persone, di garantire le condizioni affinché esse possano sperimentare e diffondere nuovi approcci diagnostici, terapeutici, riabilitativi, di trovare il modo per acquisire le tecnologie di cui essi hanno bisogno. Ma, soprattutto, deve preoccuparsi delle «gelosie professionali» che quasi sempre sorgono e che contrappongono coloro che usano approcci tradizionali al paziente e coloro che usano approcci innovativi, deve preoccuparsi di prevenire o gestire i conflitti, deve essere chiaro nel far comprendere agli innovatori che non possono pretendere di far ruotare attorno a sé le scelte dell'ospedale e dell'azienda sanitaria. Quando in un'azienda sanitaria o in un'azienda ospedaliera viene inserito un chirurgo, un medico, un neurochirurgo, un cardiologo, un cardiocirurgo, ecc., che si è specializzato nel trattare certi pazienti, il Direttore generale deve chiarire a lui e

alla sua équipe che devono accettare di trattare anche altre patologie che rispondono alle esigenze del territorio. Oppure il Direttore generale deve definire una politica in base alla quale, accanto al medico innovatore e alla sua équipe, operano altri medici e altre équipe senza che nascano tensioni per «accaparrarsi» i pazienti. Se poi le situazioni di salute per le quali si specializzano gli innovatori, nel bacino di utenza dell'Asl o dell'ospedale, non sono in numero sufficiente da giustificare una équipe o una unità operativa specializzata, occorre attivare accordi con altre aziende sanitarie, in modo da ampliare il bacino di utenza e utilizzare al meglio le potenzialità degli innovatori. Se questi problemi di «inserimento» degli innovatori nella strategia e nella operatività delle aziende non vengono compresi in anticipo, valutati adeguatamente e gestiti, possono determinare situazioni di conflitto che hanno riflessi negativi sulla funzionalità e sul clima organizzativo.

In terzo luogo, è importante una riflessione sulle condizioni che generano e diffondono l'innovazione. Si è scritto dei sistemi tramite cui si genera (con la ricerca) e si diffonde (con le tecnologie e le metodiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative) l'innovazione di carattere professionale. Con riferimento, invece, all'innovazione manageriale spesso si sostiene che essa viene generata e si diffonde soprattutto a seguito delle «pressioni competitive» (nel settore privato o nei settori pubblici esposti alla concorrenza) o a seguito di cambiamenti normativi (nei settori pubblici, come nel caso del Ssn). Qualcuno poi ritiene che una forte tensione all'innovazione possa derivare da un uso combinato dei due strumenti. Si spiega in questo modo il rapido susseguirsi, anche nel Ssn, di leggi, decreti, linee-guida che impongono tetti di spesa (per creare pressioni sostitutive del mercato), che mettono in concorrenza aziende ospedaliere o aziende sanitarie, che impongono l'adozione di standard (per esempio, standard di dotazione di posti-letto o di personale, standard per il numero di unità operative nelle diverse specialità sulla base del numero di abitanti, standard di costi, ecc.), che prevedono la rilevazione e la trasmissione di informazioni sugli esiti delle cure, sui costi, sulla qualità dei servizi. Sarebbe banale sostenere che non basta una legge per cambiare il mondo o, più semplicemente, per cambiare comportamenti radicati da tempo, o che nel Paese del Gattopardo (ma in verità in tutti i Paesi del mondo con maggiore o minore intensità) può accadere che «tutto cambi affinché nulla cambi» o che i cambiamenti siano sempre meno radicali e meno diffusi di quanto non sia previsto dalle leggi o non ci si possa attendere dalle pressioni provenienti dall'esterno. Sarebbe appunto «banale», se non si dovesse riscontrare che l'idea del cambiamento guidato dalle leggi, dai mercati, dalla concorrenza rimanga prevalente e, anzi, si stia rafforzando. Sembra addirittura persistere un effetto perverso, una specie di correlazione negativa che può essere espressa nei seguenti termini: aumentando il numero delle leggi - decreti - linee-guida che sono disattesi o che sono applicati solo parzialmente si incentiva la produzione di altre leggi - decreti - linee-guida che si propongono di ottenere ciò che non è stato possibile ottenere in precedenza. Da questo circolo vizioso nasce quella selva di normative nella quale diventa sempre più difficile districarsi e che, non di rado, rende più difficile la vita a coloro che, per propri valori e motivazioni individuali, professionalità, attitudini all'innovazione, cercano di dare risposte sempre migliori ai pazienti con il minore impiego possibile di risorse, senza riuscire a cambiare i comportamenti di quanti non hanno queste caratteristiche.

In una recente ricerca condotta dal Cergas Bocconi, in partnership con il Ministero della salute, si sono mappate le esperienze adottate in un campione di 90 aziende sanitarie locali su tutto il territorio nazionale e i principali fattori che ne spiegano la diffusione. Da esse è risultato che la diffusione delle innovazioni organizzative e manageriali è dovuta in larga parte a due fattori: la stabilità dei direttori generali e la loro mobilità. Non si tratta di una contraddizione, ma di due facce della stessa medaglia. Infatti, i direttori generali con elevata professionalità e orientati all'innovazione, devono avere tempo sufficiente per introdurre e stabilizzare una più razionale organizzazione dell'assistenza, la semplificazione delle procedure di ammissioni e dimissioni che consenta una migliore occupazione dei posti-letto, sistemi di rilevazione e valutazione dei rischi sanitari e dei conseguenti interventi per migliorare la sicurezza dei pazienti, modelli assistenziali basati sulla continuità delle

cure ospedale-territorio (focus particolare della ricerca), sistemi di programmazione e controllo, budgeting, analisi dei costi, valutazione del personale, valutazione economica delle tecnologie, processi di aggiornamento professionale e di formazione del personale, ecc. Se il tempo di permanenza al vertice di un'azienda è troppo breve, anche i manager più innovatori ed efficienti possono solo cercare di introdurre alcuni di questi miglioramenti, ma non sono in grado di stabilizzarli. Per cui, quando per motivi vari essi vengono sostituiti, può facilmente accadere che le innovazioni introdotte vengano abbandonate o, nel caso migliore, vengano sostituite con altre innovazioni. Il che comunque fa perdere l'effetto di accumulo. La ricerca di chiamata ha poi evidenziato che il contesto regionale di riferimento gioca un ruolo limitato nello spiegare le scelte di adozione: le dinamiche legislative regionali influenzano soltanto in minima parte le decisioni adottate dalle aziende nel configurare la propria strategia verso l'innovazione organizzativa. Un ruolo centrale in tale direzione è invece giocato dalle strategie seguite dai manager delle aziende sanitarie e nello specifico dai direttori generali. Analizzando i passaggi dei DG da una azienda a un'altra negli ultimi dieci anni, le aziende che hanno avuto il medesimo DG hanno mediamente adottato i medesimi modelli organizzativi, e nello specifico quelli più innovativi (per esempio forme di ospedalizzazione domiciliare). Inoltre, la stabilità del DG in carica in un'azienda è positivamente correlata con il tasso di adozione di innovazione organizzativa. Tale trasferimento è stato ancor più efficace quando, insieme al Direttore generale, si sono spostati il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario.

Infine, si ritiene opportuno sottolineare che l'innovazione gestionale è molto più efficace quando nasce dal basso e non è calata dall'alto. La catena «paziente - professionista - direzione generale di Asl - politiche e indirizzi regionali - politiche e indirizzi statali» è sicuramente molto più efficace di quella inversa che, apparentemente, sembra più forte e di più immediata attuazione. Al riguardo, è possibile citare la recente esperienza di formazione manageriale promossa dal Cipomo (Collegio italiano primari oncologici medici ospedalieri) e realizzata nella Regione Friuli-Venezia Giulia. Avvertendo l'esigenza di un migliore coordinamento tra le diverse unità operative oncologiche che operano in quella Regione, i primari hanno accettato di partecipare a una iniziativa di formazione progettata sulle loro esigenze specifiche. L'iniziativa è partita da un questionario rivolto ai primari delle unità operative, tramite il quale è stato possibile individuare i più rilevanti problemi quotidiani. Per dare attuazione alla politica di contenimento della spesa derivante dai vincoli di finanza pubblica, senza scaricare le conseguenze negative dei pazienti, i primari hanno ritenuto che la soluzione consistesse nella ricerca di innovazioni di carattere organizzativo e nel miglioramento delle loro conoscenze nel campo delle valutazioni economiche. Pertanto, hanno chiesto alla SDA Bocconi di progettare cinque giornate di formazione sui temi della organizzazione dell'assistenza secondo la logica dei PDTA (Processi diagnostico-terapeutici e assistenziali), dei modelli organizzativi per area vasta (dipartimento strutturale o dipartimento funzionale, dipartimenti disciplinari o interdisciplinari, modalità di coordinamento), del rapporto ospedale-territorio per garantire la continuità delle cure, della logica e delle metodologie di technology assessment (HTA) applicate a un settore in cui si vanno diffondendo farmaci e terapie a costi elevati, del knowledge management, della gestione del clima organizzativo e delle situazioni di burn out, che colpisce chi quotidianamente è a contatto con patologie gravi e con la morte. Per ognuna delle cinque giornate è stata identificata una lista di «cose da fare» per avviare e consolidare l'innovazione organizzativa e per diffondere le competenze manageriali richieste. Alla fine del percorso organizzativo vi è stato un confronto con i Direttori delle aziende e con la Regione, nei confronti dei quali sono stati presi alcuni impegni della «comunità professionale» e sono stati chiesti alcuni interventi facilitanti l'innovazione. Nell'ultimo giorno è stato possibile fare «in tempo reale» alcune riflessioni sulla bozza di Decreto relativo agli standard assistenziali e alla istituzione di reti (sette, per diverse patologie, tra le quali figura quella oncologica). In questo modo, l'esperienza di formazione ha quindi ottenuto diversi obiettivi: condividere e diffondere alcune «buone pratiche», stimolare lo spirito di emulazione – che è assai diverso dalla competizione – (per

esempio, con riguardo al PDTA adottato da una delle unità operative per la patologia di tumore al polmone), elaborare proposte concrete che ora si tratterà di attuare, identificare «chi deve fare che cosa» (gli oncologi, i DG, la Regione), prepararsi in anticipo all'innovazione derivante dall'applicazione del Decreto standard quando esso sarà approvato. Ovviamente, l'esperienza è all'inizio di un percorso di miglioramento continuo, che sarà irto di difficoltà, ma che rappresenta la via obbligata per chi vuole costruire sulle persone e sul rapporto tra medico (infermiere e altro personale di assistenza) - paziente, soluzioni gestionali e organizzative in grado di utilizzare le tecnologie e gli approcci assistenziali più utili e non quelli scientificamente ma astrattamente più avanzati. Una via obbligata per preparare il terreno, affinché l'innovazione legislativa si traduca in cambiamento reale e non in «cambiamento gattopardesco».

Corporate rebranding di un'azienda ospedaliera pubblica. Un'analisi dei fattori critici di successo

DANIELA ANDREINI, MARA BERGAMASCHI, GIUSEPPE PEDELIENTO

Public hospitals are a very interesting context to study the implementation as well as the results of marketing strategies. Notwithstanding, few contributions have analyzed the effectiveness of a marketing orientation in the hospital sector, especially as far as hospitals' branding (and rebranding) is concerned. This study analyses the implementation of a rebranding process in a public hospital and evaluates the impact of the new brand name on stakeholders' perceptions. The results suggest that hospitals rebranding does not fit models and managerial recommendations put forward in the literature, especially when negotiation with external actors is concerned. From a managerial perspective this article proposes possible critical success factors that managers should have to take into account in rebranding hospitals and/or other similar organization.

Keywords: corporate rebranding, healthcare marketing, corporate brand

Parole chiave: corporate rebranding, marketing sanitario, corporate brand

Note sugli autori

Università degli Studi di Bergamo, Dipartimento di Economia Aziendale:

Daniela Andreini è ricercatrice - daniela.andreini@unibg.it

Mara Bergamaschi è professore associato - mara.bergamaschi@unibg.it

Giuseppe Pedeliento è dottorando di ricerca - giuseppe.pedeliento@unibg.it

Attribuzione:

Il presente articolo è il risultato del lavoro congiunto dei tre autori. Nella stesura tuttavia D. Andreini ha curato i §§ 4 e 5, M. Bergamaschi i §§ 1, 3 e 6, G. Pedeliento il § 2

1. Introduzione

Elementi e strategie di marketing si rintracciano sempre più spesso nelle aziende di servizi sanitari. Nonostante l'interesse per le potenzialità applicative di tali logiche sia in continua espansione, anche a fronte dell'introduzione di meccanismi competitivi e dell'accresciuto ruolo del paziente nel processo di scelta e di consumo di prestazioni sanitarie, non esiste ampia accettazione in merito all'applicazione di un approccio di marketing in tale contesto.

Alcune delle specificità che connotano la sanità (tra cui l'incertezza e l'irrazionalità del consumatore nel formulare la domanda, il rapporto di fiducia tra medico e paziente, la relazione tra domanda e offerta e la presenza di un terzo pagante) possono, infatti, essere considerate alla stregua di ostacoli naturali all'applicazione di logiche di marketing in questo settore.

In particolare, l'associazione semplicistica tra marketing e promozione delle vendite – tipica dei contesti d'impresa – ha portato il dibattito sugli aspetti di eticità dello stesso applicato al contesto sanitario (Nicholson, 1976). In questo senso, Feldstein (1979) evidenzia come l'introduzione di strumenti di marketing operativo, che tendono a fare valere l'equivalenza tra paziente e cliente nella sanità, generi il rischio di un'esplosione di consumi inappropriati.

Dall'altro lato, invece, l'applicazione di uno strumento quale il marketing nell'ambito delle aziende sanitarie, con finalità più orientate alla gestione del rapporto con l'utente, anche al fine di rendere quest'ultimo soggetto consapevole delle strategie e delle politiche di erogazione del servizio, consente di

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Analisi della letteratura
3. Corporate rebranding e peculiarità delle aziende sanitarie
4. Obiettivi e metodologia della ricerca
5. Risultati
6. Discussione dei risultati e conclusioni

«stabilire, mantenere e rafforzare il rapporto di fiducia tra l'azienda e il paziente» (Mallarini, 2004).

E ancora, l'allargamento del *focus* del marketing alla gestione delle relazioni complessive con l'ambiente esterno e con i principali *stakeholder* (pazienti, operatori, cittadini, fornitori, comuni, ecc.) potrebbe supportare il management nel rispondere agli obiettivi aziendali. Le finalità istituzionali di un'azienda sanitaria pubblica richiedono infatti che, oltre al raggiungimento di risultati economici, venga garantito il temperamento degli interessi e delle aspettative (talvolta contrastanti) espressi dalle diverse categorie di *stakeholder*, nonché un adeguato equilibrio tra istanze tecniche e politiche (Hefetz, Warner, 2004).

Tutto ciò implica la necessità di considerare, nel processo di costruzione delle relazioni di fiducia, tutti gli attori del sistema salute (pazienti, operatori, cittadini, fornitori, Comuni, ecc.).

La presenza di un ampio ventaglio di interessi e la molteplicità di soggetti coinvolti nelle decisioni aziendali dovrebbe dunque portare il management a porre attenzione a una serie di aspettative strutturalmente e incomparabilmente più ampie di quelle presenti nel contesto delle imprese, specialmente ai fini di una corretta implementazione di strategie e azioni di marketing strategico (Parker *et al.*, 2007; Laing, McKee, 2001).

A fronte di tale livello di complessità, poche ricerche hanno offerto evidenze empiriche in grado di spiegare come un'azienda sanitaria possa efficacemente gestire le relazioni con i diversi *stakeholder* e, sulla base di ciò, come impostare i propri processi di marketing strategico (tra cui, per esempio, il posizionamento, la differenziazione concorrenziale, la gestione della marca/brand, l'individuazione dei target, ecc.). In quest'ottica, le operazioni di ridenominazione (*renaming* e/o *rebranding*) di un'azienda sanitaria possono rappresentare un interessante caso di studio.

Quello del valore del nome di un'azienda o *corporate brand* è uno dei concetti più noti e rilevanti sviluppati a partire dagli anni '80 nel mondo delle imprese. In particolare, nella letteratura d'impresa, gli studiosi sembrano concordi nel considerare il successo del *corporate branding* e, di conseguenza, anche

del *rebranding* dipendente dall'esistenza di una forte coerenza tra la visione strategica del *top management*, i valori di fondo dei dipendenti dell'azienda (depositari nella sua cultura organizzativa) e la percezione dell'azienda stessa da parte degli *stakeholder* esterni (utenti/clienti *in primis*).

L'analisi di un processo di *rebranding* di un'azienda ospedaliera pubblica, anche alla luce delle considerazioni fatte in precedenza, appare quindi di estremo interesse perché consente da un lato di testare la valenza di modelli procedurali di *rebranding* (e relative implicazioni manageriali) suggeriti nella letteratura corrente, ma sviluppati sulla base delle esperienze di *rebranding* nell'ambito del mondo delle imprese (Muzellec *et al.*, 2003; Kaikati, 2003; Daly, Maloney, 2004; Muzellec, Lambkin, 2006). Dall'altro, di identificare eventuali fattori critici di successo e pervenire alla definizione di una serie di implicazioni manageriali utili per le organizzazioni sanitarie che vorranno affrontare un cambiamento del nome senza sottovalutare l'impatto che questo ha sui molteplici portatori di interessi. La ricerca si pone dunque l'obiettivo di indagare un'operazione di *rebranding* di un'azienda ospedaliera pubblica italiana che, a seguito dello spostamento in una nuova sede organizzata per intensità di cura, ha deciso di cambiare il proprio *corporate name*. In particolare, attraverso un'analisi documentale, viene ricostruito il processo di *rebranding* e vengono identificati gli attori coinvolti nello stesso, mentre attraverso un'indagine effettuata tramite questionari viene misurato il grado di accettazione e la percezione del nuovo brand dell'ospedale da parte dei diversi *stakeholder*. Obiettivo ultimo è quello di identificare possibili fattori critici di successo di un'operazione di marketing strategico particolarmente complessa come quella legata alla ridenominazione di un ospedale pubblico.

L'articolo è organizzato come segue: nella prima parte, dedicata alla revisione della letteratura in tema di *branding* e *rebranding* in ambito privato e pubblico, viene evidenziato lo stato dell'arte della letteratura corrente e viene presentato il *framework* teorico di riferimento per l'analisi del caso empirico. Nella seconda parte, dopo avere presentato la metodologia della ricerca, vengono discussi i risultati dell'analisi e individuate nuove impli-

cazioni teoriche e manageriali in merito alla gestione di un processo di *rebranding* di un ospedale pubblico.

2. Analisi della letteratura

2.1. *Corporate branding, brand identity, rebranding e renaming*

Il *corporate brand* può essere definito come «the visual, verbal and behavioural expression of an organisation's unique business model» (Bickerton, 2000, p. 42).

Tale definizione, oltre a mettere in evidenza la complessità del fenomeno e sottolineare la rilevanza assunta dai comportamenti degli operatori all'interno dell'organizzazione, induce ad analizzare il fenomeno con riferimento a tutti gli *stakeholder* con i quali l'azienda interagisce (dipendenti, collaboratori, fornitori, clienti, istituzioni, mass media, ecc.).

In particolare, il concetto di *corporate brand* si riferisce al modo in cui diversi gruppi percepiscono il brand dell'azienda, nonché il modo in cui gli stessi decodificano i segnali da esso trasmessi.

D'altro canto, se i dipendenti costituiscono la principale interfaccia tra l'organizzazione e l'ambiente esterno, essi, in qualità di «ambasciatori del brand» (Hemley, 1998, p. 49) possono esercitare un potente impatto sulle percezioni degli altri *stakeholder*, consumatori *in primis* (Freeman, Liedtka, 1997).

Risulta, quindi, evidente come i valori che risiedono all'interno di un'organizzazione, che presentano elementi di forte stabilità nel tempo, e la cultura organizzativa, che costituisce l'identità aziendale (*corporate identity*), pur rappresentando elementi distinti dal *corporate brand*, siano con esso fortemente interrelati. Essi infatti possono incidere profondamente sulla percezione esterna del brand e fanno parte degli elementi che rendono il brand distinguibile.

È per questi motivi che la tematica del *corporate brand* si colloca al confine tra la teoria di marketing sul brand e le teorie organizzative di *corporate identity*. Nel *corporate branding* si possono infatti identificare due approcci di ricerca: il primo rivolto a indagare l'influenza del *corporate brand* sui valori interni, sulla cultura e sulla visione organizzativa (Hatch, Schultz, 2003; Urde, 1999);

il secondo più orientato a studiare l'impatto del *corporate brand* sulle percezioni esterne e sulle relative attività di comunicazione (King, 1991; Keller, 2000; Aaker, 2004).

La sovrapposizione tra queste due prospettive è inevitabile quando il *corporate brand* viene modificato (Einwiller, Will, 2002), determinando quindi un cambiamento dell'immagine e/o dell'identità dell'organizzazione (Muzellec et al, 2003) e un ripensamento dei processi e dei valori organizzativi (Lomax, Mador, 2006). Il rischio insito in tali operazioni sta proprio nell'eventuale discrepanza tra i messaggi veicolati dal nuovo brand e i valori fondanti l'identità organizzativa.

Il termine *rebranding* si riferisce dunque alla disgiunzione o al cambiamento tra la formulazione iniziale di un brand e una nuova formulazione dello stesso (Merrilees, Miller, 2008) o, in un'ottica più ampia, alla pratica di ricostruire un nome che sia rappresentativo di un posizionamento distintivo e un'identità diversa da quella dei concorrenti agli occhi degli *stakeholder* (Muzellec et al., 2003).¹

2.1. Fattori critici di successo nei processi di *rebranding*

Seppur le ragioni retrostanti un'operazione di *rebranding* siano numerose, la letteratura sul tema ha identificato due macro tipologie di cambiamento che potrebbero rendere necessaria l'implementazione di tale processo: una prima, tattica, legata a cambiamenti strutturali e organizzativi (per esempio, cambiamento della proprietà, integrazioni, fusioni, acquisizioni, ecc.); una seconda, strategica, legata a un riposizionamento di mercato o di immagine dell'azienda (Muzellec, Lambkin, 2006). Nel primo caso il fattore chiave di successo di un processo di *rebranding* è la gestione della cultura organizzativa e la ridefinizione dell'identità organizzativa (Muzellec, Doogan, Lambkin, 2003)

Nel secondo invece, il principale fattore critico di successo è rappresentato dalla gestione dell'immagine organizzativa nei riguardi delle diverse categorie di *stakeholder*. In coerenza con questo, Kohli e Labahn (1997) asseriscono che il nuovo nome dovrebbe essere scelto per la sua capacità di essere accettato dai diversi *stakeholder* e che, in particolare, il nuovo brand deve indurre i

clienti a nuove, forti, uniche e positive associazioni di brand (Keller, 1999)

In entrambi i casi, gli autori auspicano che il processo di *rebranding* sia supportato da un'intensa attività di comunicazione e che coinvolga sufficientemente sia gli *stakeholder* interni che quelli esterni.

Soffermandosi sulla natura processuale delle operazioni di *rebranding* Muzzellec e Lambkin (2006) e Merrilees e Miller (2008) hanno indicato alcune linee guida che potrebbero favorirne il successo. Esse possono essere sintetizzate in: i) costruire un team dedicato il cui fine ultimo è quello di conciliare i valori del brand precedente con la visione futura di quello nuovo (Causon, 2004); ii) sviluppare un processo di «vendita interna» per supportare la nuova visione di brand; iii) gestire la comunicazione esterna con i diversi *stakeholder* aziendali.

Il coinvolgimento dei dipendenti rappresenta quindi, come già richiamato, uno dei principali fattori critici di successo, in quanto l'immagine che si forma nella mente degli *stakeholder* esterni è anche il risultato dei messaggi informali trasmessi dai dipendenti (Bernstein, 1984; De Chernatony, 1999; Redhouse, 1999; Macrae, 1991). In particolare Lomax e Mador (2006) indicano come il coinvolgimento del personale interno (a tutti i livelli) sia una delle fasi più curate dalle organizzazioni in rebranding da loro studiate, mentre si annoverano pochissimi casi di coinvolgimento di *stakeholder* esterni nelle fasi preliminari alla comunicazione del nuovo brand.

Dalla letteratura sul *rebranding* d'impresa si deduce in sintesi che, al di là delle motivazioni che inducono a una decisione di cambiamento del *corporate name*, tre sono le chiavi di successo:

- il *rebranding* deve essere gestito dall'alta direzione al fine di rivedere la propria identità interna e/o immagine esterna;
- i dipendenti dell'organizzazione devono essere attivamente coinvolti nel processo;
- l'attività di comunicazione verso gli *stakeholder* interni ed esterni è fondamentale per la buona riuscita di un processo di *rebranding*.

Infine, seppur si rilevino pochi contributi empirici, la letteratura teorica asserisce che

per misurare il successo di qualsiasi operazione di *rebranding* il primo passo è quello di verificare la reazione dei clienti nei confronti del cambiamento del brand.

3. Corporate rebranding e peculiarità delle aziende sanitarie

Se, con riferimento al mondo delle imprese, gli studi sui temi del *corporate rebranding* convergono verso la necessità di attivare un forte coinvolgimento da parte degli *stakeholder* interni, nello specifico delle aziende pubbliche, la letteratura riporta casi di successo di operazioni di *rebranding* anche laddove il coinvolgimento abbia riguardato esclusivamente gli *stakeholder* esterni.

In particolare i principali interlocutori aziendali in questo tipo di operazioni risultano essere la comunità locale e i mass media, piuttosto che il personale interno e gli utilizzatori del servizio (Finney, Scherrebeck-Hansen, 2010; Stuart, Muzellec, 2004).

Con riferimento alle aziende sanitarie i contributi si presentano invece pressoché marginali, seppur l'emergere di un approccio strategico più orientato al consumatore porti inevitabilmente a una rivalutazione dell'importanza e del significato del brand (San Augustine *et al.*, 1992).

A fronte di tale carenza, si ritiene utile, al fine di valutare il livello di complessità che presenta un processo di *rebranding* in un'azienda sanitaria pubblica, ripartire da alcune di quelle che la letteratura scientifica identifica come peculiarità di tale tipologie di realtà.

A tal proposito, tre sembrano essere le aree di particolare interesse: la prima direttamente correlabile alla natura pubblica dell'ospedale; la seconda, legata alle peculiarità del settore in cui opera (la sanità); la terza, legata alla presenza di archetipi culturali e valoriali tipici delle aziende professionali.

Con riferimento al primo punto, vale ancora la pena di sottolineare come le specifiche finalità aziendali e l'intreccio con il sistema politico-istituzionale di riferimento, porti il management delle aziende pubbliche a dover rispondere a una serie di aspettative tra loro fortemente differenziate e spesso contrastanti (Waeraas, 2008). In generale le scelte strategiche di un'azienda sanitaria mettono in gioco interessi conflittuali di molteplici

gruppi sociali; gli organi decisionali devono quindi cimentarsi con questioni non sempre risolvibili solo sul piano tecnico-razionale, ma che spesso richiedono un rilevante impegno di contrattazione e concertazione. Inoltre il reticolo istituzionale in cui gli ospedali pubblici sono inseriti determina la necessità non solo di coinvolgere nelle decisioni i diversi interlocutori istituzionali, ma spesso di dover rispondere a imposizioni che provengono da organismi sovra ordinati, *in primis* la Regione.

Con riferimento al secondo punto, l'alta visibilità sociale delle decisioni prese dal management rende necessaria un allineamento tra le scelte effettuate e le aspettative degli *stakeholder* esterni, le cui istanze, in alcuni casi, sono anteposte anche a quelle dei dipendenti. I cittadini, infatti, non solo assumono la duplice veste di soggetti economici e utenti, ma rappresentano anche coloro che attraverso il meccanismo di elezione, esprimono il consenso nei confronti degli organi istituzionali sovra ordinati di tipo politico.

Con riferimento al terzo punto infine, le aziende sanitarie si caratterizzano per la presenza al loro interno di identità multiple con valori fortemente differenziati e per la conseguente difficoltà da parte degli operatori interni di identificarsi in una *corporate identity* univoca. L'elevato grado di differenziazione delle attività svolte, che vanno da attività tipicamente burocratiche, autorizzative e di controllo, ad attività mediche a elevato livello di professionalità,² nonché la presenza di professionisti autonomi con propri punti di riferimento e con propri schemi di intervento (Lega, 2008; Kirkpatrick *et al.*, 2012), comportano una forte differenziazione degli orientamenti organizzativi, nonché la presenza di «inconsistent values and multiple identities» (Waeraas, 2011, p. 210). In particolare, l'esistenza di unità organizzative che presentano diversi archetipi culturali e valoriali può determinare l'insorgenza di conflitti tra differenti identità organizzative. Anche se tale molteplicità d'identità si può manifestare in qualsiasi tipo di organizzazione che presenti elevati gradi di differenziazione delle attività, della struttura organizzativa e delle professionalità, gli ospedali pubblici, per la presenza di «multiple functions and inconsistent values» (Waeraas, 2008, p. 212)

sono particolarmente esposti alla formazione di identità conflittuali.

Se, dunque, la letteratura sul *corporate brand* individua la presenza di un'identità unica, chiara e consistente come presupposto fondamentale per la definizione di un *corporate brand* (Balmer, 2001; Aaker, Joachimsthaler, 2000; Argenti, Foreman, 2002; De Chernatony, Dall'Olmo, 1999; Fombrun, 1996; Van Riel, 1995), l'individualità spiccata dei professionisti, la proliferazione di gruppi professionali con identità forti da proteggere e la molteplicità di interessi presenti negli ospedali, pongono basi di partenza più delicate alla buona riuscita di un'operazione di *corporate rebranding*.

In questo senso, il modo con cui i dipendenti percepiscono il nuovo brand dell'azienda, nonché il modo in cui gli stessi decodificano i segnali trasmessi dallo stesso, potrebbero presentare forti livelli di disallineamento interno, a fronte di identità diverse. Inoltre, nel caso di disallineamento tra percezioni interne (dipendenti) ed esterne (cittadini, utenti e fornitori) del brand, i dipendenti, in qualità di «brand ambassador», potrebbero generare col tempo un potente impatto sulle percezioni esterne.

In sintesi il processo di *rebranding* si caratterizza come ultracompleso perché è condizionato dagli organi sovra ordinati (*in primis* la Regione), è fortemente esposto al giudizio dei molteplici pubblici esterni e, infine, perché è inevitabilmente frammentato all'interno dell'organizzazione per la presenza di identità multiple.

4. Obiettivi e metodologia della ricerca

Dall'analisi della letteratura di riferimento emerge un *gap* in termini di analisi di casi concreti ed evidenze empiriche su come un'azienda sanitaria possa efficacemente declinare un'operazione di *corporate rebranding*.

A fronte di ciò l'articolo si pone un duplice obiettivo:

– identificare i possibili fattori critici di successo di un'operazione di *corporate rebranding* in un'azienda sanitaria ed evidenziare eventuali differenze rispetto alle principali indicazioni manageriali suggerite nella letteratura d'impresa;

– valutare se e come potenziali disallineamenti tra i livelli di accettazione e la percezione del corporate brand da parte di diversi *stakeholder* possano indicare una scelta non ottimale o produrre potenziali rischi di insuccesso dell'operazione nel lungo periodo.

Nello specifico, la ricerca indaga un'operazione di *rebranding* di un'azienda ospedaliera pubblica italiana che, a seguito dello spostamento in una nuova sede organizzata per intensità di cura, ha deciso di cambiare il proprio *corporate name*. L'azienda oggetto di analisi presenta le caratteristiche di rilievo nazionale e di alta specializzazione ed è riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale tra le strutture di maggior rilievo del panorama nazionale. Essa aderisce alla rete internazionale HPH (*Health Promoting Hospitals*) nell'ambito del programma dell'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità. Pertanto la sua reputazione è ottima sia nel suo bacino territoriale di appartenenza che nel panorama ospedaliero nazionale e internazionale.

La ricerca è stata condotta con un duplice metodo di indagine. In una prima fase è stata condotta un'accurata analisi documentale (delibere aziendali, delibere regionali, corrispondenze tra la Direzione strategica e i maggiori rappresentanti delle istituzioni, stampa locale). Tale analisi ha consentito la ricostruzione del processo di *rebranding* in termini di: i) fasi logiche ii) attori coinvolti, iii) modalità di interazione tra gli attori, iv) informazioni utilizzate nel processo decisionale, e, infine, v) variabili che hanno influenzato il processo.

In una seconda fase, si è proceduto a mappare il livello di accettazione e la percezione interna ed esterna del nuovo brand attraverso la predisposizione e somministrazione di una *survey*, vale a dire una rilevazione diretta mediante questionari, in cui il ricercatore raccoglie le informazioni direttamente presso le unità che costituiscono il suo campo d'osservazione (Yin, 1994). L'analisi è stata condotta in un momento particolarmente adatto, ossia nel periodo successivo alla comunicazione a tutti gli *stakeholder* del nuovo brand, quando l'azienda ospedaliera non aveva ancora avviato il trasferimento.

La popolazione di riferimento ha riguardato quattro principali categorie di *stakeholder*:

cittadini che al momento non utilizzavano i servizi dell'ospedale, pazienti, dipendenti dell'ospedale di qualsiasi ruolo e fornitori.

A differenza della maggior parte dei contributi in letteratura che si focalizzano prevalentemente sugli *stakeholder* interni (Muzellec *et al.*, 2003; Daly, Moloney, 2004; Harris, De Chernatony, 2001; Manto, Constantine, 2007), l'analisi ha quindi coinvolto più categorie di *stakeholder* contemporaneamente tale da offrire un quadro il più possibile completo della percezione del nuovo *corporate brand*.

Per ogni tipologia di rispondente sono stati scelti canali di reclutamento diversi. Per i cittadini il questionario è stato diffuso attraverso l'*homepage* e la *mailing list* dell'ospedale e di diverse associazioni cittadine. Per i pazienti, previa autorizzazione della Direzione Aziendale, un ricercatore si è recato personalmente in nove reparti dell'ospedale sottoponendo il questionario cartaceo ai degeniti. Per i dipendenti un link al questionario online è stato inviato tramite posta elettronica a tutti coloro che possedevano un indirizzo con dominio dell'ospedale investigato. Per favorire le risposte, l'ufficio comunicazione ha pubblicizzato l'iniziativa attraverso la *newsletter* mensile. Infine, anche per i fornitori è stata inviata una mail con il link al questionario grazie a un apposito elenco fornito dall'ufficio deputato al controllo di gestione.

Il questionario è stato strutturato per ricostruire tre macrolivelli di informazioni:

- il grado di condivisione sull'operazione di *rebranding* e l'atteggiamento nei confronti della scelta del nuovo nome;
- il grado di influenza dell'operazione di *rebranding* sull'immagine esterna dell'ospedale;
- il grado di influenza dell'operazione di *rebranding* sulle politiche interne dell'ospedale.

Per ogni informazione, il questionario prevede due diverse tipologie di domande: domande su scala *Likert* e domande aperte. In proposito merita segnalare che nella letteratura corrente non vi sono a tutt'oggi scale di misurazione testate finalizzate a indagare la valutazione di un'operazione di *rebranding*

e la percezione del suo impatto sull'immagine aziendale e sulle politiche organizzative.³

In questo senso, le domande su scala *Likert* hanno l'obiettivo di sintetizzare in termini numerici il livello di condivisione di tale operazione e verificare se l'attività di *rebranding* possa avere un impatto all'esterno (immagini) o all'interno (politiche socio-assistenziali) dell'organizzazione. Le domande aperte, invece, consentono di indagare la natura del consenso e le percezioni dei rispondenti sugli impatti esterni e interni all'azienda.

In sintesi, attraverso il questionario, oltre a informazioni demografiche, ai rispondenti è stato chiesto se fossero a conoscenza della scelta di rinominare l'ospedale (variabile binomiale), se condividessero tale operazione (scala *Likert* da 1 a 5), quale fosse il loro atteggiamento in merito (domanda aperta), se e come ritenessero che il *rebranding* potesse influire sull'immagine dell'ospedale (scala *Likert* da 1 a 5 e domanda aperta) e, in ultimo, se e in che misura ritenessero che il *rebranding* potesse influire sulle politiche socio-assistenziali messe in atto (domanda con scala *Likert* da 1 a 5 e domanda aperta).

Al fine di sviluppare un'analisi per tipologia di rispondente, il contenuto delle domande aperte è stato codificato in tre categorie: percezione positiva, neutra e negativa. Rispetto a queste tre categorie, due valutatori indipendenti hanno analizzato il contenuto delle risposte qualitative e composto autonomamente le codifiche. Considerata la brevità delle risposte qualitative e la specificità del tema, il tasso di accordo sulle categorie di contenuto si è attestato al 95%. Al fine di valutare l'affidabilità delle codifiche e la loro stabilità (*intercoder reliability*), oltre al tasso di accordo sulle categorie di contenuto, è stato calcolato il coefficiente Kappa di Cohen per ogni domanda qualitativa.

5. Risultati

5.1. Analisi documentale

La decisione di realizzare un nuovo ospedale è stata presa dall'Azienda ospedaliera con la delibera n. 630 del 04/06/1997, recepita dalla Regione Lombardia il 29/09/1997 con la Del. G.R. n. 31348 ed è stata accompagnata da un ripensamento dell'organizzazione logistica verso il modello dell'intensità

di cura. Ciò a fronte del fatto che, già all'inizio degli anni '90, i limiti strutturali degli edifici, ormai divenuti obsoleti, si erano fatti sempre più evidenti, scontrandosi con le più moderne logiche di cura e assistenza, che mal si adattavano alla struttura a padiglioni e alla suddivisione per reparti.

La scelta del nuovo nome viene presa in una fase successiva, quando, nel 2003, il Presidente della Regione Lombardia avanza la richiesta all'allora Direttore generale dell'azienda ospedaliera di dedicare il nuovo ospedale (ancora in fase di progettazione) a una figura di spicco del cattolicesimo cui la comunità locale è particolarmente legata.

La proposta viene accolta favorevolmente e ottiene l'appoggio del Vescovo della Diocesi che, nello stesso anno, in occasione delle celebrazioni dell'anniversario della morte di questa figura religiosa, annuncia ufficialmente l'intitolazione del nuovo ospedale alla comunità locale.

Nell'ottobre 2003 il Direttore generale, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo siglano dunque ufficialmente l'atto di delibera del nuovo nome.

Il 12 febbraio 2010 il Direttore generale, con l'intenzione di avviare le procedure burocratiche per proporre ai competenti organi regionali il cambio di denominazione dell'azienda ospedaliera, emana due lettere di richiesta di parere: la prima, indirizzata al presidente della Conferenza dei sindaci e del Consiglio di rappresentanza dei sindaci; la seconda, al Presidente della Provincia.

Entrambe le istituzioni si esprimono con parere positivo. Il 13 aprile 2010 il Direttore generale inoltra alla Direzione generale sanità della Regione Lombardia, che approva, apposita istanza per avviare formalmente la procedura di cambio di denominazione, che verrà attivata contestualmente al trasferimento nel nuovo ospedale.

Per tutto il periodo che va dalla decisione di costruire il nuovo ospedale a quella relativa al nuovo *corporate name*, appaiono sui media locali numerosi articoli che danno rilevanza alla progettazione della struttura, presentando la scelta della nuova denominazione come del tutto naturale e fortemente vicina al sentire della cittadinanza. Nel 2011 annunciano entusiasticamente il primo *open day* per i cittadini al nuovo ospedale in fase di ultimazione, a cui la comunità provinciale

partecipa numerosa. Le visite al cantiere per i dipendenti dell'ospedale vengono organizzate solo nella primavera del 2012.

5.2. Risultati della *survey*

Complessivamente sono stati raccolti 743 questionari di cui il 35% rappresenta i dipendenti, il 32% i cittadini il 23% i pazienti e il 9% i fornitori (**tabella 1**).

Le categorie di cittadini e pazienti sembrano rappresentare demograficamente la popolazione della provincia in cui l'ospedale investigato ha sede, con un 48% del campione di sesso femminile e un 52% di sesso maschile,⁴ un'età media di 44,5 anni⁵ e un livello di istruzione medio alto (il 6% con licenza elementare, il 14% con licenza di scuola media, il 46% con diploma, il 28% con laurea e il 4% con master o dottorato⁶).

Per quanto riguarda invece i dipendenti interni, la categoria numericamente più significativa è rappresentata dal personale medico (39%), seguita da quello sanitario (29%), quello amministrativo (25%), quello tecnico (5%) e, infine, dallo staff dirigenziale (2%). Anche in questo caso la ripartizione dei dipendenti rispecchia mediamente le di-

stribuzione media per categoria professionale negli ospedali pubblici italiani.

Con riferimento ai fornitori, il 19% dei rispondenti dichiara di operare nel settore chimico o di fornitura per i laboratori, il 18% nel settore medico sanitario, il 15% ricopre un ruolo commerciale, il 7% amministrativo, legale o recupero crediti, mentre il restante 41% non dichiara il proprio settore di appartenenza.

Seppur il campione sia auto-selezionato, si può asserire che esso rappresenti tutte le sub-categorie per ogni tipologia di rispondente. Ne consegue quindi la possibilità di generalizzare i risultati dell'analisi all'intera popolazione con un certo margine di confidenza.

Con riferimento alla tipologia di risposte fornite, come si evince dalla **tabella 2**, la numerosità dei rispondenti alle domande aperte è inferiore a quelle su scala *Likert*, in quanto le prime non rappresentavano campi obbligatori del questionario. Un'analisi della distribuzione delle risposte mancanti sulle tre domande aperte ha rilevato una rappresentatività campionaria simile a quella dei rispondenti alle domande su scala *Likert*. Inoltre, non mostrando sistematicità, i casi restanti sono suffi-

Tabella 1

Caratteristiche demografiche dei rispondenti

	<i>N</i> = 743	<i>Età media</i> = 45,43	<i>Cittadinanza IT</i> = 99%
Variabili	Frequenze	Percentuali	
<i>Tipologia di rispondente</i>			
Cittadini	241	32	
Pazienti	174	23	
Dipendenti dell'ospedale	259	35	
Fornitori	69	9	
<i>Genere</i>			
Femmine	378	51	
Maschi	362	49	
<i>Livello di scolarizzazione</i>			
Master/dottorato	65	9	
Laurea	271	38	
Diploma	277	39	
Scuola media	73	10	
Scuola elementare	24	3	
<i>Religione</i>			
Cattolico	271	89	
Ateo	21	7	
Altra religione	11	4	

Tabella 2

Affidabilità e frequenza delle codifiche

Domanda	Categorie	Valutatore 1	Valutatore 2	Accordo	Percentuale
A. Atteggiamento verso l'operazione di <i>rebranding</i> Indice di similarità: 0,897	A1. Negativa	125	134	113	24
	A2. Indifferente	25	21	18	4
	A3. Positiva	356	351	338	72
	<i>Totale</i>	<i>506</i>	<i>506</i>	<i>469</i>	<i>100</i>
B. In che modo il <i>rebranding</i> può cambiare l'immagine esterna dell'ospedale? Indice di similarità: 0,796	B1. In modo negativo	45	38	34	11
	B2. Non dipende dal nome	177	178	169	53
	B3. In modo positivo	143	149	114	36
	<i>Totale</i>	<i>365</i>	<i>365</i>	<i>317</i>	<i>100</i>
C. In che modo il <i>rebranding</i> può influire sulle politiche socio-sanitarie della struttura ospedaliera? Indice di similarità: 0,897	C1. In modo negativo	30	27	22	10
	C2. Non dipende dal nome	160	147	143	63
	C3. In modo positivo	82	98	61	27
	<i>Totale</i>	<i>272</i>	<i>272</i>	<i>226</i>	<i>100</i>

Segmentazione per ruolo	Cittadini		Pazienti		Dipendenti		Fornitori	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS
Condivide la scelta del cambio del nome dell'ospedale? (M = 3,85; DS = 1,349) $F_{(3,739)} = 5,94, p = 0,001$	3,87	1,386	4,19	1,155	3,66	1,419	3,65	1,258
Crede che il nome possa in qualche modo cambiare l'immagine dell'ospedale? (M = 3,56; DS = 1,032) $F_{(3,739)} = 2,202 p = 0,102$	3,67	1,131	3,44	0,927	3,58	0,959	3,45	1,157
Crede che il nuovo nome possa cambiare la missione o le politiche socio-assistenziali dell'ospedale? (M = 2,48; DS = 1,301) $F_{(3,717)} = 3,157 p = 0,024$	2,29	1,269	2,61	1,297	2,60	1,312	2,39	1,309

Tabella 3

Statistiche descrittive e ANOVA test tra le categorie di rispondenti

cienti per proseguire le analisi sulle probabilità condizionate (*Latent Class Analysis*).

Partendo dall'analisi del giudizio di condivisione sull'operazione di *rebranding*, la domanda su scala *Likert* da 1 (per niente) a 5 (del tutto) indaga il grado di condivisione, la domanda aperta chiede poi ai rispondenti di spiegare il proprio atteggiamento nei confronti di questa scelta. Il primo item presenta una media complessivamente positiva (M = 3,85) con differenze significative tra diverse categorie dei rispondenti. In particolare, come si evince dalla **tabella 3**, l'analisi

ANOVA Univariata segnala una differenza significativa ($p < 0,05$) tra i pazienti (M = 4,19), i dipendenti (M = 3,66) e i fornitori (M = 3,65). L'analisi delle risposte a domande aperte, poi, conferma il dato numerico evidenziando che il 74% del campione ha un atteggiamento positivo verso l'operazione di *rebranding*, il 4% neutro e il 24% negativo.

La seconda coppia di domande, volta ad analizzare se e come l'operazione di *rebranding* possa influenzare l'immagine esterna dell'ospedale, indica una media positiva (M = 3,56), senza differenze significative tra i

	L ²	N	p	BIC	AIC	CAIC	R ²	EC
Indipendenza	610,30	6	0,0000	1.252,62	1.232,07	1.258,62	1,0000	0,0000
2 classi	575,39	13	0,0000	1.220,60	1.176,07	1.233,60	0,7358	0,0732
3 classi	553,34	20	0,12	1.215,18	1.146,69	1.235,18	0,8369	0,0603
4 classi	449,92	27	–	1.246,32	1.153,85	1.273,32	0,6273	0,1608

L² = Likelihood ratio; N = numero parametri; p = livello di significatività; BIC, AIC e CAIC = criteri di informazione bayesiani; EC = errore di classificazione.

Tabella 4

Selezione del modello a classe latenti

ruoli (tabella 3). Le risposte alla domanda aperta segnalano, a questo proposito, che metà dei rispondenti ritiene che il solo *rebranding* non possa influenzare l'immagine esterna dell'ospedale, il 36% indica un impatto positivo e l'11% un impatto negativo.

Le domande concernenti l'influenza del *rebranding* sulle politiche interne dell'ospedale, indicano una media bassa (M = 2,48) rispetto ai due item precedenti con differenze significative tra dipendenti e cittadini (p < 0,05), segnalando una maggiore sensibilità dei dipendenti al tema (tabella 3). Dall'analisi delle risposte alla domanda aperta, si evince che il 63% dei rispondenti considera l'operazione di *rebranding* non sufficiente a cambiare le politiche interne dell'azienda, il 27% indica un impatto positivo e il 10% negativo.

Per approfondire meglio gli aspetti differenziali tra i diversi *stakeholder*, si è effettuata un'analisi per classi latenti (LCA, *Latent Class Analysis*) che consente di individuare le probabilità condizionate stimate di ciascun *stakeholder* di appartenere alle modalità degli indicatori data l'appartenenza a una particolare classe latente. Come si evince dalla **tabella 4**, la LCA ha individuato tre classi latenti come migliore modello di stima. Tali classi rispecchiano le posizioni di accordo, disaccordo e neutralità nei confronti dell'operazione di *rebranding*.

Il primo *cluster* (42% del campione) comprende quei soggetti che accolgono positivamente l'operazione di *rebranding* identificando benefici sia per l'immagine che per le dinamiche organizzative interne. Il secondo *cluster* (41% del campione) comprende invece quei rispondenti che seppur condividano l'operazione di *rebranding*, sostengono che il solo cambiamento del nome non possa né influire sull'immagine esterna, né sulle politiche socio-sanitarie interne dell'ospedale.

Il terzo *cluster* (17% del campione) infine, comprende coloro che hanno una posizione negativa nei confronti dell'operazione di *rebranding*, più per le ripercussioni che il nuovo nome potrebbe avere sull'immagine esterna che per una possibile influenza sulle dinamiche organizzative.

Le probabilità condizionate di ogni categoria di *stakeholder* di appartenere a una classe latente individuata sono illustrate nella **tabella 5**.

Sono poi state utilizzate le diverse categorie di *stakeholder* come covariata del modello di clusterizzazione, mettendo in luce la composizione di ogni segmento rispetto ai diversi *stakeholder*. Nel segmento dei «positivi» (segmento 1), quindi, sono soprattutto i cittadini e i pazienti ad avere la più alta probabilità di appartenervi, mentre nel segmento dei «neutri» (segmento 2), così come nel segmento dei «negativi» (segmento 3) sono i dipendenti coloro che hanno la maggior probabilità di farvi parte. A questo riguardo la **tabella 6** espone i profili dei tre *cluster*.

Per indagare come i diversi *stakeholder* si dividono nei tre segmenti individuati, nella **tabella 7** sono indicate le probabilità condizionate di appartenenza ai tre *cluster* da parte di ogni categoria di *stakeholder*. In particolare, tra le diverse categorie di portatori di interessi i dipendenti hanno la maggior probabilità relativa di far parte del segmento dei «negativi», i cittadini mostrano la maggior probabilità condizionata di appartenere al segmento dei «positivi» mentre tra i «neutri» la maggior probabilità condizionata spetta ai pazienti.

6. Discussione dei risultati e conclusioni

I risultati emersi dall'analisi documentale e dall'indagine effettuata sembrano confermare il livello di complessità insito in un pro-

Parametri percettivi (n = 227)	Segmento 1 (42%)	Segmento 2 (41%)	Segmento 3 (18%)
<i>Condivisione con rebranding ** (R² = 0,42)</i>			
Attitudine negativa	0,0086	0,2142	0,9010
Attitudine neutra	0,0322	0,1294	0,0007
Attitudine positiva	0,9591	0,6564	0,0983
<i>Impatto sull'immagine dell'ospedale ** (R² = 0,70)</i>			
Negativa	0,0207	0,0012	0,5672
Neutra	0,0552	0,9716	0,0795
Positiva	0,9242	0,0272	0,3534
<i>Impatto sulle politiche socio-assistenziali dell'ospedale ** (R² = 0,17)</i>			
Negativa	0,0271	0,0781	0,3522
Neutra	0,3569	0,7630	0,4692
Positiva	0,6160	0,1589	0,1786

Tabella 5
Risultati della *Latent Class Analysis* (probabilità condizionate)

Tabella 6
Profili dei segmenti individuati attraverso la *Latent Class Analysis*

cesso di *corporate rebranding* di un'azienda ospedaliera pubblica.

In particolare, l'analisi documentale delinea un processo di scelta del nuovo nome dell'ospedale che presenta le seguenti caratteristiche:

- natura del processo di tipo «top-down», in cui l'input del cambiamento non proviene dall'interno dell'azienda, ma direttamente da organi sovra ordinati di tipo politico;

- mancanza di un coinvolgimento attivo degli *stakeholder* interni, ritenuti, nella letteratura d'impresa, i principali attori del processo di cambiamento (Lomax, Mador, 2006; Causon, 2004);

- forte attenzione agli *stakeholder* esterni, in particolare, Conferenza dei sindaci, Consiglio di rappresentanza dei sindaci, Presidente della Provincia, Diocesi;

- maggiore attenzione ai cittadini nel processo di scelta del nome dell'ospedale rispetto ai dipendenti interni.

In coerenza con la complessità del reticolo istituzionale in cui l'ospedale pubblico è inserito, l'analisi evidenzia dunque un processo caratterizzato da forti gradi di contrattazione e concertazione tra i vertici aziendali e i principali *stakeholder* di tipo istituzionale. Inoltre, in coerenza con l'alta visibilità esterna della decisione e con il ruolo dei cittadini come soggetto economico in grado, peraltro, di influenzare il grado di legittimazione del

	Segmento positivo	Segmento neutro	Segmento negativo
<i>Ruolo</i>			
Fornitore	0,0611	0,0714	0,0905
Dipendente	0,3427	0,4544	0,5885
Cittadini	0,4351	0,2820	0,2702
Pazienti	0,1612	0,1922	0,0509
Totale	1,00	1,00	1,00

sistema attraverso la condivisione o meno delle scelte, l'analisi evidenzia una maggiore attenzione da parte della Direzione generale agli *stakeholder* esterni rispetto a quelli interni.

Sembrano invece non trovare conferma le indicazioni manageriali suggerite nella letteratura d'impresa (Muzellec *et al.*, 2003; Kaitati, 2003; Daly, Maloney, 2004; Muzellec, Lambkin, 2006), che vedono i dipendenti co-

Tabella 7
Distribuzione degli *stakeholder* all'interno dei segmenti individuati attraverso la *Latent Class Analysis*

	Segmento positivo	Segmento neutro	Segmento negativo	Totale
<i>Ruolo</i>				
Fornitore	0,3600	0,4112	0,2288	1,000
Dipendente	0,3498	0,4274	0,2428	1,000
Cittadini	0,5265	0,3334	0,1401	1,000
Pazienti	0,4347	0,5065	0,0588	1,000

me principali attori nei processi di *corporate rebranding*.

D'altro canto, i risultati della *survey* evidenziano un adeguato successo dell'operazione.

In particolare:

- un buon grado di condivisione complessiva dell'operazione di *rebranding*, anche se con differenze significative tra pazienti e dipendenti, e un atteggiamento sostanzialmente positivo nei confronti della scelta del nuovo nome. Il segmento dei «negativi» rappresenta infatti solo il 18% dell'intero campione, mentre il livello di condivisione media si attesta a 3,85 per l'intero campione (in scala da 1 a 5);

- un basso grado di influenza dell'operazione di *rebranding* sull'immagine esterna;

- un ancora più basso grado di influenza dell'operazione di *rebranding* sulle politiche interne dell'ospedale, pur segnalando una maggiore sensibilità dei dipendenti sul tema.

A un'analisi più approfondita, i risultati segnalano una prevalenza degli *stakeholder* esterni (*in primis* i cittadini) nel segmento dei «positivi» e dei dipendenti nei segmenti dei «neutri» e dei «negativi».

Tale disallineamento risulterebbe, in realtà, in linea:

- da un lato, con la grande attenzione che il management ha riservato ai cittadini nell'operazione: la scelta del nome si è indirizzata su un brand con una forte «awareness» locale, garantendone così un'estesa condivisione popolare. Nelle aziende sanitarie pubbliche, operare in un ambiente favorevole, in cui i destinatari dell'azione e la popolazione in generale non mostrano ostilità preconcepite, consente di innescare e rinforzare circoli virtuosi in cui, a una maggiore fluidità operativa derivante dal patrimonio di consenso posseduto, corrisponde un più elevato livello di servizio offerto. Il che, a sua volta, incrementa il consenso originario (Del Vecchio, 2001);⁷

- dall'altro, con la difficoltà dei dipendenti a identificarsi con un *corporate brand* aziendale che trasmette valori non del tutto in linea con quelli legati alle loro identità.

Inoltre, rispetto ai dipendenti, i risultati della *Latent Class Analysis*, che li posiziona prevalentemente nel cluster dei «neutri» (tabella 7), per una percentuale superiore a quella dei «negativi» (43% vs. 24%), risultano coerenti con la difficoltà degli stessi a identificarsi con il *corporate brand* aziendale, a fronte di una presenza di identità multiple piuttosto forti e del fatto che ritengono che il nuovo brand non influenzerà comunque le attività che andranno a svolgere, né tanto meno l'immagine esterna e le politiche socio-sanitarie interne dell'ospedale.

Inoltre, la non piena linearità con cui i dipendenti possono essere associati a uno specifico *cluster* tra quelli identificati verrebbe giustificata, ancora una volta, dalla presenza di identità multiple all'interno della stessa realtà aziendale, che producono potenziali disallineamenti all'interno della stessa categoria di *stakeholder*. Come precedentemente ricordato, infatti, a fronte di identità diverse, il modo con cui i dipendenti di un'azienda sanitaria percepiscono il nuovo brand, nonché il modo in cui gli stessi decodificano i segnali trasmessi dallo stesso, potrebbero presentare forti elementi di disomogeneità.

D'altro canto, la stessa presenza di molteplici identità, se interiorizzata dal management, potrebbe spiegare la mancanza di attenzione da parte dello stesso verso un processo di condivisione interna del nuovo nome.

Nonostante dunque sia condivisibile tale scelta da parte dei vertici aziendali, vale la pena sottolineare che, se i dipendenti rappresentano i principali ambasciatori del brand, un loro mancato coinvolgimento potrebbe rivelarsi fallimentare nel lungo periodo, riducendo potenzialmente il livello di condivisione del nome da parte degli *stakeholder* esterni e in primis degli utenti dei servizi. In questo senso, uno studio longitudinale potrebbe far emergere tale criticità, che la *survey* di tipo *cross-sectional* non consente di evidenziare.

Note

1. In questo senso gli autori distinguono tra *rebranding* e *renaming*, definendo quest'ultimo come uno dei quattro processi focali di *rebranding*, successivo al riposizionamento strategico (*repositioning*) e precedente alle fasi di ridisegno del sistema di identità visiva (*redesigning*) e di comunicazione-lancio sul mercato

- (*relaunching*). Secondo gli autori, quindi, prima di rinominare l'organizzazione, l'azienda dovrebbe ripensare il proprio posizionamento rispetto ai competitor in modo tale da rendersi distinguibile agli occhi dei consumatori e degli altri stakeholder (Ries, Trout, 2001). Una diversa visione viene presentata da Lomax e Mador (2006) che differenziano le operazioni di *rebranding* da quelle di *renaming* sulla base della presenza o meno di un processo di riposizionamento strategico o di cambiamento organizzativo. Nei casi di studio da loro presi in considerazione hanno però evidenziato come anche una semplice operazione di *renaming* rappresenti quasi sempre un'opportunità per ridefinire i valori organizzativi e l'identità del brand, attraverso il coinvolgimento dell'intera organizzazione nel processo (Muzellec, Lambkin, 2006; Lomax, Mador, 2006). Per tali motivi, in questo articolo il termine *rebranding* viene utilizzato come sinonimo di *renaming* (Muzellec *et al.*, 2003).
- Rispetto a queste ultime, vengono erogati una pluralità di servizi che hanno caratteristiche profondamente differenti: dall'attività di diagnostica, alla cura delle patologie, alla riabilitazione e a tutta una serie di servizi di tipo socio-sanitario. All'interno della medesimo gruppo di attività esiste poi un ulteriore grado di differenziazione e di specializzazione (nelle prestazioni di cura sono presenti attività cardiologiche, dermatologiche, neurochirurgiche, di medicina generale, ecc.).
 - A fronte del *gap* esistente in letteratura sono stati utilizzati due item precedentemente sviluppati nella letteratura sulla misurazione della condivisione delle operazioni di estensione della marca di un prodotto ad altri prodotti aziendali (*brand extension*) (Keller, Aaker, 1992; Broniarczyk, Alba, 1994; Muthukrishnan, Weitz, 1991; Hem, Iversen, 2009).
 - Simili percentuali si ricavano dal sito del comune per la popolazione di riferimento: 47% donne e 53% uomini.
 - Secondo l'Istat, l'età media degli abitanti del Comune è di 45 anni, mentre l'età media nella Provincia è di 41 anni.
 - Queste incidenze non sono confrontabili con la popolazione del Comune per mancanza di dati.
 - Dal punto di vista strettamente aziendale è questo il terreno specifico del marketing istituzionale tramite il quale l'azienda pubblica tende a rinforzare il grado di legittimazione e di consenso generico intorno alla propria azione, principalmente attraverso quella che Fiorentini (1990: pp. 173-174) definisce come «comunicazione istituzionale generale» e «comunicazione istituzionale particolare».

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

- AAKER D.A. (2004), «Leveraging the Corporate Brand», *California Management Review*, 46 (3), pp. 6-19.
- AAKER D.A., JOACHIMSTHALER E. (2000), «The brand relationship spectrum: the key to the brand architecture challenge», *California Management Review*, 42 (4), pp. 8-23.
- ARGENTI P.A., FOREMAN J. (2002), *The power of corporate communication*, (3^a ed.), McGraw-Hill, New York.
- BALMER J.M.T. (2001), «Corporate Identity, Corporate Branding and Corporate Marketing: Seeing Through the Fog», *European Journal of Marketing*, 35 (3-4), pp. 248-291.
- BERNSTEIN D. (1984), *Company image and reality: a critique of corporate communications*, Holt, Rinehart and Winston Ltd, Eastbourne.
- BICKERTON D.L. (2000), «Corporate Branding and Corporate Reputation», *Corporate Communications: An International Journal, special edition on corporate identity*, 4 (4), pp. 42-48.
- BRONIARCZYK S.M., ALBA J.W. (1994), «The importance of the brand in brand extension», *Journal of Marketing Research*, 31 (2), pp. 214-228.
- CAUSON J. (2004), «The internal brand: successful cultural change and employee empowerment», *Journal of Change Management*, 4 (4), pp. 297-307.
- DALY A., MOLONEY D. (2004), «Managing Corporate Rebranding», *Irish Marketing Review*, 17 (1-2), pp. 30-36.
- DE CHERNATONY L. (1999), «Brand management through narrowing the gap between brand identity and brand reputation», *Journal of Marketing Management*, 15 (1-3), pp. 157-179.
- DE CHERNATONY L., DALL'OLMO RILEY F. (1999), «Experts' views about defining services brands and the principles of services branding», *Journal of Business Research*, 46 (2), pp. 181-92.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- EINWILLER S., WILL M. (2002), «Towards an integrated approach to corporate branding - an empirical study», *Corporate Communications*, 7 (2), pp. 100-109.
- FELDSTEIN P.J. (1979), *Healthcare Economics*, Wiley, New York.
- FINNEY S., SCHERREBECK-HANSEN M. (2010), «Internal marketing as a change management tool: a case study in re-branding», *Journal of Marketing Communications*, 16 (5), pp. 325-344.
- FOMBRUN C.J. (1996), *Reputation: realizing value from the corporate image*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- FREEMAN E., LIEDTKA J. (1997), «Stakeholder capitalism and the value chain», *European Management Journal*, 1997, 15 (3), pp. 286-296.
- GUIDO G., PELUSO A.M. (2012), «Effects of geographical university names on users' perceptions», *Journal of Brand Management*, 19 (4), pp. 344-357.

- HARRIS F., DE CHERNATONY L. (2001), «Corporate Branding and Corporate Brand Performance», *European Journal of Marketing*, 35 (3-4), pp. 441-456.
- HATCH M.J., SCHULTZ M. (2001), «Are the strategic stars aligned for your corporate brand?», *Harvard Business Review*, 79 (2), pp. 128-134.
- HEFETZ A., WARNER M. (2004) «Privatization and its reverse: explaining the dynamics of the government contracting process», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14 (2), pp. 171-190.
- HEM L.E., IVERSEN N.M. (2009), «Effects of different types of perceived similarity and subjective knowledge in evaluations of brand extensions», *International Journal of Market Research*, 51 (6), pp. 797-818.
- HEMLEY S. (1998), «Internal affairs», *Marketing week*, April 2, pp. 49-50.
- KAIKATI J.G. (2003), «Lessons from Accenture's 3Rs: Rebranding, Restructuring and Repositioning», *Journal of Product & Brand Management*, 12 (7), pp. 477-490.
- KAPFERER J.N. (1986), «Beyond positioning, retailer's identity», *Esomar Seminar Proceedings*, Brussels, 4-6 June, pp. 167-176.
- KELLER K.L. (1999), «Brand mantras: rationale, criteria and examples», *Journal of Marketing Management*, 15 (1-3), pp. 43-51.
- KELLER K.L., AAKER D.A. (1992), «The effects of sequential introductions on brand extensions», *Journal of Marketing Management*, 29 (1), pp. 35-50.
- KING S. (1991), «Brand-building in the 1990s», *The Journal of Consumer Marketing*, 8 (4), pp. 3-13.
- KIRKPATRICK I., BULLINGER B., DENT M., LEGA F. (2012), «The development of medical-manager roles in european hospital systems: a framework for comparison», *The International Journal of Clinical Practice*, 66 (2), pp. 121-124.
- KOHLI C., LABAHN D.W. (1997), «Creating effective brand names: a study of the naming process», *Journal of Advertising Research*, 37 (1), pp. 67-75.
- LAING A.W., MCKEE L. (2001), «Willing volunteers or unwilling conscripts? professionals and marketing in service organizations», *Journal of Marketing Management*, 17 (5-6), pp. 559-576.
- LEGA F. (2008), *Management delle aziende brain intensive*, Egea, Milano.
- LOMAX W., MADOR R. (2006), «Corporate Re-Branding: From Normative Models to Knowledge Management», *Journal of Brand Management*, 14 (1-2), pp. 82-95.
- MACRAE C. (1999), «Mini Cases on Brand Reality», *Journal of Marketing Management*, 15 (1-3), pp. 107-116.
- MALLARINI E. (2004), *Fiducia in Sanità*, Egea, Milano.
- MANTO G., CONSTANTINE A. (2007), «Understanding the Pitfalls in the Corporate Rebranding Process», *Corporate Communications: an International Journal*, 12 (4), pp. 341-355.
- MERRILEES B., MILLER D. (2008), «Principles of Corporate Rebranding», *European Journal of Marketing*, 42 (5-6), pp. 537-552.
- MUTHUKRISHNAN A.V., WEITZ B.A. (1991), «Role of product knowledge in evaluation of brand extension», *Advances in Consumer Research*, 18 (1), pp. 407-413.
- MUZELLEC L., LAMBKIN M. (2006), «Corporate Rebranding: destroying, transferring or creating brand equity?», *European Journal of Marketing*, 40 (7-8), pp. 803-824.
- MUZELLEC L., DOOGAN M., LAMBKIN M. (2003), «Corporate Rebranding - an exploratory review», *Irish Marketing Review*, 16 (2), pp. 31-40.
- NICHOLSON T. (1976), «Advertising: doctor's dilemma», *Newsweek*, January 5, pp. 63-64.
- PARKER R., KAUFMAN-SCARBOROUGH C., PARKER J.C. (2007), «Libraries in transition to a marketing orientation: are librarians attitudes a barrier?», *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 12 (4), pp. 320-337.
- REDHOUSE J. (1999), «Corporate Branding plays key role in effective recruitment», *Brand Strategy*, October, pp. 16-17
- RIES A., TROUT J. (2001), *Positioning: the Battle for Your Mind*, McGraw-Hill, New York.
- SAN AUGUSTINE A.J., LONG W.J., PANTZALLIS J. (1992), «Hospital positioning: a strategic tool for the 1990s», *Journal of Health Care Marketing*, 12 (1), pp. 15-23.
- STUART H., MUZELLEC L. (2004), «Corporate makeovers: can a hyena be rebranded?», *Journal of Brand Management*, 11 (6), pp. 472-82.
- URDE M. (1999), «Brand orientation: a mindset for building brands into strategic resources», *Journal of Marketing Management*, 15 (1-3), pp. 117-33.
- VAN RIEL C.B.M. (1995), *Principles of corporate communication*, Prentice Hall, London.
- YIN R. K. (1994), *Case study research. Design and methods*, Sage, London.
- WÆRAAS A. (2008), «Can public sector organizations be coherent corporate brands?», *Marketing Theory*, 8 (2), pp. 205-221.

Logiche e strumenti per la valutazione dell'integrazione territorio-ospedale-territorio: un'analisi su tre percorsi

CLARA CARBONE, AMELIA COMPAGNI, ELEONORA CORSALINI

This article presents a methodology to identify and measure a minimum set of indicators related to the management of three clinical pathways: birth, stroke (people aged 18-64) and heart failure (people aged 65 and more). In particular, the main goal of the research is to evaluate the impact of the coordination between hospital, community-based and primary care services on the management of those clinical pathways in five Italian Local Health Authorities (LHAs). Starting from the large set of administrative data available in the LHAs involved, cohorts of patients have been identified and indicators have been, first, elaborated in collaboration with experts from the five LHAs and then measured for each of the LHAs. Methodology and results have been validated with the five LHAs and appear transferable and applicable to other healthcare organizations.

Keywords: healthcare organizations, integration, clinical pathways, indicators measurement

Parole chiave: aziende sanitarie, integrazione, percorsi, indicatori di valutazione

Note sugli autori

Clara Carbone è research fellow CERGAS Università Bocconi, direttore Master EMMAS - SDA Bocconi, clara.carbone@unibocconi.it; Amelia Compagni è assistant professor, Dip.to Analisi delle Politiche e Management Pubblico, Università Bocconi, research fellow CERGAS Università Bocconi; Eleonora Corsalini è research fellow CERGAS Università Bocconi, coordinatore Master MIHMEP SDA Bocconi

1. L'integrazione ospedale-territorio: definizione e rilevanza del fenomeno

Il tema dell'integrazione ospedale-territorio è particolarmente rilevante nelle politiche sanitarie e centrale nel dibattito sulla gestione e management dei servizi sanitari di molti Paesi (Cotter, Smith, Boling, 2002). In particolare, la normativa italiana più recente, come il Piano sanitario nazionale 2006-2008, il Patto per la salute 2010-2012, così come la bozza di Psn 2011-2013, pone in evidenza l'integrazione ospedale-territorio tra le sfide di maggior rilievo che Servizio sanitario nazionale (Ssn) si trova ad affrontare. In questi documenti di *policy* sono posti in relazione due concetti fondamentali che caratterizzano il tema. In primo luogo, l'integrazione ospedale-territorio è considerata un aspetto critico nella prospettiva delle garanzie della continuità di cura ai pazienti e della risposta tempestiva e appropriata ai loro bisogni in base al livello di intensità. In secondo luogo, il mancato o basso funzionamento dei meccanismi d'integrazione ospedale-territorio è uno delle cause principali dell'uso inappropriato dell'ospedale e del pronto soccorso e delle conseguenti inefficienze nel processo di cura e nell'allocazione delle risorse. Il tema della continuità assistenziale, richiede, quindi, una presenza continuativa al fianco del paziente, tale da garantire una mediazione fra bisogni e servizi offerti. In altri termini, la continuità assistenziale, quale sistema integrato di accompagnamento del paziente nelle diverse fasi del bisogno, può realizzarsi solo mediante modelli organizzativi che incentivino l'integrazione e il coordinamento

SOMMARIO

1. L'integrazione ospedale-territorio: definizione e rilevanza del fenomeno
2. Obiettivo e metodologia della ricerca
3. Il *framework* concettuale
4. Applicazione del modello di valutazione a tre percorsi
5. Conclusioni

assistenziale (Scardi *et al.*, 2007; Spandonaro, Fioravanti, 2008).

Servizi, processi e competenze necessarie all'integrazione ospedale-territorio sono per lo più conosciuti o sono stati sperimentati già in molti Paesi. Spesso queste soluzioni sono state oggetto di analisi nella letteratura scientifica internazionale, anche se in maniera frammentaria e talvolta con risultati contrastanti o non definitivi (Pencheon, 2002; Regen *et al.*, 2008). Uno studio recente, condotto a livello nazionale (Compagni *et al.*, 2010), ha permesso di mappare il grado di adozione e implementazione in Italia delle principali iniziative di integrazione ospedale-territorio già presenti a livello internazionale e ha individuato due categorie di strumenti (Coast, Inglis, Frankel, 1996):

(a) tipologia *intermediate care*, che comprende un repertorio di strutture residenziali o ambulatoriali presso le quali il paziente si reca o viene ricoverato per rispondere a bisogni, definibili appunto intermedi, di intensità minore rispetto all'acuzie in carico all'ospedale, ma che richiedono un'attenzione di cura, competenze, tecnologie non facilmente fornibili a domicilio (per esempio, posti-letto territoriali gestiti da Mmg, strutture intermedie intraospedaliere, strutture intermedie di riabilitazione, ecc.);

(b) tipologia *transitional care*, che comprende una serie di strumenti di processo attraverso i quali si gestisce il passaggio da un ambito di cura all'altro del paziente e cui spesso sono associate forme di collaborazione multi-professionale (per esempio, *triage* telefonico, ospedalizzazione domiciliare, *team* infermieristici di comunità, ecc.).

L'adozione di tali iniziative di integrazione dovrebbe avere come conseguenza il fenomeno diffuso per cui la struttura ospedaliera rimane la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia; le altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (esami di routine, somministrazione farmaci, cura della persona, ecc.) dovrebbero essere ivi appropriatamente erogate sul territorio, ivi compreso il domicilio del paziente. Ciò è dovuto (i) al medio-basso livello di specializzazione e di intensità assistenziale richiesto per gran parte delle terapie routinarie, per esempio delle malattie croniche; (ii) al fat-

tore tecnologico, che rende possibile l'erogazione di una vasta gamma di prestazioni anche al di fuori delle strutture ospedaliere; (iii) alle caratteristiche del bisogno di salute dei malati, fra i quali emergono sempre più spesso situazioni di fragilità che richiedono assistenza anche a domicilio (Compagni *et al.*, 2010).

L'adozione di un *mix* di iniziative d'integrazione si orienta verso un sistema che coordini i servizi territoriali atti a prevenire (almeno potenzialmente) eventi acuti o patologici con l'assistenza ospedaliera durante la fase acuta e, successivamente, l'assistenza ospedaliera con soluzioni organizzative territoriali durante la fase post-acuta (per esempio, riabilitazione, lungodegenza). Uno scenario di questo tipo comporta un fenomeno che va studiato e valutato qual è, per l'appunto, l'integrazione territorio-ospedale-territorio (T-O-T).

2. Obiettivo e metodologia della ricerca

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, l'obiettivo principale della ricerca è stato quello di sviluppare una metodologia per valutare l'impatto dell'implementazione di processi di integrazione ospedale-territorio, ovvero proporre un *set* minimo di indicatori, prendendo come banco di prova un numero limitato di casi o condizioni di salute rilevanti. L'intento è stato quello di generare una metodologia sufficientemente semplice da poter essere replicata a livello aziendale facendo leva sulle immense potenzialità dei flussi informativi amministrativi presenti in modo routinario nelle aziende sanitarie locali (Asl). Pur partendo da quanto conosciuto, il presente studio ha avuto, però, anche l'ambizione di indirizzare le aziende ad analizzare in modo innovativo i dati normalmente raccolti, in particolare a fondere i flussi amministrativi in una prospettiva unitaria centrata sul paziente/individuo del quale si è voluto ricostruire l'intero percorso clinico-assistenziale.

A parte rispettare i principi di fattibilità e misurabilità, la metodologia identificata attraverso questo progetto è stata fondata sull'identificazione di una serie di indicatori pregnanti e rilevanti, cioè in grado sia di misurare in modo appropriato un fenomeno, come quello dell'integrazione T-O-T, sia

di fornire spunti di riflessione di carattere manageriale su tutti quegli aspetti (processi, competenze, servizi) che debbono essere monitorati con maggiore attenzione e possono essere oggetto di miglioramento. Oltre allo sviluppo di una metodologia di valutazione, lo studio aveva, quindi, lo scopo di promuovere un processo virtuoso nelle aziende che favorisse processi di collaborazione al loro interno, valorizzasse le potenzialità della quantità di dati raccolti attraverso i flussi amministrativi e facesse riflettere sulle lacune conoscitive da colmare per poter avere una visione sistemica delle attività svolte.

In sintesi, gli obiettivi dello studio sono: (i) la definizione di un *framework* teorico per la costruzione di indicatori di valutazione dell'integrazione T-O-T; (ii) l'identificazione di un set minimo di indicatori rilevanti e misurabili per alcuni percorsi clinico-assistenziali «sentinella»; (iii) l'applicazione «pilota» della metodologia proposta a un gruppo di Asl. Dopo aver definito il *framework* teorico di cui si presenta l'impostazione nel prossimo paragrafo, il lavoro di ricerca ha avviato una fase di condivisione dell'impostazione e dei risultati dello studio privilegiando un approccio partecipativo, basato sul coinvolgimento, fin dalle fasi iniziali del progetto, di un gruppo di Asl. Sono state invitate a partecipare allo studio le aziende che, secondo quanto rilevato in una precedente ricerca sul tema dell'integrazione ospedale-territorio condotta nel periodo 2010-2011 (Compagni *et al.*, 2010), avessero ottenuto un indice di diffusione delle iniziative di integrazione ospedale-territorio superiore al valore mediano per un totale di 38 Asl invitate.

Fase 1 - Identificazione dei percorsi «sentinella». Nella prima fase, oltre a validare con le Asl partecipanti il *framework* teorico e le dimensioni potenzialmente misurabili dell'integrazione ospedale-territorio, sono state identificate due linee operative:

– è stato scelto di costruire un modello di rappresentazione che tenesse conto delle diverse fasi di un percorso tipo (fase pre-ospedaliera, fase ospedaliera/fase acuta, fase post-ospedaliera) proponendo indicatori espressivi dell'integrazione territorio-ospedale-territorio (T-O-T);

– consapevoli del fatto che non è possibile misurare l'integrazione T-O-T *in toto*, si è proceduto a selezionare dei casi «sentinella» rappresentativi del livello d'integrazione T-O-T sulla base dei seguenti criteri: (i) la rilevanza, rispetto al grado generale di integrazione a livello aziendale e, nel caso di una bassa integrazione, agli importanti effetti negativi sia per pazienti che per l'azienda stessa che questo può comportare; (ii) la rappresentatività delle principali fasce di età (bambini, adulti, anziani) e (iii) la rappresentatività dei diversi ambiti assistenziali («non patologia»; patologia cronica; percorso post-acuzie).

In base ai suddetti parametri sono, quindi, stati scelti i seguenti percorsi «sentinella»: percorso *nascita* (pre e post-parto); percorso *ictus* (pre e post-ospedalizzazione) per fascia età compresa tra 18 e 64 anni e percorso *scompenso* (pre e post-ospedalizzazione) per fascia età superiore a 65 anni.

Fase 2 - Elaborazione degli indicatori. Sulla base delle scelte compiute nella *fase 1*, sono stati avviati tre gruppi di lavoro (uno per ciascun percorso) composti da un membro per ciascuna azienda coinvolta nel progetto e coordinati da un ricercatore. Prendendo a riferimento una lista di indicatori proposti dalla letteratura, i gruppi di lavoro hanno identificato e validato un set minimo di indicatori per ciascun percorso, alla luce dell'esistenza e dell'attendibilità dei flussi informativi aziendali (ospedalieri e territoriali) oltre che della rilevanza e del «potenziale informativo» degli indicatori stessi rispetto al tema dell'integrazione T-O-T. In sessione plenaria sono stati poi discussi gli indicatori e identificate le fonti informative necessarie per poterli elaborare. È poi stata richiesta esplicitamente a ogni azienda sia la disponibilità a diventare sede pilota per l'elaborazione e raccolta di questo set di indicatori, sia l'effettiva presenza di fonti informatizzate per ciascuna potenziale estrazione di dati.

Fase 3 - Definizione del set di indicatori ed estrazione dati. Nella terza fase dello studio si è proceduto a controllare la disponibilità per via informatizzata di tutte le fonti necessarie alla rilevazione e costruzione degli indicatori. Trovato un denominatore

comune rispetto alla disponibilità di flussi informatizzati, si è quindi ridotto il set degli indicatori per ciascun percorso e si è passati alle estrazioni con i relativi campi dei dati per ogni percorso. In particolare, le richieste sono state formulate con l'obiettivo finale di ricostruire i percorsi dei singoli pazienti, dal territorio all'ospedale e nuovamente al territorio, a partire dai codici fiscali criptati.

Fase 4 - Analisi dei dati. I dati estratti dalle aziende sono stati validati, controllati per la loro qualità con particolare attenzione a eventuali fonti di disomogeneità tra le aziende. I dati sono stati, quindi, ulteriormente elaborati dai ricercatori: sono stati effettuati incroci tra flussi informativi sulla base del codice fiscale criptato delle coorti di pazienti selezionati. Infine, i risultati delle analisi, alcuni esempi delle quali vengono riportati di seguito, sono stati commentati e validati dalle Asl partecipanti allo studio.

Delle 38 Asl invitate a partecipare, nove hanno partecipato alla *fase 1* di introduzione al progetto e alla *fase 2* di elaborazione degli indicatori, mentre solo cinque Asl, grazie alla ricchezza di dati e di materiale informativo disponibile per via informatica, hanno effettivamente applicato sulle loro realtà il modello di rilevazione e gli indicatori, e, quindi, il sistema di valutazione del livello d'integrazione T-O-T (vedi sopra).¹

3. Il framework concettuale

Nel tentativo di facilitare il lavoro di elaborazione di un *framework* concettuale che potesse rappresentare il fenomeno dell'integrazione T-O-T per i tre percorsi individuati, si è proceduto in due *step* tra loro complementari.

1. In primo luogo, sono state individuate le principali dimensioni che costituiscono gli elementi caratterizzanti l'integrazione T-O-T, dimensioni strettamente interrelate tra loro e, quindi, distinte per un mero motivo di rigore analitico e di sistematizzazione:

a) *geografia e mix dell'offerta*: integrare ambiti di cura è possibile solo in presenza dell'offerta di un *mix* equilibrato di servizi, strutture, *setting* clinico-assistenziali e ruoli

professionali che permettano di fornire una risposta al bisogno espresso dal paziente e dal cittadino. È relativamente facile misurare questa dimensione, data la presenza di dati e flussi abbastanza completi e attendibili sulla dotazione infrastrutturale e di personale nel Ssn. Rimane comunque complesso stabilire il livello adeguato di offerta che permetta di garantire una risposta omogenea ai vari bisogni dei pazienti;

b) *appropriatezza della risposta*: integrare ambiti di cura significa anche che, in presenza di un'offerta adeguata di servizi, i pazienti siano indirizzati, nel passaggio dal territorio all'ospedale e viceversa, verso quei servizi che possono rispondere nel modo più appropriato al bisogno sulla base della sua intensità. Questa dimensione dell'integrazione necessita per una sua misurazione, da un lato, della possibilità di comprendere come i pazienti possano essere convogliati all'ospedale e come (e dove) poi indirizzati alla loro dimissione. Dall'altro lato, è necessario avere disponibilità di dati sull'intensità del bisogno (per esempio, informazioni sulla severità o sullo stadio della malattia) per poter valutare la coerenza della risposta con il bisogno stesso;

c) *fluidità nei passaggi*: integrare ambiti di cura significa garantire passaggi fluidi e tempestivi che assicurino una prontezza e mantengano una continuità di cura. Valutare la fluidità dei passaggi tra ambiti di cura è un lavoro molto arduo perché influenzato sia dalla capacità di professioni differenti di lavorare efficacemente insieme sia dalle regole/procedure di cui l'azienda si dota per supportare processi d'integrazione. Pertanto, la percezione di pazienti e professionisti del livello di collaborazione inter-professionale è probabilmente la misura più coerente di questa dimensione dell'integrazione, misura che però è normalmente non disponibile e non raccolta a un livello aziendale.

2. In secondo luogo, si è tenuto presente che la mancanza o un cattivo funzionamento di strumenti d'integrazione T-O-T hanno la potenzialità di influire negativamente su qualità ed efficacia di cure erogate. Tradizionalmente, a livello della letteratura internazionale, si sono considerati indicatori validi per misure tale impatto i tassi di mortalità intraospedaliera e post-ospedaliera e i

tassi di re-ricovero a 30/90 gg. dalla dimissione per la stessa patologia, quali *proxy* di riacutizzazioni/peggioramento dello stato di salute. Questo ulteriore passaggio nell'elaborazione del *framework* concettuale ha consentito, da un lato, di considerare il fenomeno dell'integrazione T-O-T per i suoi impatti sulla salute dei pazienti e, dall'altro, di ovviare alle difficoltà di misurazione delle tre dimensioni sopra descritte. In questo passaggio, volutamente, non sono stati presi in considerazione impatti negativi di una mancata integrazione T-O-T sull'efficienza dell'azienda in termini economico-finanziari, ma solo impatti sugli esiti clinici o su loro *proxy*.

Di conseguenza la definizione dei set minimi di indicatori di valutazione è stata elaborata, quando possibile, sulla base delle prime tre dimensioni caratterizzanti il fenomeno T-O-T e completata con indicatori di qualità ed efficacia di cura erogata. È importante sottolineare come questi ultimi debbano essere considerati con cautela, dato che la qualità e l'efficacia di cura dipendono necessariamente da una pluralità di fattori, tra cui la presenza e il buon funzionamento di strumenti d'integrazione T-O-T.

4. Applicazione del modello di valutazione a tre percorsi

In questo paragrafo vengono presentati i risultati del lavoro di ricerca mettendo in evidenza, per ciascun percorso selezionato, i

singoli indicatori associandoli a una o più dimensioni del *framework* di valutazione proposto, nonché la fonte informativa da cui è possibile costruire l'indicatore stesso. In particolare, 7 flussi informativi per il *percorso nascita*, 8 flussi informativi per il *percorso ictus* e 7 flussi informativi per il *percorso scompenso*.

Vengono riportati, a titolo esemplificativo, i valori di alcuni indicatori per le cinque aziende pilota, dato il livello particolarmente innovativo delle modalità di calcolo degli stessi e/o data la loro capacità di esprimere in maniera significativa i passaggi dall'ospedale al territorio e viceversa. Inoltre, sempre per ciascun percorso, viene descritta la metodologia di definizione delle coorti che, almeno per due casi su tre, ha comportato la lettura e l'incrocio di più flussi informativi.

4.1. Percorso nascita

Gli indicatori relativi al percorso nascita sono stati disegnati sulla base degli eventi clinico-assistenziali che interessano due coorti:

- coorte delle donne partorienti nel 2009 nel territorio della Asl (da un minimo di «donne partorienti» di 841 dell'Asl D a un massimo di 2281 dell'Asl A) (**tabella 1**);
- coorte dei bambini nati nel 2009 sul territorio della Asl (da un minimo di neonati di 843 dell'Asl D a un massimo di 2307 dell'Asl A) (**tabella 2**).

	ASLA	ASLB	ASLC	ASLD	ASLE	fonte	Naz
num. Parti	2281	1222	874	841	1855	SDO	
% italiane	62%	79%	86%	79%	68%	SDO	83%
% straniere	38%	21%	14%	21%	32%	SDO	17%
età media	30,9	32,1	32,1	32,2	31,8	SDO	30,6
età media italiane	32,7	33,1	32,5	33,4	33,3	SDO	32,4
età media straniere	29,1	28,4	30,9	31,04	30,1	SDO	28,9
% parto cesareo (DRG 370, 371)	34%	28%	29%	36%	25%	SDO	38,30%
% Donne con gravidanze plurime nel 2009	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	0,7%	CEDAP	1,4%
% Donne con gravidanza fisiologica	89%	92%	95%	Classifi. diversa	92%	CEDAP	
% Donne con gravidanza patologica	8%	6%	5%		8%	CEDAP	

Tabella 1
Coorte delle donne partorienti nel 2009 sul territorio delle Asl

L'estrazione delle due coorti è legata al fatto che la valutazione dell'integrazione T-O-T in questo percorso vede l'utilizzo prevalente dei servizi sanitari da parte della mamma in un primo momento (fase pre-parto e parto) e, dopo, del neonato (fase parto e post-parto). La percentuale di donne straniere (dal 14% dell'Asl C al 32% dell'Asl E) non è di per sé indicativa di una diversa complessità clinica, ma potrebbe essere indicativa delle diversità culturali che possono portare ad alcune preferenze, per esempio, rispetto alla modalità del parto (vaginale o taglio cesareo) o di accesso ai servizi pre- e post-ospedalieri, influenzando la lettura degli indicatori di valutazione dell'integrazione T-O-T. Infine, rispetto ai flussi aziendali che registrano i dati dell'evento parto (Sdo - schede di dimissione ospedaliera e CeDAP - flusso *Certificato di assistenza al parto*) è da notare lo scostamento in difetto, se pur per un lieve 2-3%, dei dati rilevati dal flusso *CeDAP* rispetto al flusso *Sdo* per incompletezza del flusso (per esempio, mancanza del campo *Codice fiscale* o mancato inserimento del *record*).

La **tabella 3** riporta per il percorso nascita il set minimo di indicatori selezionati dal gruppo di lavoro suddivisi tra le tre fasi e associati a una o più dimensioni di valutazione: pre-parto, parto, post-parto.

Risulta interessante commentare alcuni valori degli indicatori proposti perché par-

ticolarmente significativi rispetto all'obiettivo che lo studio si propone. Per esempio, il numero delle indagini prenatali (villocentesi e amniocentesi) svolte dalle donne con età superiore a 35 anni in fase di gravidanza è indicazione sia della possibilità di accesso a servizi diagnostici previsti che della loro appropriatezza.² La **figura 1** indica la percentuale di donne con età superiore ai 35 anni che ha effettuato un'indagine prenatale invasiva (villocentesi o amniocentesi) presso le strutture dell'Asl: a eccezione del caso dell'Asl E, dove il 40% di donne oltre i 35 anni (69% per le donne italiane) effettua amniocentesi o villocentesi, le altre aziende si pongono su un livello più basso, ma comunque più alto del valore medio nazionale (20% - Rapporto CeDAP, 2008) a eccezione dell'Asl C (16%). Inoltre, è da notare che in tutte le realtà aziendali analizzate le donne straniere ricorrono meno a questo tipo di esame diagnostico. La motivazione di questo fenomeno può essere legata al livello culturale delle donne, da cui discendono diverse percezioni sull'utilità e sul rischio associati a questi esami, ma potrebbe ugualmente indicare carenze nel livello di informazione da parte delle Asl su questi temi, o di prescrizione di questi esami da parte dei ginecologi alle donne straniere.

Risulta rilevante anche la fase post-parto, se viene analizzata la frequenza con cui un

Tabella 2

Coorte dei bambini nati nel 2009 sul territorio delle Asl

	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E	fonte	Dato naz
num. Neonati	2307	1233	917	843	1856	SDO	
% Neonati morti o trasferiti ad altre strutture (DRG 385)	1,34%	1,30%	0,11%	0,36%	0,32%	SDO	
% Neonati morti	0,30%	0,08%	0,22%	0,24%	0,28%	CEDAP	2,79 /1.000 (0,28%)
% Neonati pretermine (<37° settimana)	1%	7%	6%	5%	6%	CEDAP	6,50%
% Neonati pretermine (<37° settimana) su DRG 386, 387 e 388	7%	1%	7%	9%	5%	SDO	
Tasso di mortalità neonatale (< 28 gg)	ND	ND	1,35/ 1.000	2,4/ 1.000	1,48/ 1.000	Dati anagrafe	2,4/1.000 (2008, istat)
Tasso di mortalità infantile (< 1 anno)	ND	ND	3,1/ 1.000	3,5/ 1.000	2,07/ 1.000	Dati anagrafe	3,3/1.000 (2008, istat)

Tabella 3

Indicatori complessivi identificati nella fase III - Percorso nascita

Percorso nascita						
Indicatori fase pre-parto	Significato	Geografia dell'offerta	Appropriatezza della risposta	Fluidità dei passaggi	Qualità/efficacia della cura	Flusso informativo
N. medio ecografie nel periodo di gestazione per donna (datazione, morfologica, accrescimento)	Il numero delle ecografie svolte dalle donne in fase di gravidanza è indicazione sia della possibilità di accesso a servizi diagnostici previsti che della loro appropriatezza (le linee guida ministeriali prevedono un numero pari a 3 ecografie nel periodo di gestazione)	X	X			Flusso specialistica ambulatoriale
% donne che hanno effettuato indagine prenatale invasiva (villocentesi e amniocentesi)	Il numero delle indagini prenatali svolte dalle donne in fase di gravidanza è indicazione sia della possibilità di accesso a servizi diagnostici previsti che della loro appropriatezza	X	X			Flusso specialistica ambulatoriale
Indicatori fase parto						
N. gg di degenza della mamma	La degenza media può dare un'indicazione della capacità di gestione della fase ospedaliera legata all'evento parto			X		Flusso Sdo
N. gg di degenza del neonato	La degenza media può dare un'indicazione della capacità dell'ospedale di gestire in modo scorrevole le prime fasi di vita ed eventuali complicanze			X		Flusso Sdo
% mamme decedute in ospedale	La mortalità intra-ospedaliera permette di avere un'indicazione sia della qualità del monitoraggio della donna in fase di gravidanza che dell'efficacia di cura offerta in ambito ospedaliero				X	Flusso Sdo
% neonati deceduti in ospedale	La mortalità intra-ospedaliera permette di avere un'indicazione sia della qualità del monitoraggio del feto in fase di gravidanza che dell'efficacia cura offerta in ambito ospedaliero al neonato				X	Flusso Sdo e Cedap
Indicatori fase post-parto						
% neonati iscritti a PIs	L'iscrizione presso un pediatra del neonato fornisce misura dell'offerta di cure primarie per i bambini in un certo territorio	X				Flusso aziendale
% neonati vaccinati per esavalente (prima vaccinazione)	La copertura vaccinale dei neonati indica sia l'accesso efficace a servizi di prevenzione delle Asl sia il livello di appropriatezza (od efficacia) degli stessi	X	X			Flusso vaccinazioni
% neonati che hanno avuto almeno un accesso in codice bianco/verde in PS entro un anno dalla dimissione	La frequenza con cui un neonato nel corso del primo anno di vita ritorna al PS soprattutto per motivi non urgenti indica sia la disponibilità/accessibilità di servizi di cure primarie sul territorio sia il fatto che si sta utilizzando in maniera inappropriata il PS (più alto è l'indicatore minore è l'accessibilità ai servizi di cure primarie e più alto è il livello di inappropriata nell'utilizzo del PS)	X	X			Flusso PS
% neonati ricoverati entro un anno dalla dimissione	La frequenza con cui un neonato nel corso del primo anno di vita ritorna al PS soprattutto per motivi non urgenti indica sia la disponibilità/accessibilità di servizi di cure primarie sul territorio sia il fatto che si sta utilizzando in maniera inappropriata la struttura ospedaliera (più alto è l'indicatore minore è l'accessibilità ai servizi di cure primarie e più alto è il livello di inappropriata nell'utilizzo della struttura ospedaliera)	X	X			Flusso Sdo
% neonati deceduti entro un mese/un anno dalla dimissione	La mortalità infantile permette di avere un'indicazione sia della qualità del monitoraggio del neonato sul territorio in fase di gravidanza che dell'efficacia cura offerta in ambito ospedaliero al neonato				X	Flusso anagrafe

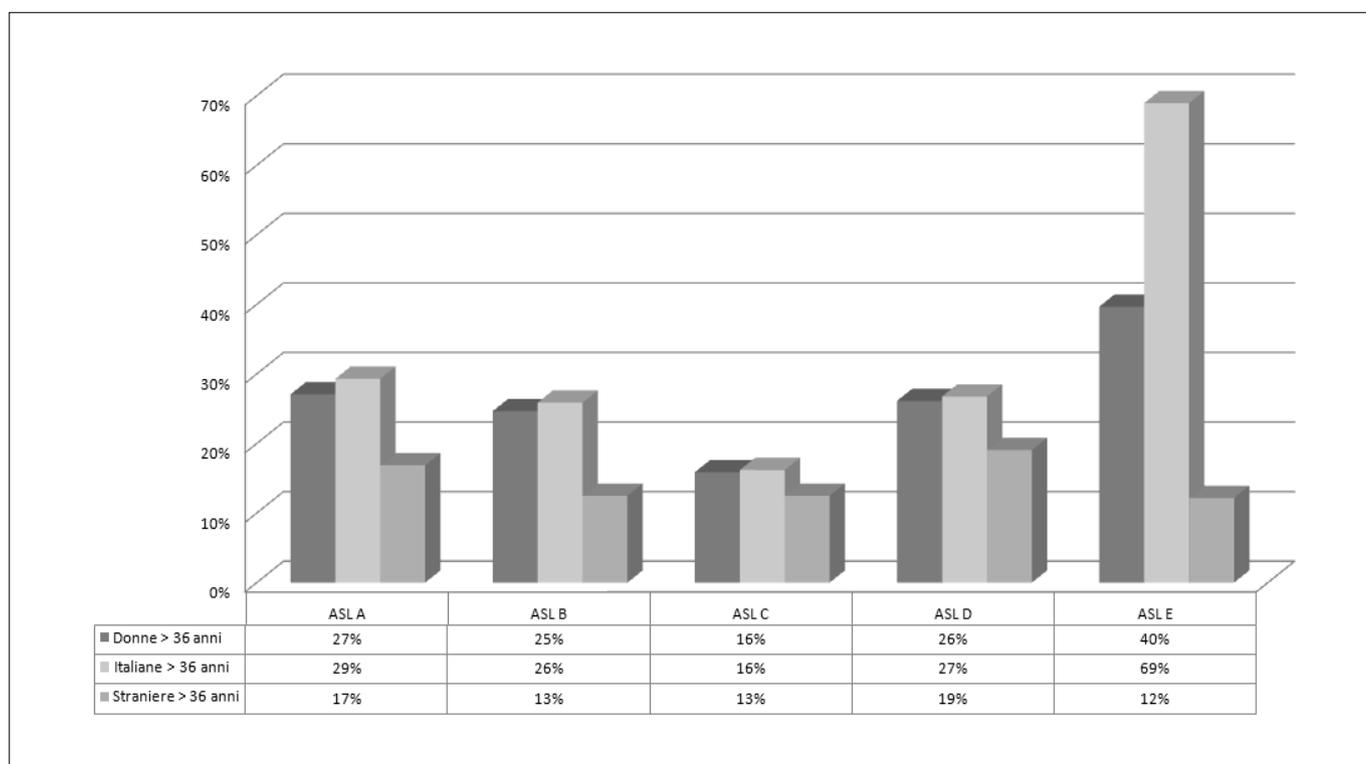


Figura 1

Donne > 35 anni che hanno effettuato un'indagine prenatale invasiva (villocentesi e amniocentesi) presso le strutture dell'Asl. Valori percentuali

neonato nel corso del primo anno di vita si rivolge al pronto soccorso soprattutto per motivi non urgenti, valutando così sia la disponibilità/accessibilità di servizi di cure primarie sul territorio (PIs) sia la loro appropriatezza. Con riferimento al PS (**figura 2** e **figura 3**), si evidenzia come, in quasi tutte le realtà aziendali analizzate, circa la metà dei bambini nati in un anno acceda al PS nei primi 12 mesi (il valore massimo si registra nell'Asl A con il 58%). Rispetto a questo trend, fa eccezione l'Asl C, in quanto esiste un sistema di accesso diretto all'Uo di pediatria senza passare dal pronto soccorso generale. Questa soluzione organizzativa adottata dall'Asl C rende il dato sottostimato e, quindi, non confrontabile. L'analisi sulla distribuzione degli accessi al PS mostra una maggiore concentrazione nei casi di 1 accesso o 2 accessi per bambino in maniera uniforme nelle varie realtà aziendali. Indagando per codice di accesso al PS, è interessante sottolineare che la maggior parte degli accessi in PS sono stati classificati con un codice *triage* non urgente (codice bianco e codice verde). Ciò è indicativo di un uso inappropriato del PS, in quanto sembra essere frequente il ri-

corso a questo servizio di tipo ospedaliero in mancanza di risposte adeguate da parte del territorio: la somma dei codici bianchi e verdi supera, in tutte le realtà analizzate, il 40% degli accessi.

4.2. Percorso post ictus

Anche per la definizione degli indicatori del percorso ictus, per cui sono state considerate tre fasi di analisi (fase pre-ospedaliera o di prevenzione, fase ospedaliera o acuta e fase post-ospedaliera), si sono costruite due coorti di pazienti di età compresa tra i 18 e i 64 anni, avendo valutato una condizione di maggiore efficacia della riabilitazione nel caso di pazienti non anziani per cui, invece, il livello di cronicità può rendere la fase di recupero più critica. Le due coorti individuate si distinguono in base alla fase del percorso analizzata:

– nelle fasi ospedaliera e territoriale, lo studio si focalizza interamente sulla coorte di pazienti tra i 18 e i 64 anni che nel 2009 sono stati trattati per ictus (emorragico e ischemico) nelle strutture delle 5 Asl coinvolte;³

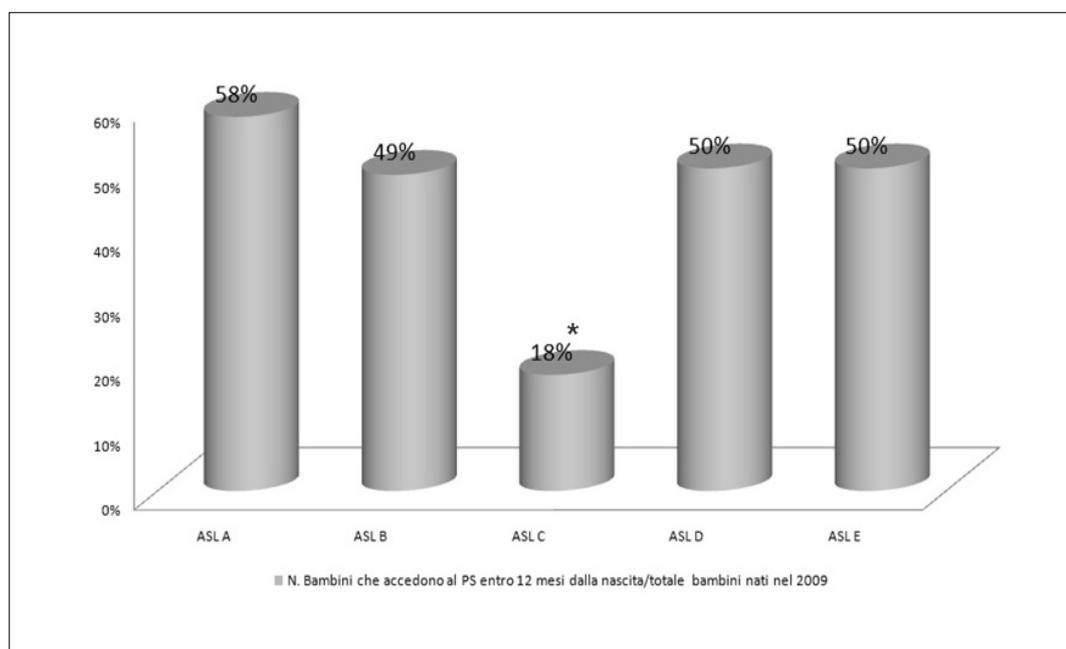


Figura 2
Percentuale dei bambini che accedono al PS nei primi 12 mesi dalla nascita

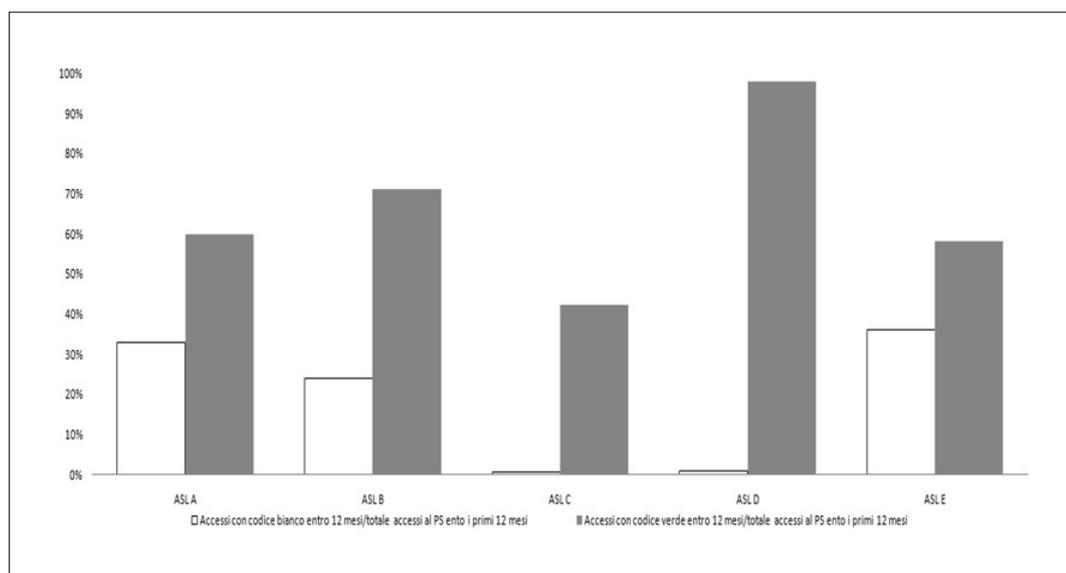


Figura 3
Percentuale accessi al PS con codice bianco e verde entro 12 mesi dalla nascita

– nella fase di prevenzione gli indicatori si riferiscono anche alla coorte di pazienti tra i 18 e i 64 anni considerati a rischio rispetto all'evento ictus. La selezione ha interessato, nuovamente, i pazienti tra i 18 e i 64 anni di età e la definizione di questa seconda coorte è stata realizzata attraverso la lettura di due flussi aziendali: il flusso *Esenzioni* e il flusso *Farmaceutica territo-*

riale. In particolare, è stata considerata la somma dei due insiemi per identificare la coorte di pazienti a rischio di ictus tra i 18 e i 64 anni: «Pazienti esenti ipertesi» dal flusso *Esenzioni* e «Pazienti ipertesi da farmaco» dal flusso *Farmaceutica territoriale*.⁴ Per un maggior approfondimento sulla metodologia di estrazione della coorte si rimanda al **box 1**.

Box 1

Metodologia per il calcolo della coorte dei pazienti 18-64 anni a rischio evento ictus

Nel presente studio è stata considerata una parte importante della popolazione a rischio di ictus, gli ipertesi. La coorte a rischio è stata definita come composta da individui tra i 18 e i 64 anni di età e definita attraverso la lettura di due flussi aziendali: il flusso esenzioni e il flusso farmaceutica territoriale. Di seguito vengono elencate le fasi di estrazione dei dati:

- selezione dei soggetti con esenzione per ipertensione (codici 0031 e 0A31) nell'anno 2009 (Insieme E: «pazienti esenti ipertesi»);
- selezione dei pazienti che nel corso 2008 e 2009 hanno assunto antiaggreganti e antiipertensivi (codici ATC C02*, C03*, C07*, C08C*, C09*) (insieme F) e con una DDD = > 70% (insieme F1);
- l'incrocio delle due estrazioni precedenti determina la coorte totale degli individui a rischio dell'evento ictus, ovvero dei pazienti ipertesi (Insieme E + Insieme F1).

Tabella 4

Coorte dei pazienti tra i 18 e i 64 anni con evento ictus nel 2009

	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
Numerosità campione	28	26	20	45	64
Pop. 18-64 anni 2009	174.727	218.871	49.582	84.926	148.314
Prevalenza	0,02%	0,01%	0,04%	0,05%	0,04%
Maschi	50,00%	76,92%	65,00%	53,33%	70,31%
Femmine	50,00%	23,08%	35,00%	46,67%	29,69%
Italiani	85,71%	92,31%	90,00%	95,56%	93,75%
Età max	64	65	64	65	63
Età min	33	37	36	39	20
Età media	53,7	55,1	56,0	57,6	52,9
DRG 430-431 (emorragico)	96,43%	34,62%	45,00%	44,44%	42,19%
DRG 434-436 (ischemico)	3,57%	65,38%	55,00%	55,56%	57,81%

Le tabelle 4 e 5 sintetizzano alcuni aspetti rilevanti delle due popolazioni di riferimento. La prevalenza dell'ictus nelle diverse Asl è sostanzialmente omogenea e in termini assoluti risulta molto bassa, come prevedibile, data la fascia d'età considerata. In Italia, l'ictus rappresenta la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10-12% di tutti i decessi per anno, e rappresenta la principale causa d'invalidità e la seconda causa di demenza con perdita dell'autosufficienza. Tuttavia, dai dati più aggiornati emerge come la prevalenza aumenti in relazione all'età, raggiungendo valori, in studi di popolazione, tra 4,61 e 7,33 per 100 abitanti nella classe di età superiore a 65 anni. Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana italiana (età 65- 84 anni) è del 6,5%.⁵ Dunque, i dati di prevalenza riportati nella **tabella 4** sono del tutto coerenti a quanto appena descritto, così come risulta significativa l'età media dei pazienti della coorte, in ogni caso al di sopra dei 50 anni. I dati nazionali rilevano che l'83% degli ictus è di tipo ischemico, mentre solo nel 13,5% dei casi l'ictus si manifesta

in forma emorragica: tuttavia, l'età media di insorgenza tra le due tipologie varia, con una prevalenza dell'ictus emorragico tra soggetti giovani. Questa tendenza spiega i dati rilevati e riportati in tabella: in tre aziende su cinque c'è una sostanziale parità tra numero di ictus ischemici e numero di emorragici, con un picco di casi emorragici nella Asl A e una maggiore prevalenza di casi ischemici nella Asl B. L'età dei pazienti considerati incide probabilmente sulla tipologia di ictus riscontrati.

Gli studi epidemiologici hanno individuato molteplici fattori che aumentano il rischio di ictus. Alcuni di questi fattori non sono modificabili, ma costituiscono tuttavia importanti aspetti per definire le classi di rischio. Su altri fattori invece è possibile agire con strategie farmacologiche e non. Tra i principali fattori non modificabili vi sono l'età, fattori genetici e fattori etnici (razza non caucasica). Tra i principali fattori modificabili si annoverano, invece, l'ipertensione arteriosa, l'eccessiva assunzione di alcol, il fumo, la dieta non corretta e il diabete mellito (specifico per ictus ischemico).⁶ Per questo

	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
1. Esenti per Ipertensione	5.663	10.085	1.615	901	4.173
% Pop. 18-64 anni	3,24%	4,61%	3,26%	1,06%	2,81%
2. Ipertesi da farmaco (ATC C02*, C03*, C07*, C08C*, C09* DDD>=70%)	16.735	23.182	3.620	6.647	11.384
% Pop. 18-64 anni	9,58%	10,59%	7,30%	7,83%	7,68%
3. Pazienti con Esenzione E Farmaci*	4.801	9.022	1.185	523	2.957
% Totale Coorte Ipertesi	27,28%	37,21%	29,26%	7,44%	23,47%
4. Ipertesi: Pazienti con Esenzione E/O Farmaci**	17.597	24.245	4.050	7.025	12.600
% Pop. 18-64 anni	10,07%	11,08%	8,17%	8,27%	8,50%

Tabella 5
Coorte dei pazienti tra i 18 e i 64 anni a rischio ictus nel 2009

motivo, nello studio è stata inclusa anche la coorte di pazienti a rischio dell'evento ictus attraverso la metodologia proposta nel box 1. Come mostra la **tabella 5**, gli ipertesi, così come definiti in questo studio, rappresentano una proporzione importante della popolazione non anziana, pari a circa il 10%. È da notare che in tutte le Asl non tutti i soggetti con esenzione per ipertensione sono trattati farmacologicamente (il gruppo 1 è sempre più numeroso del gruppo 3).

La **tabella 6** riporta per il percorso ictus il set minimo di indicatori selezionati dal gruppo di lavoro suddivisi tra le tre fasi e associati a una o più dimensioni di valutazione.

Sembra utile commentare alcuni valori degli indicatori proposti perché particolarmente significativi rispetto all'obiettivo che lo studio si propone. Dopo la definizione della coorte dei pazienti ipertesi tra i 18 e i 64 anni, è interessante presentare il dato di quanti dei soggetti a rischio incorrono poi effettivamente nell'evento ictus come *proxy* del livello di presa in carico sul territorio della fase di prevenzione di questi soggetti. In generale, una quota minima di soggetti ipertesi, così come definiti in questo studio, va incontro all'evento ictus: le Asl D e Asl E presentano dati leggermente superiori rispetto alle altre tre aziende (con, rispettivamente, lo 0,3% e lo 0,18% di soggetti ipertesi che hanno avuto effettivamente un ictus). Una lettura ribaltata di questo fenomeno è data dall'indicatore 5, che rileva la percentuale di soggetti ipertesi nella coorte dei pazienti con ictus: a parte l'eccezione della Asl C (5%), in ogni azienda oltre il 30% dei soggetti «ictati» risulta an-

che iperteso, in coerenza con quanto delineato nelle Linee-guida SPREAD (**tabella 7**).

Rispetto, invece, alle modalità di dimissione, è interessante notare come le scelte siano variabili, anche solo considerando cinque aziende, perché riflettono situazioni organizzative e di geografia dell'offerta differenti. Le principali osservazioni possono essere così riassunte (**tabella 8**):

- in nessuna Asl vengono registrate attivazioni di servizi di assistenza domiciliare integrata (Adi). Come evidente dall'analisi del flusso Adi (effettuata per la fase post-acuta) ciò non significa che questi servizi non siano offerti, ma è possibile che le Sdo siano completate in modo impreciso oppure che l'Adi sia attivata solo successivamente;

- la grande maggioranza dei pazienti ictati risulta dimessa a domicilio in tre aziende su cinque (Asl C, Asl D e Asl E). Asl D e Asl E trasferiscono poi una parte significativa (circa 10%) ad altri istituti di ricovero e cura;

- l'Asl A, invece, è l'unica azienda che appare utilizzare in modo rilevante istituti riabilitativi presenti sul territorio aziendale, trasferendovi metà dei pazienti ictati. In realtà dalla discussione con le Asl coinvolte nel progetto è risultato chiaro come sia talvolta possibile che i pazienti siano dimessi a domicilio e vengano poi successivamente ammessi in strutture riabilitative, le cui attività sono però monitorabili in modalità informatizzata solo in poche realtà aziendali. Ove possibile (Asl C e Asl E), quindi, è stato analizzato il flusso riabilitazione relativo alle strutture riabilitative ex art. 26. Questo ha permesso

Tabella 6

Indicatori complessivi identificati nella fase III - Percorso post-ictus

Percorso ictus						
Indicatori fase PRE (prevenzione e pre-ospedaliera)	Significato	Geografia dell'offerta	Appropriatezza della risposta	Fluidità dei passaggi	Qualità/efficacia della cura	Flusso informativo
% pazienti con precedente diagnosi di ipertensione (da esenzione e/o da farmaco) con ictus	La percentuale di pazienti ipertesi a rischio che effettivamente poi va incontro all'evento ictus indica la qualità degli interventi di prevenzione messi in atto sul territorio				X	Esenzioni; Flusso farmaceutica territoriale; Sdo
% di ictati classificati con codice giallo o rosso dal personale di pronto soccorso	Il riconoscimento tempestivo e appropriato dei sintomi dell'ictus da parte del personale di primo soccorso		X	X		Sdo; Flusso PS
Indicatori fase ACUTA (ospedaliera)						
Degenza media degli ictati	La degenza media può dare un'indicazione della capacità dell'ospedale di gestire fluidamente l'evento acuto			X		Flusso Sdo
Tasso di mortalità intra-ospedaliera degli ictati	La mortalità intra-ospedaliera permette di avere un'indicazione dell'efficacia di cura offerta in ambito ospedaliero				X	Flusso Sdo
% ictati dimessi in Adi, a domicilio, in ospedalizzazione domiciliare, trasferiti ad altro istituto pubblico o privato per iniziare una terapia riabilitativa, in una struttura riabilitativa intro-ospedaliera e lungodegenza (codice 56/60)	La modalità di dimissione dà indicazione della disponibilità di servizi e il loro mix oltre che dell'attivazione di eventuali processi per garantire la fluidità della dimissione	X		X		Flusso Sdo e Adi
Indicatori fase POST (territoriale)						
% ictati in riabilitazione ambulatoriale e tempo medio ciclo riabilitazione in specialistica ambulatorio	Il livello de servizio riabilitativo ambulatoriale offerto permette di comprendere se e in che misura il paziente il paziente ictato venga preso in carico a livello territoriale	X	X			Flusso specialistica ambulatoriale
Tasso mortalità a 30 giorni dalla dimissione degli ictati	La mortalità a 30 giorni permette di avere un'indicazione sia dell'efficacia della fase di riabilitazione e del monitoraggio dell'ictato sul territorio sia dell'efficacia di cura offerta in ambito ospedaliero				X	Sdo; Schede Istat/anagrafe
Tasso di mortalità a 90 giorni dalla dimissione degli ictati	La mortalità a 90 giorni permette di avere un'indicazione dell'efficacia della riabilitazione e del monitoraggio dell'ictato sul territorio				X	Sdo; Schede Istat/anagrafe
% ictati re-ricoverati in ospedale entro 30 giorni	Il re-ricovero a 30 gg (per motivi legati all'ictus) permette di avere un'indicazione dell'efficacia della riabilitazione e del monitoraggio dell'ictato sul territorio oltre che dell'efficacia di cura fornita in ambito ospedaliero				X	Flusso Sdo
% ictati re-ricoverati in ospedale entro 90 giorni	Il re-ricovero a 90 gg (per motivi legati all'ictus) permette di avere un'indicazione dell'efficacia della riabilitazione e del monitoraggio dell'ictato sul territorio				X	Flusso Sdo
% ictati che accedono al PS (in codice bianco/verde) entro 30 giorni e entro 90 giorni dalla dimissione	L'accesso al PS per motivi non urgenti dà un'indicazione dell'accessibilità dei servizi territoriali e dell'utilizzo inappropriato di strutture sanitarie	X	X			Flusso PS

	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
% di esenti con ictus	0,04%	0,06%	0,00%	0,22%	0,12%
% di ipertesi da farmaco con ictus	0,05%	0,04%	0,03%	0,30%	0,18%
% di ipertesi (con almeno esenzione e/o farmaco) con ictus	0,05%	0,05%	0,02%	0,30%	0,19%
% di ictati con precedente diagnosi di ipertensione (esenzione e/o farmaci)	32,14%	42,31%	5,00%	46,67%	37,50%

Tabella 7
Percentuale di pazienti con precedente diagnosi di ipertensione (da esenzione e/o da farmaco) con ictus

Tabella 8

Modalità di dimissione per pazienti che hanno riscontrato l'evento ictus

	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
Modalità di dimissione					
% ictati dimessi in ADI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
% ictati dimessi a domicilio	42,86%	50,00%	85,00%	82,22%	76,56%
% trasferiti ad altro istituto pubblico o privato per iniziare una terapia riabilitativa	46,43%	7,69%	0,00%	0,00%	0,00%
% ictati trasferiti ad altro regime o tipologia di ricovero (DH, RO, riabilitazione e lungodegenza) all'interno dello stesso istituto	0,00%	30,77%	5,00%	0,00%	1,56%
% ictati dimessi con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	10,71%	0,00%	5,00%	0,00%	1,56%
% ictati trasferiti ad altri istituto di ricovero e cura	0,00%	0,00%	5,00%	11,11%	15,63%
% ictati trasferiti a struttura riabilitativa ex art.26 entro una settimana dalla dimissione	N.D.	N.D.	0,00%	N.D.	9,38%

di comprendere che, effettivamente, in Asl E una porzione di pazienti (circa il 10%) viene presa in carico in strutture territoriali riabilitative subito dopo la dimissione. In Asl C invece, nessuno dei pazienti della coorte è stato poi rilevato nel flusso riabilitazione;

– la Asl B, invece, oltre alla dimissione a domicilio, appare ricorre in modo significativo alla struttura riabilitativa intraospedaliere che utilizza per circa un terzo dei pazienti ictati.

4.3. Percorso scompenso cardiaco

Nella definizione degli indicatori del percorso scompenso cardiaco sono state considerate 3 diverse fasi: *fase pre* (prevenzione e pre-ospedaliere), *fase acuta* (ospedaliere) e *fase post* (territoriale). Sono state, quindi, create due coorti di pazienti differenti in base alla fase del percorso analizzata:

– per la fase ospedaliere e territoriale, l'analisi si focalizza interamente sulla coorte di pazienti oltre i 65 anni trattati per scompenso cardiaco nelle strutture delle cinque Asl coinvolte nel corso del 2009. La coorte dei soggetti è stata individuata attraverso il flusso *Sdo*, anno 2009, con la selezione dei casi ricoverati con ICD9-CM 428 in prima diagnosi (CF dei soggetti nati entro il 1944 compreso);

– per la fase di prevenzione e pre-ospedaliere gli indicatori si riferiscono anche alla coorte di pazienti oltre i 65 anni considerati a rischio scompenso incrociando tre tipologie di flussi: il flusso *Farmaceutica territoriale* per estrarre «i pazienti Ipertesi da farmaco» e il flusso *Esenzioni* per estrarre «pazienti esenti per ipertensione», Flusso *Sdo* 2008, ICD9-CM 410 e 413 per estrarre «pazienti con cardiopatia ischemica»). Per un maggior approfondimento sulla metodologia di

estrazione della coorte si rimanda al box 2. La metodologia proposta riprende il modello sviluppato dall'Ars Liguria come nel caso del percorso post-ictus.

Le **tabelle 9 e 10** riportano i dati quantitativi della coorte dei pazienti a rischio per le cinque Asl. La prevalenza nelle diverse Asl è sostanzialmente omogenea e si attesta intorno all'1%. Lo scompenso cardiaco è ormai riconosciuto come uno dei problemi più rilevanti di salute pubblica a causa dell'incidenza in continua crescita e degli alti costi delle frequenti ri-ospedalizzazioni e dei trattamenti farmacologici vitalizi. I dati diffusi dall'Istituto superiore di sanità (ISS, 2004) e confermati dall'Anmco (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri)⁷ mostrano che la prevalenza di tale patologia si attesta su valori di circa 1-2%, confermando i valori rilevati nelle cinque Asl coinvolte nel progetto. Guardando all'età media dei pazienti della coorte, che è in ogni caso superiore agli 80 anni, viene confermato anche un altro dato: la prevalenza dello scompenso cardiaco cresce con l'aumentare dell'età.

Gli studi epidemiologici hanno individuato molteplici fattori che aumentano il rischio di scompenso cardiaco. Alcuni di questi fattori non possono essere modificati, primo fra tutti, l'età. I dati di incidenza, infatti, mostrano una notevole crescita nella fascia di età a partire dai 75 anni, arrivando, fino a più di 30 casi su 1.000 (ISS, 2004). Tra i principali fattori modificabili si annoverano: l'ipertensione arteriosa, le malattie cerebrovascolari, l'obesità, il diabete, i disturbi del sonno.⁸ Nel presente studio è stata considerata una parte importante della popolazione a rischio di scompenso cardiaco come descritto dal **box 2**: gli ipertesi e i pazienti affetti da cardiopatia ischemica. Come rilevato nella tabella, gli ipertesi (gruppo 4), così come definiti in questo studio, rappresentano una parte importante della popolazione anziana, che va dal 14% della Asl D a oltre il 35% della Asl B. Da notare che, in tutte le Asl, non tutti i soggetti con esenzione per ipertensione sono trattati farmacologicamente (il gruppo 1 è sempre più numeroso del gruppo 4). I pazienti con cardiopatia ischemica hanno una prevalenza più bassa, essendo un caso specifico di evento cerebrovascolare, ma rispetto

alla popolazione anziana rappresentano in media comunque lo 0,5%. Il gruppo 6 rappresenta la somma di tutti i soggetti a rischio potenziale, includendo, oltre agli ipertesi e ai cardiopatici ischemici, anche i pazienti che assumono solo farmaci per ipertensione arteriosa o che hanno solo una esenzione per ipertensione. Anche se questa coorte non è oggetto specifico di creazione di indicatori per la *fase pre*, è stato ritenuto comunque interessante calcolare la sua numerosità. I dati di prevalenza sulla popolazione anziana sono infatti drammatici con almeno il 50 % dei soggetti con oltre 65 anni di età potenzialmente a rischio di scompenso. Come nel caso dell'ictus, l'importanza di questi dati sta nella stessa rilevazione, poiché è fondamentale conoscere la numerosità e la qualità della popolazione principalmente a rischio di scompenso cardiaco ai fini di una coerente e contestualizzata programmazione delle attività di prevenzione, della rete ospedaliera e territoriale, in ottica integrata e coordinata, ai fini della garanzia della continuità della cura.

La **tabella 11** riporta per il percorso scompenso cardiaco il set minimo di indicatori selezionati dal gruppo di lavoro, suddivisi tra le tre fasi e associati a una o più dimensioni di valutazione: *fase prevenzione e pre-ospedaliera, fase acuta e fase post-acuta* (territoriale).

Per lo scompenso cardiaco, l'analisi svolta insieme alle Asl ha prodotto un set di indicatori molto ricco per la *fase post-acuta* (fase territoriale), sia dal punto di vista numerico che qualitativo. In particolare, sono stati individuati indicatori per le seguenti sub-categorie (tabella 11): (1) farmaci, prestazioni ambulatoriali e attivazione servizi Adi; (2) re-ricoveri e accesso inappropriato in pronto soccorso (PS) e (3) mortalità. Data la numerosità e la varietà delle misurazioni per questa fase, è utile commentare gli indicatori per ciascuna sub-categoria.

1. Farmaci: linee-guida a livello nazionale (Ceveas, 2008) indicano che lo scompenso cronico andrebbe trattato con ACE-inibitori e betabloccanti. La somministrazione di sartani è meno appropriata, soprattutto se associata agli ACE-inibitori. Gli indicatori 15, 16, 17 e 18 sono stati inclusi nell'analisi proprio come *proxy*

Tabella 9

Coorte dei pazienti oltre i 65 anni con evento scompenso cardiaco nel 2009

	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
Numerosità campione	638	192	255	408	528
Pop. over 65 anni	68.804	72.651	19.250	43.243	51.646
Prevalenza	0,93%	0,26%	1,32%	0,94%	1,02%
Maschi	50,00%	42,71%	40,00%	43,38%	49,24%
Femmine	50,00%	57,29%	60,00%	56,62%	50,76%
Italiani	98,75%	99,48%	100,00%	100,00%	100,00%
Età max	104	99	103	99	101
Età min	65	65	66	65	64
Età media	81,5	81,7	82,5	83,3	83,1

Tabella 10

Coorte dei pazienti oltre i 65 anni a rischio scompenso nel 2009

	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
1.Esenti per ipertensione	14.425	18.365	2.603	5.474	8.345
% Pop. over 65 anni	20,97%	25,28%	13,52%	12,66%	16,16%
2.Ipertesi da farmaco (C02*, C03*, C07*, C08C*, C09* DDD>=70%)	37.358	45.003	8.805	18.061	23.385
% Pop. over 65 anni	54,30%	61,94%	45,74%	41,77%	45,28%
3.Pazienti con cardiopatia ischemica	474	190	160	227	294
% Pop. over 65 anni	0,69%	0,26%	0,83%	0,52%	0,57%
4.Ipertesi: Pazienti con Esenzione E Farmaci* (esclusi i cardiopatici)	12.114	16.562	2.123	2.866	4.932
% Totale coorte esenti + farmaci	30,85%	35,51%	23,12%	13,99%	18,56%
5.Pazienti con Esenzione E/O Farmaci** (esclusi i cardiopatici)	39.269	46.639	9.181	20.490	26.579
% Pop. over 65 anni	57,07%	64,20%	47,69%	47,38%	51,46%
6.Pazienti con Esenzione E/O Farmaci E/O Cardiopatia**	39.743	46.829	9.341	20.717	26.873
% Pop. over 65 anni	57,76%	64,46%	48,52%	47,91%	52,03%

* Pazienti con esenzione per ipertensione E farmaci con DDD = > 70%.

** Pazienti con ALMENO una di queste condizioni.

Box 2

Metodologia per il calcolo della coorte dei pazienti 18-64 anni a rischio scompenso cardiaco

Nel presente studio è stata considerata una parte importante della popolazione a rischio di scompenso cardiaco oltre i 65 anni. La coorte a rischio è stata definita come composta da individui oltre 65 anni ed è definita attraverso la lettura di tre flussi aziendali: il flusso farmaceutica territoriale, il flusso esenzioni e il flusso Sso. Di seguito vengono elencate le fasi di estrazione dei dati:

- selezione dei soggetti con esenzione per ipertensione (codici 0031 e 0A31) nell'anno 2009 (Insieme E: «pazienti esenti ipertesi»);
- selezione dei pazienti che nel corso 2008 e 2009 hanno assunto antiaggreganti e antiipertensivi (codici ATC C02*, C03*, C07*, C08C*, C09*) (insieme F) e con una DDD = > 70% (insieme F1);
- l'incrocio delle due estrazioni precedenti determina la coorte totale degli individui a rischio dell'evento ictus, ovvero dei pazienti ipertesi (Insieme E + Insieme F1);
- selezione dei soggetti con oltre 65 anni che nel 2008 hanno avuto un episodio di cardiopatia ischemica, attraverso la selezione degli ICD9-CM 410 e 413 del flusso Sdo (Insieme C);
- l'incrocio dei soggetti ipertesi (Insieme F1) e dei soggetti con cardiopatia ischemica (Insieme C) determina la coorte degli individui a rischio di scompenso.

dell'appropriatezza del trattamento farmacologico degli scompensati cronici. Analizzando i loro valori, risulta che, in effetti, le linee-guida sembrano essere rispettate: in tre aziende (Asl A, Asl C e Asl E) la maggior parte dei pazienti è trattata con ACE-inibitori, nelle altre due, la percentuale supera il 40%. I pazienti trattati con sartani risultano, in ogni caso, numericamente molto inferiori (indicatore 16), e dall'indicatore 17 si deduce che i pazienti con prescrizioni sia di ACE-inibitori che di sartani sono molto pochi rispetto ai pazienti con solo prescrizioni di ACE-inibitori. Per quanto riguarda invece il trattamento con beta-bloccanti la percentuale va dal solo 30% nel caso dell'Asl D al 63% per l'Asl A. In termini assoluti, comunque, le percentuali di scompensati trattati farmacologicamente risultano inferiori rispetto ai target indicati dalle linee-guida nazionali.⁹

2. *Prestazioni ambulatoriali e Adi*: lo scopo della misurazione è principalmente quello di comprendere se e come i pazienti con scompenso cardiaco siano presi in carico e seguiti dopo la dimissione dal punto di vista dei consumi di specialistica ambulatoriale e attivazione di Adi. Trattandosi di pazienti cardiologici, si evidenzia che la maggior parte delle visite e delle anamnesi sono avvenuti nella specialità Cardiologia. Da notare anche che emocromo, creatinina e potassio sono tra i test più prescritti, il che potrebbe essere interpretato come un segnale di corretto e costante monitoraggio dei pazienti da parte delle Asl coinvolte nel progetto. In realtà, in accordo col gruppo di esperti delle

Asl partecipanti, è stato deciso di considerare il numero di prestazioni cardiologiche come *proxy* della effettiva presa in carico, o, per lo meno, del fatto che il paziente sia seguito e monitorato. Infatti, gli indicatori 19, 20 e 21 si riferiscono in modo specifico al numero di pazienti che ha avuto almeno una visita cardiologica o un test cardiologico nei 12 mesi successivi alla dimissione. Gli indicatori 22 e 23 si riferiscono al numero di pazienti che entro 6 mesi dalla prima dimissione sono sottoposti a due test specifici: la creatinina e gli elettroliti (sodio e potassio). I valori per l'esame elettroliti sono abbastanza omogenei e si attestano tra il 40% e il 48%; gli indicatori sulla creatinina presentano una maggiore variabilità, ma in ogni caso oltre il 40% dei pazienti scompensati è sottoposto a questo esame entro 6 mesi dalla dimissione. È comunque da tener presente che le linee-guida prevedono in realtà target più alti attorno almeno al 70% degli scompensati. Inoltre, il gruppo di lavoro ha ritenuto di inserire gli indicatori relativi all'Adi. La percentuale di pazienti in Adi varia molto da azienda ad azienda, con un picco massimo nella Asl A e, addirittura, uno 0% per la Asl C. Similmente esiste una forte variabilità rispetto al numero medio di accessi e alla durata media del ciclo di Adi.

3. *Re-ricoveri*: gli indicatori 27 e 28 misurano la percentuale di pazienti che vengono re-ricoverati in ospedale dopo 30 e 90 giorni dalla prima dimissione. La *ratio* dietro questo tipo di rilevazione sta nel fatto che il tasso di re-ospedalizzazione può essere letto come *proxy* di efficacia della presa in carico

Tabella 11

Indicatori complessivi identificati nella fase III - Percorso scompenso cardiaco

Percorso scompenso						
Indicatori fase PRE (prevenzione e pre-ospedaliera)	Significato	Geografia dell'offerta	Appropriatezza della risposta	Fluidità dei passaggi	Qualità/efficacia delle cure	Flusso
% di persone con evento di cardiopatia ischemica e/o ipertesi (esenzione/farmaco) che hanno avuto almeno un ecocardiogramma nell'arco di due anni	La percentuale di pazienti che sono ipertesi (esenzioni e/o farmaci) o che hanno avuto un infarto e sono quindi a rischio di scompenso e che effettivamente poi vanno incontro all'evento scompenso indica la qualità degli interventi di prevenzione messi in atto sul territorio				X	Flusso specialistica ambulatoriale; flusso esenzioni
Indicatori fase acuta (ospedaliera)						
% pazienti scompensati dimessi a domicilio, in una struttura riabilitativa, trasferiti a struttura riabilitativa intra-ospedaliera e lungodegenza (codici 56/60), in ospedalizzazione domiciliare	La modalità di dimissione dà indicazione della disponibilità di servizi e il loro mix oltre che dell'attivazione di eventuali processi per garantire la fluidità della dimissione	X		X		Flusso Sdo
N. gg di degenza	La degenza media può dare un'indicazione della capacità dell'ospedale di gestire fluidamente lo scompenso			X		Flusso Sdo
% pazienti scompensati deceduti in ospedale	La mortalità intra-ospedaliera permette di avere un'indicazione sia della tempestività (fluidità) dell'ammissione sia dell'efficacia di cura offerta in ambito ospedaliero				X	Flusso Sdo
Indicatori fase POST (territoriale)						
% scompensati a cui viene erogata una visita cardiologica per scompenso presso ambulatorio cardiologico/centro dello scompenso	Il livello di servizio cardiologico permette di comprendere se in che misura il paziente scompensato venga preso in carico a livello territoriale	X				Flusso specialistica ambulatoriale
% scompensati con almeno una prescrizione per ACE-inibitori	Il trattamento farmacologico permette di comprendere quanto e come lo scompensato venga preso in carico a livello territoriale	X	X			Flusso farmaceutica territoriale
% scompensati con almeno una prescrizione per sartani	Il trattamento farmacologico permette di comprendere quanto e come lo scompensato venga preso in carico a livello territoriale	X	X			Flusso farmaceutica territoriale
% scompensati con prescrizione di betabloccanti	Il trattamento farmacologico permette di comprendere quanto e come lo scompensato venga preso in carico a livello territoriale	X	X			Flusso farmaceutica territoriale
% scompensati che fanno esame di laboratorio ematochimico (creatinina, Na, K) entro 6 mesi dalla dimissione	Lo svolgimento di test di monitoraggio permette di comprendere quanto e come lo scompensato venga preso in carico a livello territoriale	X	X			Flusso specialistica ambulatoriale
% scompensati re-ricoverati entro 30 giorni dalla dimissione	Il re-ricovero a 30 gg (per motivi legati allo scompenso) permette di avere un'indicazione sulla qualità del monitoraggio dello scompensato sul territorio oltre che dell'efficacia di cura fornita in ambito ospedaliero				X	Sdo
% scompensati re-ricoverati entro 90 giorni dalla dimissione	Il re-ricovero a 30 gg (per motivi legati allo scompenso) permette di avere un'indicazione sulla qualità del monitoraggio dello scompensato sul territorio				X	Sdo
% scompensati che accedono almeno una volta al PS (in codice bianco/verde) entro 30 giorni e entro 90 gg dalla dimissione	L'accesso al PS per motivi non urgenti dà un'indicazione dell'accessibilità dei servizi territoriali e di un utilizzo non appropriato delle strutture sanitarie	X	X			Flusso PS
% scompensati deceduti entro 30 gg da dimissione	La mortalità a 30 giorni permette di avere un'indicazione sia della qualità del monitoraggio dello scompensato sul territorio sia dell'efficacia di cura offerta in ambito ospedaliero				X	Anagrafe/dati regionali
% scompensati deceduti entro 90 gg da dimissione	La mortalità a 90 giorni permette di avere un'indicazione qualità del monitoraggio e della cura dello scompensato sul territorio				X	Anagrafe/dati regionali

territoriale e della integrazione tra ospedale e territorio, nonché della appropriatezza del trattamento dei soggetti in cura. Leggendo i valori dell'indicatore 28, relativo al tasso di re-ospedalizzazione a 90 giorni, si nota una certa variabilità, passando dal circa 20% della Asl C, alle Asl B e Asl D che si attestano attorno al 30%, fino alle Asl A e Asl E che superano il 30%. Si tratta, in ogni caso, di valori significativi, anche se non è probabilmente possibile concepire di annullare completamente la probabilità di re-ricoveri. Studi clinici controllati mostrano, per esempio, che un 15-20% degli scompensati torna in ogni caso in ospedale anche quando correttamente trattato con ACE-inibitori o con ACE-inibitori e sartani.¹⁰ La gran parte dei re-ricoveri rilevati nell'analisi è effettivamente dovuta a ricadute da scompenso o cause strettamente correlate alla patologia (per esempio, i codici 428* – scompenso cardiaco –, 518* – malattie del polmone – e 584* – insufficienza renale –).

4. *Pronto soccorso*: gli indicatori 29 e 30 riportano i dati sul tasso di accesso al PS a 30 giorni e 90 giorni dopo la dimissione. In entrambi i casi, notiamo una certa omogeneità tra aziende, con una eccezione della Asl C che presenta dei dati più bassi. Gli indicatori 30a e 30b riguardano, invece, rispettivamente, la percentuale di codici bianchi e codici verdi, considerati

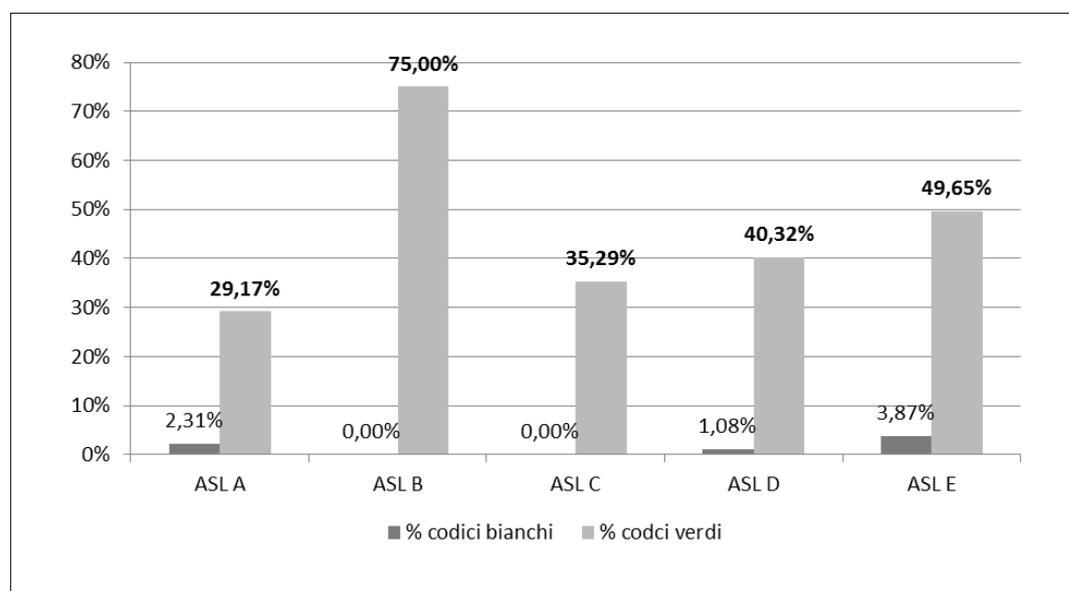
inappropriati, tra gli accessi a 90 giorni. Mentre il primo indicatore riporta valori abbastanza omogenei, in ogni caso molto bassi, la percentuale di codici verdi varia molto tra azienda e azienda, passando dal circa 30% della Asl A al 75% della Asl B (cfr. figura 4).

5. *Mortalità*: per quanto riguarda la mortalità le Asl mostrano valori piuttosto omogenei, attorno al 10%, che appaiono coerenti se non inferiori rispetto a quelli riportati dalla letteratura scientifica internazionale, anche per scompensati correttamente trattati da un punto di vista farmacologico (tabella 12).

5. Risultati

Questo studio rappresenta un'esperienza pilota di elaborazione e validazione su cinque realtà aziendali di una metodologia di valutazione dell'implementazione di processi di integrazione T-O-T. La ricerca, data la sua natura sperimentale, si è focalizzata su tre percorsi clinico-assistenziali «sentinella» (percorso nascita, percorso ictus, percorso scompenso) per i quali il tema dell'integrazione T-O-T riveste una particolare importanza e nei quali un basso livello di integrazione ha la potenzialità di produrre rilevanti impatti negativi sia per i pazienti che per l'azienda stessa. Il lavoro svolto grazie

Figura 4
PS a 90 giorni.
% accessi in codice bianco
e verde



	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
Farmaci					
15.% pazienti scompensati con almeno una prescrizione per ACE-inibitori	61,04%	42,29%	53,78%	45,45%	71,15%
16.% pazienti scompensati con prescrizioni per sartani	33,39%	26,86%	39,08%	20,11%	26,46%
17.% pazienti scompensati con prescrizioni per ACE-inibitori-sartani	16,88%	9,71%	16,39%	9,64%	13,88%
18.% pazienti scompensati con prescrizioni per betabloccanti	63,20%	45,14%	44,12%	30,58%	52,28%
Prestazioni ambulatoriali e ADI					
19.% pazienti scompensati con almeno una visita cardiologica in un anno	33,57%	49,14%	10,08%	41,60%	42,95%
20.% pazienti scompensati con almeno un test cardiologico in un anno (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, test da sforzo, eco(color)doppler card.)	39,14%	53,14%	39,08%	39,39%	46,85%
21.% pazienti scompensati con almeno una visita cardiologica o un test in un anno	43,27%	54,86%	39,08%	46,56%	47,94%
22.% pazienti scompensati che fanno esame creatinina entro 6 mesi dalla dimissione	52,60%	42,86%	57,14%	46,28%	55,75%
23.% pazienti scompensati che fanno esame elettroliti (Na e K) entro 6 mesi dalla dimissione	46,14%	40,57%	47,48%	42,98%	48,16%
24.% pazienti scompensati in ADI	41,47%	4,57%	0,00%	16,25%	17,57%
25.Durata media ciclo ADI per pazienti con scompenso	65,0	245,8	N.D.	32,8	574,3
26.Numero medio accessi in ADI per paziente	32,3	25,25	N.D.	100,9	42,84
	ASL A	ASL B	ASL C	ASL D	ASL E
Re-ricoveri					
27.% pazienti scompensati con re-ricovero a 30 gg	19,39%	13,71%	5,04%	15,70%	18,22%
28.% pazienti scompensati con re-ricovero a 90 gg	37,70%	29,14%	19,75%	29,20%	34,27%
PS					
29.% pazienti scompensati con accesso a PS a 30gg	14,72%	14,29%	2,94%	17,63%	23,21%
30.% pazienti scompensati con accesso a PS a 90gg di cui:	28,90%	30,29%	13,87%	34,44%	36,01%
30a.% codici bianchi	2,31%	0,00%	0,00%	1,08%	3,87%
30b.% codici verdi	29,17%	75,00%	35,29%	40,32%	49,65%
Mortalità					
31.Tasso mortalità a 30 giorni dalla dimissione	5,21%	4,57%	7,56%	7,16%	6,07%
32.Tasso mortalità a 90 giorni dalla dimissione	12,75%	12,00%	12,18%	14,05%	12,58%

alla stretta collaborazione del gruppo di lavoro Bocconi con le cinque Asl partecipanti (Asl Chiavari, Asl Empoli, Asl Novara, Asl Piacenza, ex Zona Territoriale 4 Senigallia - Asur Marche) ha permesso di elaborare alcune riflessioni sia di carattere metodologico che sostanziale sulla valutazione dell'integrazione T-O-T.

In primis, il progetto ha confermato, da un lato, la possibilità di un utilizzo in termini significativi dei flussi informativi, creati spesso per scopi amministrativi, e dall'altro che tale utilizzo ha permesso di trarre da essi informazioni non solo epidemiologico-cliniche ma soprattutto di natura manageriale sulla gestione dei servizi sanitari. La rico-

Tabella 12
Indicatori Fase post
(territoriale)

struzione dei percorsi dei paziente o degli individui condotta nello studio attraverso la combinazione dei vari flussi informativi ha consentito, infatti, per la prima volta alle aziende di avere una visione sistemica dei servizi da esse offerti e di enucleare aspetti critici, passaggi carenti, generando riflessioni costruttive su possibili interventi di miglioramento. Per esempio, l'analisi ha spesso portato l'attenzione sul contributo dei servizi di cure primarie (offerti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e distretti) nel garantire un buon livello di integrazione T-O-T. Le attività svolte a livello di cure primarie, per modalità e contenuto assistenziale, quindi, sono apparse come una leva importante per il futuro miglioramento dell'integrazione T-O-T.

Se, per un verso, l'esperienza di utilizzo dei flussi amministrativi si è rivelata positiva, allo stesso tempo ha posto in rilievo alcune importanti lacune nei flussi già esistenti e ha evidenziato l'assenza di alcuni flussi necessari per garantire alle aziende una visione sistemica. Nel percorso post-ictus, per esempio, un numero elevato di contesti aziendali manca di un flusso *Riabilitazione* che monitori le attività svolte nelle strutture adibite a questa funzione, fatto questo che non permette alle aziende di analizzare e valutare la parte più critica di questo percorso. Nel caso del percorso nascita la mancata informatizzazione del bilancio di salute non permette alle aziende di accedere in modo routinario alle informazioni sull'attività del pediatra (PIs), che risulta, invece, analizzabile solo da un flusso tradizionale, come quello delle prescrizioni. A fronte di ciò, l'attività dei PIs risulta totalmente opaca all'azienda e, di conseguenza, non facilmente governabile né migliorabile.

Da un punto di vista più sostanziale, lo studio pilota ha portato all'identificazione e condivisione di un set minimo di indicatori rilevabili, validi e rilevanti, in grado di misurare le diverse dimensioni dell'integrazione T-O-T. Nella maggior parte dei casi, l'identificazione è avvenuta attraverso un apprezzamento dei potenziali impatti negativi di un basso livello di integrazione quali possono essere tassi di mortalità, di re-ricovero o di accesso al PS in modo inappropriato, sebbene anche altri fattori, oltre alle modalità d'integrazione, possono influire su questi para-

metri. Quella dell'integrazione, definita nella ricerca come «appropriatezza delle risposta», è stata la dimensione più difficilmente catturabile anche per la mancanza, fatta eccezione nel flusso Sdo, di dati sullo stato clinico del paziente, sulla severità della sua condizione o anche semplicemente di una classificazione ICD-9 che permettesse, al di là dell'ambito ospedaliero, di valutare la coerenza tra il bisogno e la risposta fornita. Quando la presa in carico avviene a livello di cure primarie ed esistono chiare linee-guida *evidence-based* sul trattamento appropriato di una patologia, così come nel caso dello scompenso, questo tipo di valutazione è possibile attraverso analisi fini dei dati che mettano in relazione in modo rigoroso appropriatezza di cura sul territorio e re-ricoveri, mortalità e accessi inappropriati al PS.

Nel corso del processo di studio, numerosi indicatori ritenuti informativi sono stati esclusi a causa delle limitazioni informative indicate sopra. Rimane che il cruscotto finale, seppur con le dovute cautele per il processo di semplificazione cui è stato sottoposto, può considerarsi un solido punto di partenza per implementare un sistema di valutazione dell'integrazione T-O-T. Questo sistema è facilmente trasferibile ad altre realtà aziendali, sempre che il livello di informatizzazione dei flussi sia simile a quello delle aziende coinvolte nello studio pilota.

Attribuzione

La ricerca è frutto del lavoro svolto in collaborazione con il Ministero della Salute nell'ambito della Convenzione con il SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria). Si ringraziano in particolare Francesco Bevere, Lucia Lispi e Giulia Maffioli (Ministero della Salute) e i referenti aziendali che hanno contribuito alla ricerca.

Sebbene il contributo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, a Clara Carbone sono attribuiti i §§ 1, 2 e 4.1, ad Amelia Compagni i §§ 3 e 5, a Eleonora Corsalini i §§ 4.2 e 4.3.

Ringraziamenti

Il gruppo di lavoro CERGAS Bocconi ringrazia tutti i rappresentanti delle aziende che hanno partecipato al progetto. In particolare, si ringraziano: G. Soru, S. Gandolfi, E. Pisati, G. Delfanti, C. Pavesi (ASL Piacenza); G. Valzer, L. Cendron (ASL Novara); G. Gentili, G. Giovannetti (ex Zona Territoriale Senigallia - ASUR Marche); D. Cademartori, E. Barbiroglio (ASL Chiavari); E. Porfido, P. Salvadori, E. Mugnaini, N. Mennuti (ASL Empoli). Inoltre, del Ministero della Salute si ringraziano: F. Bevere, L. Lispi, S. Garassino e G. Maffioli.

Note

1. Si tratta di un campionamento sulla base di una serie di criteri (Fattore, 2005), identificati i quali si scelgono i casi in cui tali criteri vengono riscontrati. Le Asl di cui verranno mostrati i risultati in forma anonima sono: Asl Chiavari, Asl Empoli, Asl Novara, Asl Piacenza e Zona territoriale Senigallia, che fa parte dell'Asur Marche ma, date le sue dimensioni, è stata considerata a pari merito di un'Asl (Asur Marche).
2. Le prestazioni di indagine prenatale invasive sono a carico del Ssn per donne oltre i 35 anni. Nel 2010 il Ministero ha introdotto nuove linee-guida che prescrivono questo tipo di indagine sulla base del profilo del rischio della donna oltre che per la sua età.
3. Questa coorte dei soggetti è stata individuata attraverso il flusso Sdo, anno 2009, con la selezione dei casi ricoverati con ICD9-CM 430, 431, 434, 436 in prima diagnosi e con CF dei soggetti nati tra il 1945 e il 1991 compresi.
4. Per costruire la coorte degli ipertesi si è mutuata la metodologia sviluppata dall'Ars Liguria nel Progetto Nocchiero http://www.arsliguria.it/index.php?option=com_content&task=view&id=2667&Itemid=155.
5. I Quaderni del Ministero della Salute, «Organizzazione dell'assistenza all'ictus: la Stroke unit», marzo-aprile, 2010, <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/2-marzo-aprile-2010-quaderno.pdf>.
6. Linee guida nazionali ictus SPREAD, 2010.
7. Anmco, *Consensus Conference - Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco*, 2006.
8. Heart Failure Society of America, *HFSA 2010 Guideline Executive Summary*.
9. Anmco, *Consensus Conference - Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco*, 2006.
10. Ceveas (2011), *Ace-inibitori e sartani nel trattamento dello scompenso cardiaco*.

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

- COMPAGNI A., TEDIOSI F., TOZZI V.D. (2010), «L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- COTTER J., SMITH W., BOLING P. (2002), «Transitions of care: The next major quality improvement challenge», *British Journal of Clinical Governance*, 7, pp. 198-205.
- COAST J., INGLIS A., FRANKEL S. (1996), «Alternatives to hospital care: What are they and who should decide?», *BMJ*, 312, pp. 162-166.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FIORAVANTI L., SPANDONARO F. (2008), «Continuità assistenziale: dal principio alla realizzazione Cosa insegna il disease management», *Politiche Sanitarie*, vol. 8, n. 1 gennaio-marzo, pp. 29-33.
- PENCHEON D. (2002), «Intermediate care», *BMJ*, 324, pp. 1347-8.
- YOUNG J. (2002), «The evidence-base for intermediate care», *Geriatric Medicine*, 32, pp. 11-14.
- REGEN E., MARTIN G., GLASBY J., HEWITT G., NANCARROW S., PARKER H. (2008), «Challenges, benefits and weaknesses of intermediate care: Results from five UK case study sites», *Health and Social Care in the Community*, 16, pp. 629-37.
- SCARDI S., HUMAR F., DI LENARDA A., MAZZONE C., GIAN-SANTE C., SINAGRA G. (2007), «Continuità assistenziale ospedale-territorio per il paziente con scompenso cardiaco cronico: una rivoluzione e una sfida nella cura ambulatoriale», *G. Ital. Cardiol.*, vol. 8, pp. 83-91.

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**.

Modelli assistenziali e costi dei malati di SLA: evidenze dal caso lombardo

FRANCESCA LECCI, FRANCESCO LONGO, ALBERTO RICCI

Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) is a degenerative neuromuscular disease that implies high-intensity but continuous and comprehensive care. It rapidly affects the patient's functional capabilities and dramatically impacts his family psychologically as well as financially. Such a rare but extremely severe disease requests a coordinated, specific and high-profiled response by the healthcare system and represents a real challenge for policymakers. As case-study perspective, this article aims to picture the organizational model for ALS patient care in Lombardy. It focuses on both national and regional regulations and guidelines, it analyses the costs of care within nursing homes, as well as long term care hospitals. The multi-dimensional analysis evaluates the economic sustainability of ALS model of care for providers and expresses policy insights in order to improve the public intervention effectiveness.

Keywords: als, cost analysis, organizational model, socio-sanitary care
 Parole chiave: sla, analisi costi, modelli organizzativi, assistenza socio-sanitaria, presa in carico

Note sugli autori

Francesca Lecci è professore SDA Bocconi e ricercatore a contratto, CERGAS Bocconi, francesca.lecci@unibocconi.it

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

Alberto Ricci è ricercatore a contratto, CERGAS Bocconi

1. Introduzione

Le aziende sanitarie affrontano da alcuni anni una crescente complessità dei profili di utenza e una costante innovazione nei processi assistenziali erogati, anche e soprattutto nei servizi territoriali, tipicamente quelli socio-sanitari (Anessi, Cantù, 2006). La visione che vede gli ospedali trattare le patologie complesse ad alta intensità specialistica e i servizi territoriali focalizzati sul semplice *follow up* e su patologie e stadi delle patologie più semplici e a minore intensità assistenziale non è sostenuta dalle evidenze empiriche. A questo proposito, il presente articolo affronta un tema che rappresenta una sfida per tutti i sistemi sanitari regionali: garantire la migliore assistenza possibile, in condizione di risorse naturalmente limitate, a una categoria di malati che coniuga un'altissima complessità clinica con una condizione di cronicità, comportando un fortissimo impatto socioeconomico sui pazienti e sulle loro famiglie, vale a dire la Sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Essa ha un decorso molto rapido, instabile e non del tutto prevedibile, che richiede un costante adattamento del profilo di cura, in condizione di alta intensità assistenziale, di costante modifica dei fabbisogni specialistici (a seguito delle funzioni vitali che vengono progressivamente aggredite), in un contesto di fortissimo stress relazionale e assistenziale per i familiari e i *caregiver*.

L'articolo si pone l'obiettivo di fornire il quadro relativo al governo della patologia nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Ssn), affinché il decisore pubblico possa trarre delle utili indicazioni in termini di policy. Al fine di meglio inquadrare tali

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Oggetto di analisi
3. Obiettivi di ricerca e metodologia
4. Confronto tra modello assistenziale nazionale e lombardo
5. Carichi assistenziali del malato di SLA ricoverato in fase non acuta e costi correlati
6. Suggerimenti di *policy* e conclusioni

modalità di governo, nell'articolo vengono approfonditi due dimensioni: (i) i modelli organizzativi adottati per la presa in carico del malato di SLA; (ii) i costi connessi alla gestione della fase non acuta della patologia. A causa della significativa eterogeneità di scelte compiute nell'ambito dei vari Servizi sanitari regionali (Ssr) e in funzione della ricchezza e dei modelli adottati per i servizi socio-sanitari, che sono quelli che registrano maggiore variabilità di struttura di offerta e di assetto istituzionale, l'articolo si focalizza sui modelli assistenziali della fase non acuta e sui costi correlati dei pazienti nell'ambito del Ssr della Lombardia.

A tal fine l'articolo si organizza come segue: il § 2 presenta una *review* delle evidenze epidemiologiche disponibili; il § 3 presenta le scelte metodologiche di analisi adottate; il § 4 analizza le *policy* nazionali e regionali in merito all'impostazione del modello assistenziale; il § 5 è dedicato al calcolo degli carichi assistenziali (minutaggi per operatore professionale) effettivamente rilevati presso alcune strutture residenziali e lungodegenziali che ospitano malati di SLA in Lombardia. I minutaggi rappresentano la base per ricostruire i costi per singolo paziente, poi comparati con le tariffe. Una simile analisi, benché più sintetica (non si determina un costo pieno ma solo un costo del personale impiegato) è svolta anche per l'assistenza domiciliare integrata. Infine, il § 6 presenta una valutazione del modello assistenziale lombardo e discute le sue possibili prospettive di sviluppo.

2. Oggetto di analisi

La Sclerosi laterale amiotrofica si può definire come malattia degenerativa e progressiva che colpisce selettivamente i motoneuroni sia neutrali sia periferici. A oggi le cause della patologia sono sconosciute, anche se la maggior parte degli studiosi propende per una spiegazione multifattoriale, con elementi legati alla genetica e altri alle condizioni ambientali (Laboratorio Fiaso «SLA N.C.I.O.», 2010). La patologia colpisce soprattutto dopo i quaranta anni, con un'incidenza leggermente maggiore nel sesso maschile. La SLA conduce alla graduale perdita delle funzioni neuromuscolari (dalla motricità sino alla respirazione), con

una sopravvivenza media dalla comparsa dei sintomi di 3-5 anni (Miller *et al.*, 2009). Non esiste una terapia farmacologica, fatta eccezione per la somministrazione di riluzolo, che rallenta di pochi mesi il processo di neuro-degenerazione. Per tutti questi motivi, la SLA è caratterizzata da un'altissima complessità terapeutica, soprattutto in fase di progressione avanzata, poiché le compromissioni funzionali (area della motricità, della nutrizione, della comunicazione e della respirazione) richiedono l'intervento a frequenza variabile di molteplici figure professionali, sia mediche sia nell'ambito della riabilitazione (cfr. § 5.2); a ciò si somma la necessità di un'assistenza continuativa da parte di infermieri e operatori socio-sanitari e la gestione dell'impatto psicologico, sociale ed economico della malattia sul paziente e sui suoi familiari (Diamanti *et al.*, 2010).

La SLA è classificata come malattia rara: la prevalenza si attesta su 6-7 casi ogni 100.000 abitanti, con un'incidenza pari a 1,5-2 nuovi casi all'anno per 100.000 abitanti (Borasio, Mitchell, 2007). Considerando la frammentarietà dei flussi informativi ufficiali, è necessario fare riferimento a questi dati epidemiologici per stimare il numero di malati di SLA in Italia e in Lombardia: s'ipotizzano quindi 3.600-4.200 casi in Italia, con 1.200-1.400 nuove diagnosi l'anno. Questi dati, rapportati alla popolazione lombarda, disegnano un quadro di complessivi 600-700 casi, con 150-200 nuove diagnosi l'anno: tali cifre, in realtà, si discostano in misura piuttosto significativa dal numero di codici di esenzione registrati dal Centro malattie rare regionale «Mario Negri». Il rapporto sulle esenzioni per malattia rara censisce, infatti, 1.306 attestati associati al codice della SLA (RF0100) al 31/12/2010. Infine, un'ulteriore fonte per ricostruire la geografia assistenziale dei malati di SLA in Lombardia è costituita dai flussi informativi relativi ai ricoveri in strutture residenziali, forniti dalla Regione stessa: tali dati sono particolarmente interessanti in quanto permettono di inquadrare la distribuzione territoriale dei malati all'interno della regione Lombardia (tabella 1). Si tratta, tuttavia, di un flusso informativo che non restituisce il numero complessivo di malati di SLA: il ricovero in Rsa è tipicamente richiesto per i

pazienti che affrontano gli stadi intermedi della malattia. Inoltre il dato relativo alla Asl di Milano Centro, secondo le fonti stesse di Regione Lombardia, è probabilmente sottostimato.

3. Obiettivi di ricerca e metodologia

Alla luce del *framework* proposto, l'articolo si pone l'obiettivo di fornire il quadro relativo al governo della patologia nell'ambito del Ssn, affinché il decisore pubblico possa trarre delle utili indicazioni in termini di *policy*. Al fine di meglio inquadrare tali modalità di governo, nell'articolo vengono approfondite due dimensioni: (i) i modelli organizzativi adottati per la presa in carico del malato di SLA; (ii) i costi connessi alla gestione della fase non acuta (delle prestazioni domiciliari e dei ricoveri non ospedalieri) della patologia. Il risultato atteso è che dalla lettura combinata delle dimensioni appena declinate si possano trarre delle indicazioni in merito a: (i) i differenziali tra livelli assistenziali garantiti e fabbisogno assistenziale; (ii) la sostenibilità economica della presa in carico per gli operatori sanitari alla luce delle tariffe in essere.

Peraltro, proprio l'accurata conoscenza dei costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni sanitarie risulta critica per tutti i soggetti del sistema:

- per il soggetto regolatore, poiché consente di verificare l'equilibrio economico e finanziario dei produttori sanitari; valutare la corrispondenza delle tariffe ai costi di produzione e, nel caso di erogatori privati, alla remunerazione del capitale di rischio; definire modelli alternativi di acquisizione di fattori produttivi particolarmente critici (Longo, Tanzi, 2010);

- per gli erogatori, perché permette di disporre di un meccanismo sistematico di valutazione dello «stato di salute» aziendale, attraverso una serie di indicatori economici e tecnici; comprendere come i costi di struttura vengono assorbiti dalle diverse tipologie di prestazioni e disporre di un sistema puntuale e tempestivo di valutazione dell'economicità delle stesse; individuare inefficienze e aree di miglioramento (Bergamaschi, 2008);

- per gli utenti e le loro famiglie, poiché rende trasparente il valore di eventuali servizi

Asl	Assistiti	Asl	Assistiti	Asl	Assistiti
BG	31	SO	15	MI1	53
BS	77	LO	12	MI2	30
CO	38	MN	23	MI3	33
LC	22	MI	34	CR	7
VCAM	3	PV	23	VA	30
Totale assistiti in Rsa - Regione Lombardia: 431					

accessori di natura assistenziale e alberghiera e garantisce una più equa definizione ed eventuali compartecipazioni, quanto meno per le prestazioni che prevedono un'integrazione della tariffa, ad esempio sotto forma di retta giornaliera, come quelle dell'area della riabilitazione, della lungodegenza e dei settori socio-assistenziali (Bergamaschi, Lecci, Morelli, 2010).

In virtù del quesito di ricerca, la scelta del metodo ha preso in considerazione due aspetti:

- primo, la tipologia delle ricerche valutative, in cui si studia una situazione concreta in base a criteri predefiniti, appare particolarmente adatta al metodo dei casi per la varietà degli strumenti specifici di analisi che essa può impiegare (Fattore, 2005);

- secondo, uno dei metodi più consigliati per l'analisi di processo, finalizzata confronto tra costi e tariffe delle prestazioni è quello del *case study*, data la numerosità di informazioni e l'elevato grado di dettaglio che questo tipo di analisi richiede (Casati, 1996).

Nello specifico, è stato adottato come criterio di campionamento quello dei casi «a elevata sensibilità pubblica»: con questa strategia si sfrutta la rilevanza politica e sociale di una determinata situazione, poiché il caso è scelto proprio perché è già oggetto di interesse e questa condizione, generalmente, permette maggiore ricchezza informativa. Il caso individuato è, nello specifico, quello della Regione Lombardia che, per le caratteristiche della struttura di offerta e per le sue dimensioni, si configura come uno dei principali *player* nel contesto nazionale.

Tabella 1
Pazienti di SLA assistiti
in Rsa in Lombardia

Nel suo svolgimento, il protocollo di ricerca ha previsto l'utilizzo dei seguenti strumenti metodologici:

- 1) analisi *desk* della letteratura;
- 2) raccolta ed elaborazione di dati forniti dalla Regione Lombardia;
- 3) esame della normativa e della documentazione nazionale e regionale;
- 4) interviste a funzionari regionali, dirigenti medici e amministrativi di strutture accreditate e *opinion leader*;
- 5) somministrazione di questionari presso strutture accreditate in Regione Lombardia;
- 6) rielaborazione dei dati di contabilità analitica delle strutture per la definizione dei costi effettivi dell'assistenza;
- 7) rielaborazione e sintesi del materiale precedentemente raccolto.

Nello specifico, con riferimento ai punti 6 e 7 del precedente elenco, data la finalità di confronto dei costi degli erogatori con le tariffe rimborsate dalla Regione, si è scelto di adottare una metodologia di determinazione dei costi basata sulla configurazione di costo pieno (§ 5). Il principio che ispira questa metodologia è quello dell'assorbimento integrale dei costi (Selleri, 1990), secondo il quale agli oggetti di riferimento devono essere imputati tutti i costi sostenuti dall'azienda, indipendentemente dalla loro variabilità o meno.

A tal fine si è scelto di combinare due livelli di informazioni:

- quelle contenute nei sistemi di contabilità analitica adottati dalle singole aziende analizzate;
- quelle derivanti dalla ricostruzione del modello produttivo utilizzato da ciascun centro di ricovero al fine di determinare
 - a) le attività sottostanti la realizzazione delle prestazioni di cui vengono indagati i costi;
 - b) il correlato assorbimento di risorse.

Le ragioni che hanno indotto tale scelta derivano dalla constatazione che alla contabilità per centri di costo può senza dubbio essere assegnata la funzione di determinare i costi dei vari reparti o servizi, ma non è in grado di misurare il costo del «prodotto» dell'attività sanitaria (Mechelli, 2000).

4. Confronto tra modello assistenziale nazionale e lombardo

Questa sezione propone alcuni criteri per esprimere una prima valutazione sull'efficacia assistenziale e sulla sostenibilità economica del modello assistenziale lombardo per la cura del malato di SLA. Secondo Freeman Lipsey, Rossi (2004), la corretta valutazione di una politica/programma pubblico (*policy*) ha il proprio fulcro nell'approfondimento della fase implementativa: quest'ultima si concretizza attraverso l'emanazione di atti normativi/disciplinari e il successivo operato delle amministrazioni pubbliche nel rispondere direttamente o attraverso soggetti terzi ai bisogni dei cittadini, secondo le competenze e le responsabilità dei diversi livelli di governo. Ai fini della valutazione di una politica pubblica è inoltre fondamentale indagare come le politiche impattino i livelli di bisogno dei cittadini (*outcome*) e se rispettano il principio di economicità, cioè se riescono a rispondere alla domanda di beni/servizi di pubblico interesse in una prospettiva di lungo periodo, senza necessitare un aumento non fisiologico delle risorse assorbite (Borgonovi, Fattore, Longo, 2009). D'altra parte, è necessario che gli attori deputati al soddisfacimento dei bisogni collettivi (soggetti pubblici, ma anche privati, come spesso si verifica in ambito socio-sanitario) ricevano una quantità di risorse adeguata per remunerare i fattori produttivi impiegati, salvaguardando essi stessi la propria economicità così come la possibilità di operare nel tempo al servizio della collettività.

In base ai presupposti sopra esposti, si propone il seguente modello di valutazione del modello lombardo a sostegno dei malati di SLA:

- alla luce della geografia delle responsabilità dei diversi livelli di governo nella tutela della salute, si valuta la coerenza tra indicazioni assistenziali nazionali e lombarde per la SLA (§ 4.1);

- nel quadro dei documenti di programmazione sanitaria regionale, si approfondisce la capacità delle politiche regionali di ampliare e adattare al contesto lombardo sia il modello assistenziale, sia le forme di sostegno economico (§ 4.2);

– nell’ottica di una prima e necessariamente parziale misurazione degli *outcome*, si indagano alcuni elementi tesi a inquadrare l’efficacia operativa del modello e qualità dell’assistenza percepita dai pazienti e dagli operatori (§ 4.3);

– nella prospettiva di apprezzare la sostenibilità economica del modello assistenziale, si confrontano le tariffe regionali lombarde corrisposte per il ricovero in strutture residenziali con i costi effettivi dell’assistenza a tale categoria di malati particolarmente fragili (§ 5).

4.1. Suddivisione delle competenze tra livelli di governo per l’assistenza al malato di SLA

In base all’ordinamento italiano¹ il livello centrale e quello regionale hanno responsabilità diverse e complementari nella tutela del diritto alla salute dei cittadini. In relazione alla cura della SLA, lo Stato ha il compito di:

– dettagliare i diritti e definire le forme di tutela dei pazienti;

– stanziare fondi che rendano sostanziali i diritti dei malati, non solo per quanto riguarda l’adeguatezza delle cure sanitarie ma anche in relazione alle forti implicazioni sociali (impossibilità di svolgere un’attività lavorativa, necessità di un’assistenza continuativa nella fase finale della malattia, ecc.) dovute alla gravità della malattia;

– delineare le politiche di assistenza, che, in base alle evidenze medico-scientifiche e alle *best practice* organizzative, possano supportare le Regioni nell’implementazione di un proprio efficace modello di assistenza;

– implementare politiche di monitoraggio e coordinamento tra le realtà regionali e locali;

– promuovere la ricerca medica.

Le Regioni, direttamente o attraverso le aziende del gruppo regionale, svolgono invece la funzione di regolazione e coordinamento delle attività socio-sanitarie oltre alla programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni erogate:²

– integrare e/o adattare il modello assistenziale, disciplinando l’erogazione delle

prestazioni sociosanitarie e sanitarie inserite nei Livelli essenziali di assistenza;

– se opportuno ed economicamente sostenibile, irrobustire le forme di tutela e sostegno economico ai malati;

– stabilire la remunerazione dei fattori produttivi (tariffe);

– valutare il bisogno di servizi sanitari e sociosanitari nel territorio regionale;

– accreditare i soggetti pubblici e privati incaricati di erogare le prestazioni, indirizzandone e monitorandone le attività.

I Comuni hanno invece la responsabilità di gestire sul territorio la dimensione sociale, coordinandosi con le aziende sanitarie pubbliche e con i soggetti pubblici e privati rilevanti perché influenzano le condizioni di salute e la qualità di vita del paziente (si pensi, nel primo caso, all’erogazione delle prestazioni in Assistenza domiciliare integrata; nel secondo, alle procedure per l’abbattimento delle barriere architettoniche nell’edilizia privata).

A partire da questa suddivisione di ruoli e responsabilità, è possibile approfondire le politiche sanitarie messe in campo dai diversi livelli di governo, nazionale e regionale e nello specifico la Regione Lombardia (Burgalessi, 2007; Leonardi, 2008; Gori, 2011; Carabelli, Facchini, 2011).

4.2. Normativa e indirizzi nazionali

Il Psn 1998-2000 è il primo Piano sanitario nazionale che indica come priorità la tutela dei pazienti di malattie rare.³ Il richiamo della programmazione sanitaria nazionale trova riscontro normativo nel D.M. 279/2001 («Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie»), che individua le patologie definibili come Malattie rare (tra le quali anche la SLA, identificata con il codice RF0100). Inoltre, il Decreto dispone la realizzazione della Rete nazionale e delle Reti regionali malattie rare;⁴ prevede l’istituzione di un registro nazionale delle Malattie rare, alimentato dai flussi informativi provenienti dai *database* dei Centri di riferimento interregionali, contenente dati anagrafici, anamnestici, clinici, strumentali, laboratoristici e relativi

ai fattori rischio dei pazienti (art. 3); prevede l'esenzione dalla partecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie (art. 5) e ulteriori facilitazioni in merito alla fornitura dei farmaci specifici e all'accesso ai trapianti (art. 6); espone i criteri di appropriatezza ed efficacia come guida per la prescrizione delle prestazioni.

Un secondo elemento che ha contribuito a delineare il modello assistenziale del paziente di SLA a livello nazionale è stata l'elaborazione di un «Percorso assistenziale multidisciplinare per il paziente affetto da SLA» contenuto nella Relazione finale della Consulta nazionale delle malattie neuromuscolari,⁵ i cui principi cardine sono stati recepiti dall'Accordo Stato Regioni del 25 maggio 2011. Tale Percorso contribuisce a fissare alcuni principi ed elementi gestionali per una migliore presa in carico del paziente:

- l'approccio marcatamente multidisciplinare che vede l'intervento di molteplici figure professionali, puntualmente elencate;⁶

- l'importanza del ricovero presso strutture dedicate (Presidi secondo la dicitura del D.M. 279/01, che vengono suddivisi in Centri di I livello e di II livello) i cui requisiti in termini organizzativi e funzionali sono chiaramente specificati;⁷

- la necessità di privilegiare la presa in carico territoriale e domiciliare del paziente, assicurando la flessibilità, la personalizzazione e la modularità dell'assistenza. La permanenza del malato presso la propria abitazione contribuisce senza dubbio a migliorarne la qualità della vita, ma necessita l'assistenza da parte di una «*équipe* multidisciplinare territoriale»,⁸ presente in ogni ambito distrettuale, che ruota attorno alla figura dell'infermiere *case-manager* e che vede l'intervento, al bisogno, dei medici specialisti. Il Percorso identifica anche i livelli di stadiazione progressiva della malattia, individuando per ciascuno di essi la frequenza degli accessi domiciliari;

- l'indicazione dei casi in cui è indispensabile e appropriato il ricovero ordinario: acutizzazioni, pratica delle «terapie salvavita» (ventilazione meccanica con/senza tracheostomia, nutrizione artificiale) e adattamento alle stesse. L'accesso in DH è invece indicato per effettuare esami diagnostici

complessi, il monitoraggio dell'adattamento alla ventilazione meccanica e la sostituzione di ausili;

- la previsione di un'adeguata rete di integrazione e collegamento tra ospedale e territorio, diretta ad assicurare la continuità assistenziale nell'ottica del reinserimento domiciliare.⁹

I principali elementi organizzativi e gestionali del Percorso presentato dalla Consulta ministeriale sulle malattie neuromuscolari sono schematizzati nella **figura 1**.

4.3. Politiche lombarde di sostegno al malato di SLA

La normativa nazionale fornisce la cornice per le politiche regionali di assistenza ai pazienti affetti da malattie rare. Con riferimento al recepimento del contenuto del DM 279/2001 si rileva che:

- la Del. G.R. VII/7328 dell'11/11/01 ha istituito la rete regionale lombarda per le malattie rare, che ha come riferimento il Centro di coordinamento regionale «Mario Negri». I Presidi di rete attivati per la SLA sono a oggi 22 (**tabella 2**). I Presidi appaiono concentrati nell'area milanese, coerentemente con la distribuzione demografica regionale e la situazione epidemiologica. Da notare però l'assenza di presidi in tutta la zona montana della Regione (Asl della provincia di Sondrio e Asl della Valle Camonica) oltre alla scarsa copertura dell'area bresciana in relazione alla popolazione e ai dati di prevalenza (**tabella 1**);

- la realizzazione del Registro regionale delle malattie rare è ancora *in itinere*, come confermato dai dirigenti regionali intervistati. La messa a regime di questo strumento è particolarmente rilevante per censire l'esatto numero di malati, definire il ritardo diagnostico e la migrazione sanitaria e monitorare i PDTA dei pazienti, promuovendo in ultima analisi la ricerca scientifica e corrette politiche sanitarie. I flussi informativi aziendali raccolti dai medici dei Presidi attraverso il sistema SMR (circuito CRS-SISS)¹⁰ e inviati al Centro «Mario Negri» sono però ancora incompleti: nel secondo semestre 2011 sono censiti 311 casi di SLA, in forte aumento rispetto

al semestre precedente in cui si segnalavano 209 pazienti;

– la messa a regime del sistema di esenzione dalla compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie è stata completata con la Del. G.R. VII/1875 del 30/07/2004.

Coerentemente con le indicazioni dello stesso DM 279/2001 e dando una sistematizzazione alle indicazioni contenute in diversi Piani sanitari regionali,¹¹ la base per le politiche di assistenza sul territorio è costituita dall'elaborazione di un PDTA che coniughi le indicazioni nazionali con le esigenze regionali. Il documento in questione richiama esplicitamente le linee guida della Consulta ministeriale sulle malattie neuromuscolari e ne segue l'impostazione; i criteri diagnostici e terapeutici già segnalati nel Percorso ministeriale sono debitamente approfonditi. Sul piano assistenziale, il documento di Regione Lombardia individua tre principali problematiche:

– il livello di qualità della vita e il disagio psicologico che grava sul paziente e sulla sua famiglia, derivante dalla progressione della malattia e dai passaggi critici che la contraddistinguono (comunicazione diagnosi, scelte in merito alla pratica di terapie salvavita particolarmente invasive, ecc.). Per rispondere a questa criticità il PDTA raccomanda la presenza dello psicologo all'interno dell'*équipe* multidisciplinare, in grado tra l'altro di effettuare test nel sospetto di deficit cognitivi;

– la necessità di seguire e formare adeguatamente familiari e *caregiver*, sia nella gestione quotidiana del malato,¹² sia nella gestione del rischio clinico.¹³ Soprattutto in relazione alla gestione quotidiana, si sottolinea il ruolo dell'infermiere;

– l'esigenza di limitare alle famiglie il costo sociale ed economico sopportato a causa della malattia. Tale aspetto richiama le misure di intervento regionali contenute nelle Dell. G.R. 7915/08 e 10160/08, più avanti riprese.

Figura 1

Il percorso del paziente affetto dal SLA secondo le indicazioni della Consulta ministeriale malattie neuromuscolari
Fonte: rielaborazione documenti Consulta ministeriale Malattie Neuromuscolari, 2010

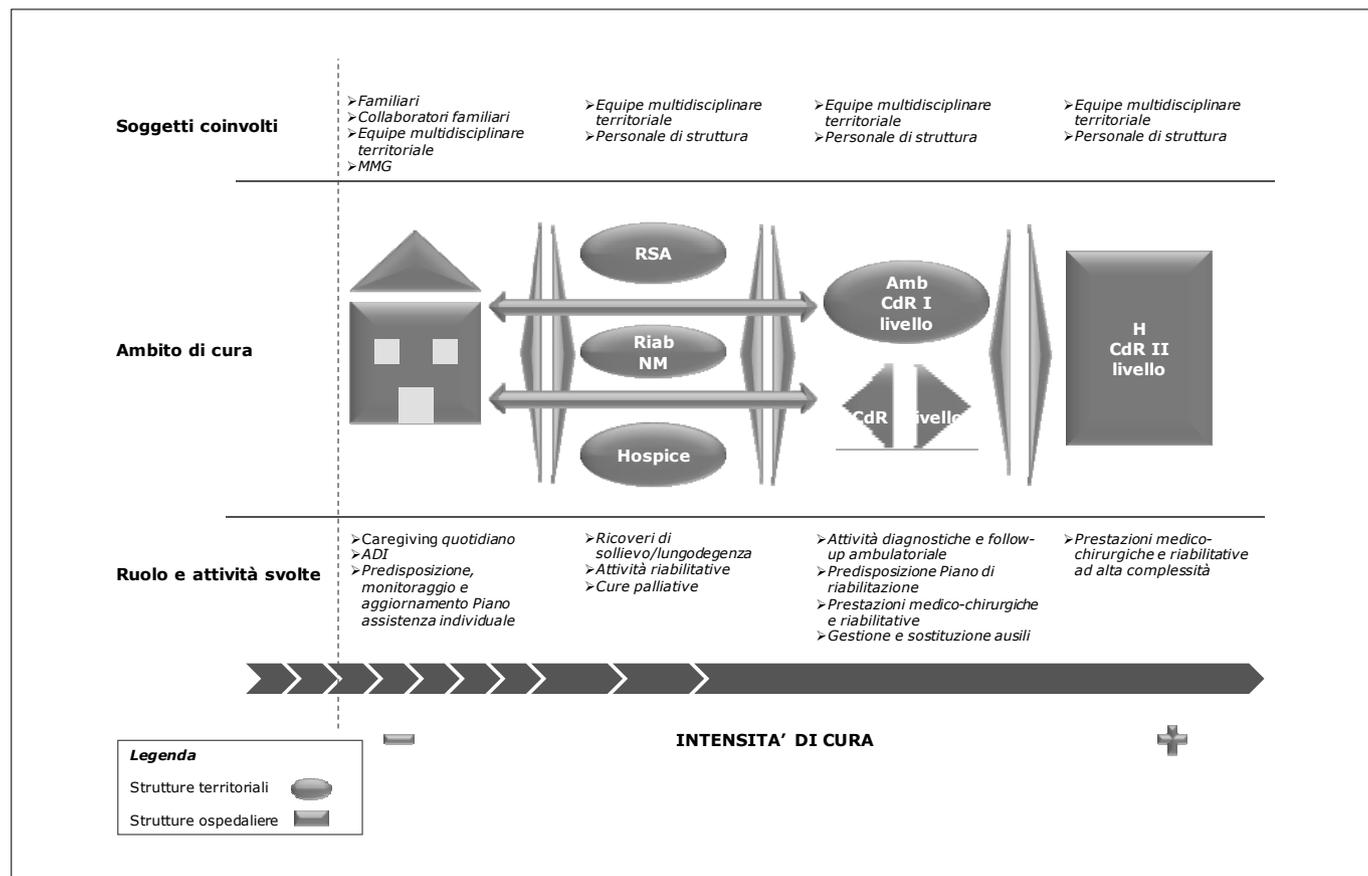


Tabella 2

Presidi della rete regionale lombarda per la SLA

Fonte: Centro di Coordinamento per le malattie rare «Mario Negri»

Presidio	Città	Presidio	Città	Presidio	Città
AO - POLO UNIVERSITARIO LUIGI SACCO	Milano	AO OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA	Milano	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA (**)	Milano
AO CARLO POMA DI MANTOVA	Mantova	AO OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO	Bergamo	FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA (*)	Milano
AO ISTITUTI OSPITALIERI DI Cremona	Cremona	AO SAN GERARDO DI MONZA	Monza	IRCCS FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZ. C. MONDINO	Pavia
AO OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO	Legnano	AO SAN PAOLO - POLO UNIVERSITARIO	Milano	IRCCS FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI DI PAVIA	Milano
AO OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO	Magenta	AO SANT'ANTONIO ABATE DI GALLARATE	Gallarate	IRCCS ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO Milano	Milano
AO OSPEDALE DI LECCO	Lecco	AO SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	Brescia	IRCCS ISTITUTO CLINICO HUMANITAS DI ROZZANO	Rozzano
FONDAZIONE IRCCS CA GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	Milano	CENTRO CLINICO NEMO - FONDAZIONE SERENA ONLUS Milano	Milano	IRCCS SAN RAFFAELE Milano	Milano
IRCCS SAN RAFFAELE Milano (Turro)	Milano	(*) : UO Neurologia; (**) : UO Malattie Neuromuscolari			

Un'altra sezione rilevante sotto il profilo organizzativo-gestionale è quella dedicata al monitoraggio: il Percorso prescrive un *follow-up* neurologico ambulatoriale ogni 1-3 mesi. La visita neurologica è prescritta anche in caso di ricovero ordinario o *day-hospital* con annessa compilazione della scala funzionale citata dal documento della Consulta ministeriale (ALSFRS-r). L'ambulatorio neurologico/neuromuscolare dovrebbe coordinare tutti gli interventi specialistici, medici, infermieristici, riabilitativi e socio-assistenziali, rivestendo la funzione di «Centro di riferimento (di I o II livello)» e ricollegandosi quindi alle indicazioni della Consulta ministeriale. Il documento ministeriale è ripreso e integrato anche per quanto riguarda l'approccio multidisciplinare: anche il Percorso lombardo elenca i professionisti che possono essere opportunamente coinvolti nel progetto assistenziale, aggiungendo alcune figure (gastroenterologo, genetista, rianimatore, otorinolaringoiatra). Anche l'elenco delle strutture di raccordo con il territorio e gli indicatori di *outcome* clinico ricalcano quelli ministeriali (sopravvivenza dalla diagnosi, attuazione di gastrostomia, attuazione di tracheotomia). Il PDTA si chiude con una serie

di raccomandazioni in merito al superamento di una logica di gestione per obiettivi comuni anziché per prestazioni e all'elaborazione di ulteriori linee-guida per la gestione integrata del paziente nei passaggi tra ospedale e territorio.

Oltre al recepimento delle indicazioni nazionali, la Lombardia ha elaborato proprie politiche di sostegno ai malati di SLA. In particolare la Regione, attraverso le Dell. G.R. VIII/471/2007 e VIII/5237/2007, ha stanziato 12 milioni di euro per l'assistenza ai pazienti di SLA. Tali risorse sono state principalmente indirizzate verso il potenziamento delle cure domiciliari. Il riferimento principale è costituito dalle Del. G.R. VIII/7915 del 6 agosto 2008, n.8 e la Del. G.R. VIII/10160 del 16 settembre 2009. La prima introduce un pacchetto *ad hoc* di misure sperimentali:

– l'erogazione con frequenza flessibile del *credit/voucher* socio-sanitario di III profilo, collegato all'erogazione di prestazioni socio-sanitarie o di riabilitazione domiciliare con caratteristiche di continuità e di elevata intensità assistenziale (maggior numero possibile di accessi mensili per figura professionale);

– il pagamento di un sussidio di 500 euro mensili a favore del *caregiver*;

– il ricovero di sollievo in Rsa/Rsd fino a un massimo di 90 giorni l'anno a carico del Ssr. Tale ricovero è remunerato all'erogatore 160 euro giornalieri, per uno standard assistenziale medio che è quantificato in 1.800 minuti settimanali per ospite (al di sotto, quindi, dei minutaggi calcolati per i pazienti in fase avanzata dal Gruppo di lavoro sulle linee guida e i percorsi per pazienti affetti da SLA della Regione stessa).

La delibera VIII/10160/09 ha confermato le misure sopra elencate e ha rimosso il tetto di 90 giorni, rendendo possibile il ricovero a tempo indeterminato in una struttura residenziale.

4.4. Considerazioni sulla qualità e l'efficacia del modello assistenziale lombardo

Nel complesso, dall'analisi della normativa e dei documenti d'indirizzo emerge un «modello lombardo» coerente con le indicazioni e i modelli nazionali. Le indicazioni del DM 279/2001 possono dirsi in buona parte recepite. Il punto più critico riguarda il ritardo nella predisposizione del registro regionale per il censimento dei malati di SLA, con impatti negativi sulle opportunità di monitorare adeguatamente l'epidemiologia della malattia e la *compliance* dei pazienti ai percorsi definiti. Dal punto di vista organizzativo-gestionale, il PDTA lombardo si avvicina molto al Percorso nazionale, aggiungendo alcune sottolineature in merito ad alcuni aspetti assistenziali di particolare delicatezza (supporto psicologico, gestione del rischio clinico). Da rilevare positivamente lo sforzo della Regione (comune anche ad altre realtà)¹⁴ di integrare le forme di sostegno economico statali più consolidate, legate al riconoscimento dell'invalidità e dell'handicap. Lo spettro di interventi è piuttosto ampio e articolato; in particolare, è evidente come il sussidio diretto alle famiglie non sia sufficiente, da solo, a coprire gli elevati costi del *caregiving* quotidiano; è invece apprezzabile la gratuità del ricovero in strutture residenziali, con l'obiettivo di incentivare l'accettazione di pazienti di SLA.

Una serie di interviste presso strutture residenziali, centri Adi e presso la Direzione

generale sanità della Regione Lombardia ha permesso di raccogliere valutazioni sull'effettiva efficacia del modello. A tal proposito si rileva che:

– non si registrano particolari fenomeni di liste d'attesa per l'accesso al ricovero di sollievo o lungodegenziale. Tuttavia, la facoltà di scelta dei pazienti è a volte limitata dalle contingenze gestionali delle strutture;

– tra i presidi di rete (centri di riferimento specialistici) nella Regione Lombardia spiccano il centro «Nemo» della Fondazione Serena Onlus presso l'ospedale Niguarda (MI), l'ospedale «San Gerardo» di Monza e l'IRCCS Fondazione «Salvatore Maugeri» di Pavia;

– la funzione di *case manager* è solitamente svolta dal medico di base, che talvolta non riesce ad assicurare il monitoraggio di tutti i passaggi della storia clinica del paziente. In tal senso sarebbe importante il rafforzamento del ruolo degli specialisti ospedalieri (neurologi) in tutti i presidi della rete regionale, anche al di fuori dell'area milanese;

– le esplicite indicazioni delle Dell. G.R. 7915/08 e 10160/09 garantiscono effettivamente che tutti i pazienti siano presi in carico da un erogatore di Assistenza domiciliare integrata, anche se talvolta si sperimenta qualche ritardo nell'attivazione dei servizi. Dal punto di vista gestionale, come prevedibile, gli operatori Adi segnalano la maggiore intensità assistenziale dei pazienti in SLA rispetto al *voucher* disponibile; tuttavia, i nuclei familiari degli assistiti sono più numerosi e più giovani rispetto ai pazienti anziani, offrendo generalmente un supporto più efficace per quanto riguarda la cura della persona, l'utilizzo degli ausili, il mantenimento della stabilità emotiva e psicologica del paziente. Infine, anche gli operatori di Adi lamentano un'integrazione non ottimale con l'assistenza ospedaliera: spesso i pazienti sono seguiti da professionisti differenti nel corso della loro storia clinica;

– l'ambito socio-sanitario (ricovero in Rsa/Rsd, prestazioni Adi, fornitura di farmaci e ausili) è complessivamente giudicato dagli operatori come adeguatamente presidiato dalle *policy* regionali. Al contrario, sono deboli le politiche di sostegno all'assistenza strettamente sociale: la SLA è caratterizzata da fasi di acutizzazione segui-

te da stabilità clinica, in cui la componente preponderante dell'assistenza è costituita dalla cura della persona. È evidente come un sussidio di soli 500 euro mensili non sia sufficiente per coprire tali costi di *caregiving* continuativo;

– è fondamentale l'abbattimento delle barriere architettoniche che impediscono, di fatto, l'assistenza a domicilio. In tal senso, data tra l'altro la rapidità della progressione della malattia, operatori e pazienti lamentano la farraginosità della procedura per l'erogazione dei contributi regionali in tal senso (L.reg. 6/89).

5. Carichi assistenziali del malato di SLA ricoverato in fase non acuta e costi correlati

Alla luce del modello assistenziale adottato dalla Regione Lombardia e in considerazione dell'elevata percentuale di malati di SLA che fanno ricorso al ricovero di sollievo o lungodegenziale e all'assistenza domiciliare integrata, il presente paragrafo si concentra sulla determinazione del costo pieno di tali prestazioni assistenziali. A tale fine il § 5.1 presenta la clusterizzazione dei pazienti utilizzata, il § 5.2 chiarisce le scelte metodologiche compiute per il calcolo dei costi, mentre il § 5.3 ricostruisce i fabbisogni assi-

stenziali effettivi e i costi connessi e li compara con le tariffe riconosciute per tale tipologia di ricovero e assistenza domiciliare.

5.1. La classificazione dei pazienti

Al fine di determinare i costi dei pazienti di SLA non in fase acuta, è stato necessario procedere a una segmentazione dei pazienti sulla base dei deficit registrati con riferimento alle quattro aree di disabilità indotte dalla SLA: motricità, comunicazione, respirazione e alimentazione. Al fine di consentire una maggiore omogeneità possibile nell'attribuzione dei pazienti a ciascuna classe di stadiazione, si è scelto di fare ricorso a quanto descritto nel percorso assistenziale multidisciplinare per pazienti affetti da SLA a cura del Ministero della salute (tabella 3).

In termini rappresentativi, si è scelto di attribuire, a ogni livello di stadiazione, una lettera identificativa: A (deficit moderato); B (deficit medio-grave); C (deficit grave); D (deficit totale).

Per ognuno dei livelli di stadiazione si è proceduto a identificare i connessi carichi assistenziali, che costituiscono la quota di costi più significativa e rappresentano la quasi totalità dei costi diretti. A questa quota, sono stati aggiunti, i costi dei consumi e una quota di costi indiretti, determinata attraverso basi di imputazione di tipologia prevalentemente *time-driven*.

5.2. Le scelte metodologiche di determinazione dei costi

La progettazione di un sistema di misurazione dei costi si articola in due momenti e dimensioni fondamentali (Agliati, 1990):

- la struttura del sistema di misurazione;
- le modalità di funzionamento dello stesso (flussi di alimentazione).

Ragionare in termini di struttura significa individuare le modalità attraverso le quali ri-aggregare i costi classificati per natura nella contabilità generale: in particolare, è necessario determinare come tali costi possono essere collegati a dimensioni espressive delle modalità di funzionamento aziendale. La scelta degli oggetti con riferimento ai quali aggregare le informazioni di costo e attivi-

Tabella 3

Classificazione dei livelli di stadiazione

1-Deficit moderato			
Motricità	Comunicazione	Respirazione	Alimentazione
Autonoma ma rallentata, faticosa ed imprecisa	Comprensibile con dislalia, imprecisioni/difficoltà nella scrittura	Dispnea in attività fisiche moderate	Disfagia occasionale
2-Deficit medio-grave			
Motricità	Comunicazione	Respirazione	Alimentazione
Rallentata, necessità di appoggio e assistenza	Frequente dislalia e difficile comprensibilità	Dispnea in attività fisiche minimali	Disfagia con necessità di modificazioni consistenti alla dieta
3-Deficit grave			
Motricità	Comunicazione	Respirazione	Alimentazione
Necessità di assistenza subcontinua	Perdita della capacità di scrivere a mano, dislalia continua con incomprendibilità	Dispnea a riposo; ventilazione meccanica non continua	Necessità di nutrizione enterale con gastrostomia
4-Deficit totale			
Motricità	Comunicazione	Respirazione	Alimentazione
Perdita completa della capacità di camminare, dipendenza totale	Perdita di ogni verbalizzazione e della capacità di scrivere con tastiera	Dipendenza assoluta dal respiratore	Necessità di nutrizione enterale con gastrostomia

tà deriva dalla necessità di rappresentare le logiche di formazione dei risultati aziendali sotto due profili primari: (i) il profilo competitivo (tipologia di prestazioni); (ii) il profilo organizzativo (centri di costo) (Casati, 2000; Francesconi, 2003).

I flussi di alimentazione fanno, invece, riferimento ai problemi connessi al funzionamento del sistema: in tale prospettiva è necessario individuare i metodi di rilevazione da adottare, i criteri di collegamento tra i dati della contabilità generale e il sistema di contabilità analitica, le caratteristiche dei dati elementari di costo con cui alimentare il sistema di misurazione. Poiché l'articolo intende riflettere sui costi delle prestazioni erogate in diverse strutture e contesti assistenziali, non si è proceduto a una riorganizzazione dei flussi del sistema, bensì a una omogeneizzazione degli stessi, al fine di renderli compatibili con l'oggetto e la finalità di misurazione e tra loro comparabili.

Il settore sanitario è caratterizzato da un elevato livello di personalizzazione delle prestazioni e scarsa standardizzabilità dei processi, per cui determinare il costo della singola prestazione potrebbe risultare particolarmente difficoltoso, a meno di definire criteri che consentano di raggruppare prestazioni omogenee. In questo senso, si è fatto largo ricorso al nomenclatore tariffario e ai Drg, sebbene questa scelta non sia esente da rischi derivanti dalla scarsa capacità di questo strumento di adeguarsi alle specificità dei singoli contesti aziendali. Tale rischio è, peraltro, ancora più elevato nell'ambito della non acuzie perché accoglie tipologie di pazienti sempre più eterogenee e complesse, a fronte di un'unica tariffa definita per singola giornata di degenza.

L'approccio che si è scelto di utilizzare è stato quello di combinare le informazioni derivanti dai sistemi di contabilità analitica adottati dalle realtà oggetto di analisi alla ricostruzione del modello produttivo utilizzato in ogni struttura, al fine di determinare le attività sottostanti la realizzazione delle prestazioni di cui vengono indagati i costi e il loro assorbimento di risorse.

L'approccio appena descritto deriva da una logica di tipo *activity-based*.

L'*activity-based costing* si configura come un modello di determinazione dei costi,

particolarmente adatto in situazioni produttive caratterizzate:

- da un'alta incidenza dei costi generali di produzione;
- dalla presenza di molteplici determinanti di questi costi.

L'idea di fondo di questa metodologia scaturisce da una considerazione elementare, secondo cui non sono le prestazioni che consumano le risorse, bensì le attività necessarie all'ottenimento delle stesse. Per questo motivo, la scelta effettuata è stata quella di ricostruire le attività con riferimento alla sola unità organizzativa responsabile rispetto alla produzione delle prestazioni indagate (quelle che Porter definisce come «attività primarie»; Porter, 1985). Con specifico riferimento al caso dei costi dei ricoveri di sollievo o lungodegenziali per i malati di SLA, si è scelto di far riferimento alla tecnica del *time-driven activity-based costing*: questa metodologia di analisi risulta particolarmente adatta alle prestazioni sanitarie, caratterizzate dalla prevalenza del fattore produttivo «personale» e, di conseguenza, caratterizzate da costi che dipendono strettamente dal tempo dedicato dal personale sanitario all'assistito. La letteratura più recente sul tema (Kaplan, Porter, 2011), inoltre, rileva come il ricorso a questa metodologia di determinazione dei costi sia particolarmente utile ogni qual volta si voglia effettuare un confronto tra costi di erogazione della prestazione sanitaria e tariffe correlate.

5.3. Le scelte metodologiche di determinazione dei costi

Al fine di determinare fabbisogni assistenziali e costi correlati, una prima rilevazione è stata condotta all'interno di strutture a valenza socio-assistenziale, dove i pazienti affetti da SLA beneficiano dei cosiddetti «ricoveri di sollievo». La **tabella 4** riporta i minutaggi assistenziali erogati sui pazienti appartenenti a ognuno dei quattro livelli di stadiazione nelle strutture in questione. Il dato è stato ottenuto attraverso la somministrazione di una distinta base all'interno delle strutture stesse. La lettura della tabella 4 evidenzia come sui pazienti con minor livello di deficit la figura professionale più intensamente impiegata

Tabella 4

Minutaggi per livello di stadiazione (minuti/die) in Rsa

	A	B	C	D
Medico fisiatra	7,5	10	12,5	15
Medico pneumologo	0	0	0	15
Medico nutrizionista	5	7,5	10	10
Infermiere	30	30	240	300
Fisioterapista motorio	60	60	120	120
Fisioterapista occupazionale	0	10	10	10
Dietista	1	1	1	1
Logopedista	32,5	40	40	40
Fisioterapista respiratorio	15	20	25	25
Operatore socio-sanitario	120	150	120	120
Psicologo	0	4	0	0
Totale giornaliero (minuti)	271	333	579	656
Totale settimanale	1.897	2.328	4.050	4.592

Tabella 5

Costi diretti (valorizzati a standard) del personale (euro/die) in Rsa

	A	B	C	D
Medico fisiatra	6	8	10	12
Medico pneumologo	-	-	-	12
Medico nutrizionista	4	6	8	8
Infermiere	11	11	89	111
Fisioterapista motorio	26	26	53	53
Fisioterapista occupazionale	-	4	4	4
Dietista	0	0	0	0
Logopedista	14	18	18	18
Fisioterapista respiratorio	7	9	11	11
Operatore socio-sanitario	37	46	37	37
Psicologo	-	3	-	-
Totale giornaliero (euro)	105	131	229	265
Totale settimanale	736	919	1.604	1.857

giornalmente è quella degli Oss, mentre negli stadi più avanzati della malattia, i soggetti maggiormente coinvolti nel processo assistenziale sono gli infermieri.

Il tempo assistenziale delle diverse figure professionali coinvolte è stato valorizzato utilizzando costi standard giornalieri (costruiti sulla base delle remunerazioni previste per i profili professionali in questione in un campione di strutture operanti nella Regione

Lombardia). I valori ottenuti sono quelli riportati nella **tabella 5**.

Si è proceduto, infine, ad aggiungere una quota settimanale di costi indiretti e a sommare tutti gli altri costi diretti per materiale di consumo (sanitario e non sanitario), pasti, utilizzo di tecnologie e spazi comuni, servizi. Anche in questo caso sono stati utilizzati valori standard. I costi totali sono stati confrontati con le tariffe settimanali (pari a 1.120 euro) riconosciute dalla Regione per questa tipologia di pazienti. Il dato di confronto e il relativo margine (differenza tra ricavi e costi) sono rappresentati nella **tabella 6**.

Dal confronto tra costi e tariffe emerge come, nelle Rsa, per i pazienti caratterizzati da deficit grave o da deficit totale, le tariffe riconosciute dalla Regione Lombardia non siano in grado di coprire neppure i costi diretti delle figure professionali attivamente coinvolte nel processo assistenziale e come, in tutti i casi, il margine settimanale (confrontando ricavi e *full cost*) sia negativo per tutti i livelli di stadiazione.

Al fine di dare completa rappresentazione dei fabbisogni assistenziale (e dei costi connessi), si è proceduto a condurre una seconda tipologia di rilevazione all'interno di strutture sanitarie, che operano nel segmento riabilitativo e lungodegenziale. La **tabella 7** riporta i minutaggi assistenziali erogati sui pazienti appartenenti a ognuno dei quattro livelli di stadiazione nelle strutture in questione. Il dato è stato ottenuto attraverso la somministrazione di una distinta base all'interno delle strutture stesse. La lettura della **tabella 7** evidenzia come su tutti i pazienti (indipendentemente dal loro livello di deficit) la figura professionale più intensamente impiegata giornalmente è quella degli infermieri. Si delinea, in questo senso, un *mix* di risorse profondamente differente rispetto a quello utilizzato all'interno delle Rsa.

Anche in questo caso, il tempo assistenziale delle diverse figure professionali coinvolte è stato valorizzato utilizzando costi standard giornalieri (costruiti sulla base delle remunerazioni previste per i profili professionali in questione in un campione di strutture operanti nella Regione Lombardia). I valori ottenuti sono quelli riportati in **tabella 8**.

Si è proceduto, infine, ad aggiungere una quota settimanale di costi indiretti e a sommare tutti gli altri costi diretti per materiale

di consumo (sanitario e non sanitario), pasti, utilizzo di tecnologie e spazi comuni, servizi. Anche in questo caso sono stati utilizzati valori standard. I costi totali sono stati confrontati con le tariffe settimanali (pari a 1.120 euro) riconosciute dalla Regione per questa tipologia di pazienti. Il dato di confronto e il relativo margine (differenza tra ricavi e costi) sono rappresentati nella **tabella 9**.

Dal confronto tra costi e tariffe emerge come, nelle strutture riabilitative e lungodegenziali, per tutti i pazienti, indipendentemente dal livello di stadiazione cui appartengono, le tariffe riconosciute dalla Regione Lombardia non siano mai in grado di coprire i costi diretti delle figure professionali attivamente coinvolte nel processo assistenziale. Il margine settimanale (confrontando ricavi e *full cost*) appare, pertanto, fortemente deficitario per tutti i livelli di stadiazione.

Al termine di questo approfondimento sulla struttura economica del ricovero in struttura residenziale, è utile analizzare anche l'assistenza domiciliare integrata per la SLA; si tratta, infatti, di un secondo ambito in cui la Regione Lombardia ha deciso di intervenire, stabilendo l'erogazione di un *voucher/credit*.

I dati relativi all'Adi fanno riferimento a minutaggi e costi forniti da una società specializzata in cure domiciliari. Si tratta quindi di informazioni che non hanno la pretesa di rappresentare una rilevazione sistematica, ma che vengono presentati per completare il confronto tra costi e ricavi che contraddistinguono l'assistenza socio-sanitaria. Il *voucher* di primo profilo (dal valore di 362 euro mensili) è erogato a pazienti che attraversano la prima fase («A») di stadiazione della malattia; l'assegno di secondo profilo (464 euro) ai pazienti del secondo livello di stadiazione («B»); il *voucher* di terzo profilo (619 euro) ai malati che si trovano nelle fasi avanzate della malattia. In realtà, la grande maggioranza dei pazienti (anche nelle fasi iniziali di decorso della malattia) richiede e riceve l'assistenza di terzo livello. Per inquadrare la realtà assistenziale e dare indicazioni sull'ampiezza del campione considerato per le analisi che seguono, si consideri che su 43 pazienti assistiti in Adi dalla società che ha fornito i dati, 27 risultano ricevere il *voucher* di III livello, 4 di II livello e 12 di primo livello.

Tabella 6

Confronto tra costi (valorizzati a standard) e tariffe (euro/settimana) in Rsa

	A	B	C	D
Costi diretti personale	736	919	1.604	1.857
Costi indiretti personale	77	77	77	77
Materiali di consumo	67	67	67	67
Ausili anti decubito	20	20	41	41
Pasti	57	57	20	20
Lavanderia	7	7	7	7
Costi immobiliari	267	267	267	267
Ammortamento apparecchiature	14	14	14	14
Costi totali settimanali/PL	1.245	1.428	2.097	2.349
Ricavi (tariffe) settimanali/PL	1.120	1.120	1.120	1.120
Margine/PL settimanale	- 125	- 308	- 977	- 1.229

Tabella 7

Minutaggi per livello di stadiazione (minuti/die) in lungodegenza

	A	B	C	D
Medico fisiatra	15	20	25	30
Medico pneumologo	0	0	0	30
Medico nutrizionista	10	15	20	20
Infermiere	202,5	238,5	406,5	436,5
Fisioterapista motorio	52,5	52,5	75	75
Fisioterapista occupazionale	0	20	20	20
Dietista	2	2	2	2
Logopedista	65	80	80	80
Fisioterapista respiratorio	30	40	50	50
Operatore socio-sanitario	110	140	135	135
Psicologo	0	2	0	0
Totale giornaliero (minuti)	487	610	814	879
Totale settimanale	3.409	4.270	5.695	6.150

Le figure professionali che intervengono nell'assistenza domiciliare sono riportate nella **tabella 10**. Il dato è stato ottenuto attraverso la somministrazione di una distinta base.

Valorizzando gli accessi secondo i costi effettivi del personale rilevati presso la società, si ottengono i seguenti costi complessivi per profilo assistenziale (**tabella 11**).

Tabella 8

Costi diretti (valorizzati a standard) del personale (euro/die) in lungodegenza

	A	B	C	D
Medico fisiatra	12	16	20	24
Medico pneumologo	-	-	-	24
Medico nutrizionista	8	12	16	16
Infermiere	75	88	150	161
Fisioterapista motorio	23	23	33	33
Fisioterapista occupazionale	-	9	9	9
Dietista	1	1	1	1
Logopedista	29	35	35	35
Fisioterapista respiratorio	13	18	22	22
Operatore socio-sanitario	33	43	41	41
Psicologo	-	2	-	-
Totale giornaliero (euro)	194	246	327	366
Totale settimanale	1.357	1.719	2.287	2.559

Tabella 9

Confronto tra costi (valorizzati a standard) e tariffe (euro/settimana) in lungodegenza

	A	B	C	D
Costi diretti personale	1.357	1.719	2.287	2.559
Costi indiretti personale	77	77	77	77
Materiali di consumo	67	67	67	67
Ausili anti decubito	20	20	41	41
Pasti	57	57	20	20
Lavanderia	7	7	7	7
Costi immobiliari	267	267	267	267
Ammortamento apparecchiature	14	14	14	14
Costi totali settimanali/PL	1.866	2.228	2.780	3.051
Ricavi (tariffe) settimanali/PL	1.120	1.120	1.120	1.120
Margine/PL settimanale	- 746	- 1.108	- 1.660	- 1.931

Se invece il valore degli accessi è calcolato secondo i costi standard del personale, considerando solo il tempo strettamente dedicato al malato da ciascun operatore, si ottengono i seguenti costi complessivi per profilo assistenziale (**tabella 12**).

La terza ipotesi (**tabella 13**), considera i cosiddetti «costi comuni di unità produttiva» assumendo che il costo dell'operatore resti legato alla sua disponibilità all'interno dell'*équipe* di assistenza domiciliare. Se,

tipicamente, l'accesso dell'*équipe* domiciliare ha la durata di un'ora (compreso il coordinamento e le pause), i costi del personale dovranno essere calcolati sulla base dell'ora di disponibilità e non dei minuti effettivi dedicati al paziente da ciascuna figura professionale. Naturalmente, tale approccio peggiora notevolmente il margine mensile.

È bene ricordare che i margini fin qui calcolati per l'Adi non comprendono i costi del personale che compie occasionali visite a domicilio del paziente (per esempio, lo psicologo), né altre categorie di costi diretti (per esempio, quella parte di materiali di consumo che non è soggetta a rimborso da parte della Regione), né una quota di costi generali e amministrativi. In sintesi, il dato fornito è quello relativo al costo diretto del personale che abitualmente e sistematicamente presta assistenza presso il domicilio del paziente. Benché configurazioni di costo più rappresentative siano possibili, si è scelto, in virtù della difficoltà di omogeneizzazione e standardizzazione dei flussi, di presentare i dati in grado di esprimere il maggior livello di oggettività possibile.

Sia per quanto riguarda il ricovero sia per l'Adi, il confronto tra costi effettivi dell'assistenza e tariffe lombarde evidenzia la mancata copertura degli elevati oneri connessi cura dei pazienti e tale struttura economica rischia di creare meccanismi di selezione a sfavore dei pazienti in fase più avanzata, vanificando l'obiettivo regionale di rafforzare la continuità tra ospedale e territorio.

6. Suggerimenti di policy e conclusioni

Le riflessioni di *policy* riguardano tre dimensioni: la scelta dei *setting* assistenziali, la natura degli erogatori per i ricoveri, le tariffe e i sostegni finanziari alle famiglie garantite dal sistema pubblico.

Il malato di SLA è di norma una persona di mezza età, inserita in un normale tessuto di relazioni sociali che rimane lucida fino alla fine dei suoi giorni, pur gravata da una patologia altamente invalidante. Pertanto, il *setting* assistenziale più idoneo per questa patologia è il domicilio, pur nella complessità di alcuni interventi necessari di stabilizzazione clinica, ma soprattutto di procedure as-

Figura professionale	Minutaggio per accesso	Accessi settimanali per stadiazione patologia		
		A	B	C-D
<i>Fisioterapista</i>	45'	1	3	2
<i>Logopedista</i>	45'	1	2	0
<i>Operatore sociosanitario</i>	50'	2	3	7
<i>Infermiere</i>	30'	1	3	7

Tabella 10

Figure professionali coinvolte nell'assistenza domiciliare integrata con relativi accessi e minutaggi

sistenziali quotidiane. Ciò impone la nascita di interventi di sostegno alla famiglia sia per supportarla a individuare gli ausili e le pratiche assistenziali necessarie, sia per eseguire le procedure più complesse con personale qualificato, ma anche per sostenere psicologicamente il paziente e l'intero tessuto sociale di riferimento. La maggiore complessità della patologia è data dalla sua progressività e dalla necessità di modificare con una certa frequenza il piano e le procedure assistenziali, richiedendo spesso una variazione negli ausili impiegati e nel personale di supporto, nonché l'attivazione di nuove procedure. Lo stadio della patologia che può essere trattato a domicilio dipende prevalentemente dalle competenze sviluppabili dai familiari, dalla loro capacità di gestire lo stress assistenziale e dall'efficacia del sistema pubblico nel contribuire, con un sostegno effettivo, alla formazione progressiva dei *caregiver* nell'utilizzo di ausili e nell'erogazione procedure assistenziali sempre più complesse, intervenendo in modo complementare rispetto alle risorse domestiche disponibili. Pertanto, il confine tra assistenza domiciliare e residenziale è significativamente influenzato dalla capacità di stimolare le risorse individuali e familiari, accompagnandole e formandole, offrendo i necessari servizi esterni assistenziali e di supporto. Non si tratta, quindi, di un confine dato esclusivamente dall'avanzamento della patologia, ma dall'efficacia dei modelli assistenziali e organizzativi in essere.

Il ricovero in un istituto pone delle riflessioni sulla natura del produttore. Si potrebbe trattare di un ospedale a bassa intensità, di una struttura protetta o riabilitativa. In essi risulta decisivo il tasso di concentrazione dei malati, che può determinare la possibilità o meno di attivare unità operative

Tabella 11

Confronto tra costi effettivi e valore del *voucher* socio-sanitario per i pazienti di SLA assistiti in Adi

	Livello di stadiazione patologia		
	A	B	C-D
Costi effettivi rilevati per livello di stadiazione (€/mese)	619	1.238	1.857
Valore <i>voucher</i> socio-sanitario (€/mese)	362	464	619
Margine mensile (€)	-257	-774	-1.238

Tabella 12

Confronto tra costi (valorizzati a standard) e valore del *voucher* per i pazienti di SLA assistiti in Adi

	Livelli di stadiazione		
	A	B	C-D
<i>Fisioterapista</i>	79	237	158
<i>Logopedista</i>	79	158	0
<i>Operatore sociosanitario</i>	176	264	615
<i>Infermiere</i>	44	133	311
Totale costi mensili (€)	378	792	1.084
Valore Voucher mensile (€)	362	464	619
Margine mensile (€)	-16	-328	-465

specializzate e dedicate. Un'unità specializzata è possibile con un volume stabile di almeno 6-8 casi e può essere frutto solo di una precisa programmazione della capacità di offerta, da attivare a livello di singola area territoriale, in funzione del quadro epidemiologico in essere. Questo può portare significativi vantaggi in termini di specializzazione degli operatori, di disponibilità

Tabella 13

Confronto tra costi (valorizzati a standard, comprensivi dei costi comuni di unità produttiva) e valore del *voucher* per i pazienti di SLA assistiti in Adi

Costi mensili per figura professionale (€)	Livelli di stadiazione		
	A	B	C-D
<i>Fisioterapista</i>	105	316	211
<i>Logopedista</i>	105	211	0
<i>Operatore sociosanitario</i>	211	316	738
<i>Infermiere</i>	89	316	622
Totale costi mensili (€)	510	1159	1570
Valore Voucher mensile (€)	362	464	619
Margine mensile (€)	- 148	- 695	- 951

di tutto il portafoglio di ausili assistenziali necessari disponibili e, probabilmente, di economie di scala, evitando la fluttuazione dell'intensità assistenziale, che si verifica in contesti in cui i malati tendono a disperdersi tra diverse strutture. Tale dispersione dei malati fra una pluralità di strutture ha potuto beneficiare finora di grande disponibilità da parte dei produttori, in virtù della grande attenzione simbolica sul tema e della dimostrata volontà di contribuire al sollievo dei malati, nonostante l'insufficienza delle tariffe. L'assenza di specifiche competenze, il significativo aggravio di fabbisogno assistenziale cui di norma non corrisponde un aumento dei fattori produttivi disponibili, la dinamicità della patologia che richiede competenze sempre diverse: tali elementi fanno privilegiare modelli assistenziali che concentrino i pazienti in piccole unità specializzate, invece di disperderli su strutture protette generaliste, generando, in tal modo, effetti positivi sia sul versante dell'efficacia clinico-assistenziale ed economica, sia sulla tenuta organizzativa e sull'equità assistenziale nei confronti degli altri pazienti.

I costi che emergono dal presente lavoro dimostrano, però, che le tariffe a oggi riconosciute alle strutture sono significativamente inferiori agli effettivi costi di produzione, in funzione dell'intensità assistenziale richiesta dalla patologia. L'esiguità dei casi, il forte coinvolgimento della Regione e il profondo *commitment* degli erogatori su questa pato-

logia ha comunque permesso l'assistenza a tutta la domanda presente, anche se rappresenta una perdita economica per la singola struttura. Questo è coerente con un modello assistenziale di dispersione dei casi, dove le singole perdite possono essere riassorbite con gli altri casi. Nel momento in cui si optasse per un modello assistenziale più concentrato e più costo-efficace, lo scarto tra tariffe e costi sarebbe difficilmente assorbibile dal singolo produttore, nel momento in cui la patologia rappresenta una quota significativa della propria produzione.

Le tariffe per l'assistenza domiciliare oggi garantita non coprono adeguatamente i costi di erogazione; rimane comunque il dubbio se l'intensità assistenziale garantita a domicilio sia sufficiente, anche nello sforzo di incentivare e sostenere la permanenza a domicilio.

Appare inoltre lacunoso il sostegno economico alle famiglie per la loro spesa socio-assistenziale in caso di assistenza al domicilio, risultando penalizzante, invece che di sostegno, rispetto al carico assistenziale che assumono.

La bassa prevalenza della malattia ha fisiologicamente indotto politiche sanitarie e di supporto socio-assistenziale attivate in contesti di emergenza e non sempre organiche. Il presente studio cerca di promuovere una definizione dei problemi più sistematica e strutturata, interrogandosi fino che livello si ritiene opportuno supportare e incentivare le famiglie a tenere i pazienti al domicilio e quale modello assistenziale privilegiare in caso di ricovero. Al momento, dalle evidenze raccolte, non appare nitido né il sostegno alle cure domiciliari delle famiglie, né il sostegno alla nascita di unità operative specializzate a miglior impatto efficacia/costo.

Attribuzione

Il presente articolo è il risultato del lavoro congiunto dei tre autori. Nella stesura tuttavia i paragrafi vanno così ripartiti: i §§ 3 e 5 sono da attribuirsi a Francesca Lecci, i §§ 1 e 6 a Francesco Longo e i §§ 2 e 4 ad Alberto Ricci.

Ringraziamenti

Si ringrazia il gruppo Segesta con il cui sostegno è stato possibile realizzare il presente studio, anche per la disponibilità a mettere a disposizione i propri dati di attività e di consumo di risorse.

Note

1. Titolo V della Costituzione, art. 117: al comma m si stabilisce la potestà legislativa esclusiva statale in relazione alla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», mentre la «tutela della salute» è citata tra le materie a potestà legislativa concorrente Stato-Regioni.
2. I riferimenti in questo caso sono, oltre al già citato art. 117, le recenti Leggi regionali della Lombardia che disciplinano gli ambiti sanitario e sociale: la L.reg. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e la L.reg. 3/2008 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario). Resta inteso che in contesti regionali diversi da quello lombardo le Asl mantengono una rilevante, e talvolta preponderante, funzione di erogazione diretta delle prestazioni.
3. Anche i successivi Psn 2003-2005 e Psn 2006-2008 riprendono il tema dell'assistenza ai pazienti di malattie rare.
4. Si prevede la creazione di una rete di presidi accreditati di diagnosi e cura, selezionati dalle regioni per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e il trattamento delle dette patologie. Nell'ambito di tali presidi le regioni interessate, d'accordo con la Conferenza Stato-Regioni, individuano i Centri interregionali di riferimento. Questi ultimi assicurano il coordinamento dei Presidi nell'area territoriale di competenza, gestiscono i rapporti internazionali, svolgono attività di prevenzione e informazione nei confronti dei cittadini (art. 2).
5. La Consulta nazionale sulle malattie neuromuscolari è stata istituita presso il Ministero della salute con DM del 07/02/2009. È composta da dirigenti del Ministero e rappresentanti di associazioni del Terzo settore e tra i suoi compiti annovera la formulazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci.
6. Il Percorso cita non solo il neurologo, ma anche il medico fisiatra, il dietologo, lo pneumologo, il foniatra; nel campo della riabilitazione, il logopedista, il terapeuta motorio, respiratorio e occupazionale; infine lo psicologo, il tecnico ortopedico e l'assistente sociale. Il medico di medicina generale (Mmg) conserva il proprio ruolo di supervisione e di garante della continuità assistenziale; ha inoltre l'incarico di procedere alla valutazione preliminare per l'attivazione dell'Adi.
7. I Centri di I livello devono prevedere la presenza delle figure professionali elencate nel Percorso stesso, si occupano della presa in carico del paziente a livello ambulatoriale e/o ospedaliera, elaborano e aggiornano il Piano di riabilitazione individuale (Pri) erogando le prestazioni in esso ricomprese. I Centri di II livello devono invece essere localizzati all'interno di un presidio ospedaliero dotato di un'area intensiva o sub-intensiva ad alta valenza internistica e riabilitativa, con la possibilità di erogare interventi ad alta complessità. Il modello delineato può quindi essere ricondotto al sistema *Hub & Spoke* (Laboratorio FIASO «SLA N.C.I.O.», 2010).
8. L'*équipe* ha il compito di stabilire il bisogno socio-sanitario del paziente, stilare e aggiornare almeno trimestralmente il Piano di assistenza personalizzato (Pai), informare i familiari sui servizi territoriali forniti e formare adeguatamente il *caregiver*.
9. Gli elementi di questa rete di cure intermedie dovrebbero essere: un servizio di reperibilità telefonica H24, programmi di telemedicina, strutture di alta specialità neuro riabilitativa, strutture semiresidenziali e residenziali per il ricovero di sollievo e per la lungodegenza, *hospice* non oncologici per il contrasto al dolore e/o la presa in carico nella fase terminale.
10. Sistema che si basa sulla raccolta dati tramite il *chip* incorporato nella Carta regionale dei servizi.
11. Il Psr 2002-2004 indica come quinto «obiettivo di salute e benessere sociale» la creazione di una rete per le cure palliative diretta ad assistere anche i pazienti di malattie neurologiche. Il Pssr 2007-2009 dedica la linea d'intervento 4.5.1 all'ospedalizzazione domiciliare inserendo i malati con «insufficienze (...) del sistema neurologico», «nelle fasi iniziali dell'alimentazione parenterale», «con insufficienza respiratoria cronica» o «nella fase avanzata di malattie inguaribili degenerative che necessitano di cure palliative».
12. Igiene del paziente, alimentazione, abbigliamento, addestramento all'uso di strumenti di *cough assist*, organizzazione della giornata, igiene del sonno.
13. Assistenza tecnica per le apparecchiature fornite a domicilio, fornitura del materiale di consumo collegato agli ausili, prestazioni medico-specialistiche per la prevenzione degli aggravamenti.
14. Cfr. il sussidio previsto dalla Del. G.R. 721/2009 della Regione Toscana per i malati di SLA in fase avanzata, pari a 1.500 euro mensili; il sussidio di Regione Umbria recentemente istituito (Del. G.R. 909/11) che prevede tre valorizzazioni a seconda della gravità del paziente (400, 800 e 1.200 euro mensili); il sussidio della Regione Puglia, pari a 500 euro mensili per i pazienti che non usufruiscono di Adi (Determina DG sanità 23/09).

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

- AGLIATI M. (1990), *La misurazione economica nella gestione d'impresa*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2006), «Whiter managerialism in the Italian National Health Service?», *International Journal of Health Planning and Management*, 21 (4), pp. 327-355.
- BERGAMASCHI M. (2008), *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- BERGAMASCHI M., LECCI F., MORELLI M. (2010), «Il cost management delle attività no core nelle aziende sanitarie», *Economia & Management*, 3, pp. 99-115.
- BORASIO G.D., MITCHELL J.D. (2007), «Amyotrophic lateral sclerosis», *Lancet*, 369, pp. 2031-2041.
- BORGONOV E., FATTORE G., LONGO F. (2009), *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BURGALESSI M. (2007), *Il welfare dei servizi alla persona in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- CARABELLI G., FACCCHINI C. (a cura di) (2011), *Il modello lombardo di welfare: continuità, riassetamenti, prospettive*, FrancoAngeli, Milano.
- CASATI G. (1996) (a cura di), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- CASATI G. (a cura di) (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- DIAMANTI L., GASTALDI M., CERONI M. (2010), «Costruzione di un percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale per i pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica in Regione Lombardia», *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 123 (4), pp. 669-677.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FRANCESCONI A. (2003), *Misurare, programmare e controllare: applicazioni alla sanità e agli enti locali*, Cedam, Padova.
- FREEMAN H.E., LIPSEY M.W., ROSSI P. (2004), *Evaluation: a systematic approach (7th ed.)*, Sage, Thousand Oaks.
- GORI C. (a cura di) (2011), *Come cambia il sistema lombardo di Welfare*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- KAPLAN R., PORTER M. (2011), «How to Solve The Cost Crisis In Health Care», *Harvard Business Review*, September, pp. 46-64.
- LABORATORIO FIASO «SLA N.C.I.O.» (2010), *Best practices per la gestione delle malattie neurodegenerative: analisi della SLA attraverso un modello di governance sanitaria. Approfondimento di due realtà regionali: Lombardia e Veneto*.
- LEONARDI M. (a cura di) (2008), *Libro bianco sull'invalità civile in Italia: uno studio delle regioni del Nord e del Centro*, FrancoAngeli, Milano.
- LONGO F., TANZI E. (2010), *I costi della vecchiaia. Il settore del long-term care di fronte alle sfide del futuro*, Egea, Milano.
- MECHELLI A. (2000), *Processo di aziendalizzazione e analisi dei costi nelle aziende ospedaliere*, Cedam, Padova.
- MILLER R.G., JACKSON C.E., KASARSKIS E.J., ENGLAND J.D. et al. (2009), «Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter update: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/behavioral impairment (an evidencebased review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology», *Neurology*, 73, pp. 1227-33.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Consulta per le malattie neuromuscolari (2010), *Percorso assistenziale multidisciplinare per pazienti affetti da SLA*.
- PORTER M.E. (1985), *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*, The Free Press, New York.
- REGIONE LOMBARDIA, *Percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale relativo alla Sclerosi Laterale Amiotrofica*, <http://malattierare.marionegri.it/content/view/123>.
- SELLERI L. (1990), *Il budget d'esercizio. Strumenti di programmazione, controllo e motivazione*, Etas, Milano.

Il sistema sanitario indiano. Scenari attuali e prospettive future

MARIA MICHELA GIANINO, MANUELA BIANCO

India has many paradoxes. It is one of the roaring economies of the world and it boasts advanced technologies, but at the same time there are areas of poverty, inequality between social classes and a health care system not universal. This work aims to analyse the Indian health over the historical development and focusing on the current system. It focuses on health insurances through analysing: operating method of different types of health insurance in India. This work ends to outline the future health interventions planned for 2020.

Keywords: india, health reform, economics, health policy

Parole chiave: sistema sanitario, India, riforma sanitaria, politica economica

Note sugli autori

Maria Michela Gianino è professore associato di Igiene Generale ed Applicata presso il Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino, mariola.gianino@unito.it

Manuela Bianco è medico in formazione specialistica presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino

1. Introduzione

L'India rappresenta il settimo Paese per estensione geografica al mondo (3.287.590 Km²) e il secondo più popolato con 1.173.108.018 abitanti e, secondo alcune statistiche, potrebbe superare la Cina nel 2037.

Si qualifica come una federazione di Stati (28) fra cui quello della capitale, Nuova Delhi, con parlamenti e governi autonomi e si presenta articolata in sette territori, ognuno dei quali è suddiviso in distretti (59). In alcuni Stati federati, i distretti sono riuniti in divisioni, che rappresentano così il secondo livello amministrativo.

Sede della civiltà della valle dell'Indo e regione di rotte commerciali storiche e di vasti imperi, il subcontinente indiano è stato identificato con il suo commercio e la ricchezza culturale per gran parte della sua lunga storia (Oldenburg, 2007). Quattro grandi religioni del mondo, l'Induismo, il Buddismo, il Giainismo e il Sikhismo, sono nate qui, mentre lo Zoroastrismo, l'Ebraismo, il Cristianesimo e l'Islam arrivarono entro il primo millennio d.C. dando forma, nella regione, a una grandissima diversità culturale. Gradualmente annessa alla Compagnia Inglese delle Indie Orientali dai primi decenni del XVIII secolo e colonizzata dal Regno Unito dalla metà del XIX secolo, l'India è diventata un moderno Stato nazionale nel 1947, dopo una lotta per l'indipendenza che è stata caratterizzata da una diffusa resistenza nonviolenta.

L'India è la dodicesima più grande economia del mondo in termini nominali, e la quarta in termini di potere d'acquisto. Molte riforme economiche hanno trasformato il Paese nella seconda economia a più rapida crescita tant'è che è uno dei quattro Paesi cui ci si riferisce con l'acronimo BRIC¹ (Goldman Sachs, 2003), e nel 2015 entrerà a far parte del ristretto club delle potenze aerospa-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Evoluzione storica
3. Il sistema sanitario attuale
4. Interventi previsti per il 2020
5. Il turismo sanitario in India
6. Conclusioni

ziali – finora limitato a Usa, Russia e Cina. È paradossale che la nazione, che vanta di possedere tecnologie così evolute e che è considerata capace di dominare l'economia mondiale nel 2050, sia in coda nella classifica mondiale dello *Human development index* (119° posto su 169 Paesi) (Human Development Report, 2011) e veda al suo interno un diffuso analfabetismo, vaste aree di povertà, livelli di disuguaglianza fra i diversi gruppi sociali, regioni geografiche e tra zone rurali e zone urbane. Infatti, il 55% della popolazione indiana vive sotto la soglia di povertà, con un reddito pro capite giornaliero di 1,25 dollari, inferiore a quello di Pakistan, Cina e Brasile (Maciocco, 2011).

La situazione sanitaria rispecchia il panorama economico-sociale tratteggiato e presenta ancora elementi di grande preoccupazione legati al permanere di malattie infettive, alla mancanza di provvedimenti di igiene pubblica, all'incremento delle patologie croniche, e a un sistema sanitario che risente della sua storia evolutiva.

In questo panorama, si colloca il presente lavoro che si focalizza sul sistema sanitario indiano e si prefigge di delinearne le caratteristiche.

La trattazione si dipana in quattro diversi paragrafi relativi a:

- 1) la delimitazione della sua evoluzione storica;
- 2) il sistema sanitario attuale, argomentando in materia di:
 - copertura e fonti di finanziamento: evidenziando le modalità con cui avviene la raccolta delle risorse finanziarie e quali soggetti economici provvedano alla loro detenzione e gestione,
 - meccanismi di funzionamento del tipo di sistema preponderante, il sistema assicurativo, mostrando le modalità di interazione fra i cittadini, i soggetti detentori del finanziamento e soggetti erogatori dei servizi sanitari,
 - sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie con attenzione alla tipologia e caratteristiche dei produttori;
- 3) gli interventi previsti per il 2020 (Srinath, Patel, 2011);
- 4) il turismo sanitario in India.

2. Evoluzione storica

2.1. Le prime basi della sanità e della sanità pubblica

Le prime attenzioni e preoccupazioni per la tutela della salute risalgono al periodo Vedico fra il 1500 il 500 a.C. nella valle civilizzata dell'Indo. Tale area geografica è stata per lungo periodo interessata dalle invasioni di popolazioni ariane provenienti dall'Asia centrale e dall'Iran che si sono ivi stabilizzate dando origine a un processo di assorbimento di alcuni caratteri sociali e culturali locali e di introduzione di nuovi costumi e modi di vita e la lingua sanscrita. La loro stabilizzazione si accompagnò a uno sviluppo culturale associato alla scrittura di testi, denominati Veda, che forniscono molte indicazioni sui principali avvenimenti politici, sugli usi e sui costumi, sulla storia, sulla condizione economica del Paese. È in essi che si introduce il concetto di salvaguardia della salute e di *primary health care* con la descrizione di alcuni programmi sanitari prevalentemente orientati a promuovere l'igiene pubblica attraverso l'adozione di misure come la creazione di canali di scolo sotterranei, la creazione di bagni pubblici e altri provvedimenti analoghi volti a tutelare la collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale e degli alimenti.

È in questo periodo che comincia a diffondersi l'*Ayurveda*, un sistema medico olistico molto vasto e complesso che si occupa del benessere dell'uomo da tutti i punti di vista, nel suo aspetto fisico, psichico e spirituale e si occupa delle patologie tanto quanto dello stato di salute normale. Lo scopo è quello di aiutare i malati a curarsi e le persone sane a mantenere il proprio benessere e prevenire le malattie. Il termine, infatti, è una parola composta da *ayur*, durata della vita o longevità e *veda* conoscenza rivelata.

Secondo l'*Ayurveda* il corpo fisico è pervaso da tre *dosha* (energie vitali) in proporzioni diverse. Questi determinano tramite il loro stato di equilibrio o squilibrio rispetto alla costituzione individuale lo stato di benessere o malattia dell'individuo. Ogni *dosha* è composto da due elementi e ha determinate qualità che lo caratterizzano. I *dosha* consentono di classificare le tendenze psico-fisiche presenti nel corpo e le disfunzioni che ne

possono derivare. Secondo l'*Ayurveda* le patologie nascono quando si vengono a creare degli squilibri nei *dosha*; l'individuazione degli squilibri in un *dosha*, corrispondente alla diagnosi, conducono a trovare i rimedi per ristabilirne lo stato di equilibrio individuale e quindi la guarigione.

Alla base dell'*Ayurveda* vi è una attività di promozione, educazione della salute e prevenzione della malattia attraverso la *Dinacharya* cioè la pratica di una routine giornaliera volta a scegliere ogni giorno ciò che fa bene alla vita e a evitare ciò che le fa male. Uno stile di vita improntato a: igiene personale, esercizio fisico, pratiche dietetiche, alimentazione, salubrità dell'ambiente, codice di condotta e auto-disciplina, valori civili e spirituali, trattamento dei disturbi minori e infortuni, ecc.

Per vari motivi, ma soprattutto a causa di una serie di aggressioni straniere e di regimi che volutamente portarono alla distruzione della preesistente e primordiale impostazione del sistema sanitario, l'*Ayurveda* non solo non si sviluppò ulteriormente ma, a causa della mancanza di un adeguato riconoscimento e supporto da parte dello Stato, perse il suo valore e la sua importanza nella promozione ed educazione alla salute.

2.2. La sanità nel periodo del dominio britannico

La storia della sanità in India subisce una evoluzione sotto il dominio degli europei, con lo sviluppo della medicina occidentale. Le origini affondano nel 1600, quando i primi ufficiali medici arrivarono in India insieme con la flotta del *British East India Company* come chirurghi di bordo. Nel 1757, con il consolidamento del suo dominio in India, la Compagnia delle Indie Orientali ha dato inizio allo sviluppo di servizi civili e militari. Un dipartimento medico è stato istituito nel Bengala nel 1764, per l'erogazione di servizi medici alle truppe e agli agenti della compagnia. A quel tempo, era costituito da quattro capi-chirurghi, otto chirurghi assistenti, e ventotto allievi chirurghi. Con il tempo, altri ne vennero creati a Madras e Bombay con 234 chirurghi preposti alla garanzia dei servizi sanitari sia ai militari che ai civili. Nel 1869 il sistema indiano subisce un processo di accorpamento attraverso la crea-

zione dell'*Indian Medical Services (IMS)* in cui confluivano tutti i dipartimenti medici che rimangono sotto il controllo del governo centrale fino al 1919. In questo lungo periodo, i servizi disponibili negli ospedali generali, situati nelle grandi città e nei centri abitati, erano prevalentemente di stampo curativo e, contemporaneamente, i sistemi di medicina tradizionale furono completamente trascurati e abbandonati a una gestione locale.

Con le riforme costituzionali del 1919, si assiste a un trasferimento delle competenze della sanità e, in modo esplicito, anche dell'igiene e salute pubblica alle province. Questo è stato il primo passo nel decentramento dell'amministrazione sanitaria in India, che vede nel 1920-21 l'approvazione di Atti dei Consigli locali contenenti disposizioni di legge per la promozione della salute pubblica nelle province. Il *Government of India Act* del 1935 ha dato ulteriore autonomia ai governi provinciali e tutte le attività sanitarie sono state suddivise in tre parti: federale, federale-provinciale e provinciale. Nel 1937, è stato istituito il *Central Advisory Board of Health* con un Commissario di *Public Health* come Ministro preposto a coordinare le attività di sanità pubblica nel Paese. Nel 1939, è stato approvato il *Madras Public Health Act*, primo documento di tal genere in India.

2.3. L'indipendenza

L'India ottenne l'indipendenza nell'agosto del 1947, dopo un lungo dominio coloniale.

Tenendo in considerazione gli obblighi costituzionali, il governo indiano pianificò diversi approcci per l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, l'organizzazione dei servizi sanitari in India è stata guidata dalle raccomandazioni e linee guida fornite dalla «Commissione per lo Sviluppo e la Sorveglianza sanitaria» (*Bhore Committee*) nel 1946.

In tale anno, il Comitato Bhore viene designato dal governo indiano per indagare sulle condizioni di salute e sulla organizzazione sanitaria nel Paese e formulare raccomandazioni per il futuro sviluppo e possibili miglioramenti. Il Comitato, che ha avuto tra i suoi membri alcuni dei pionieri della sanità pubblica, ha presentato, per la prima volta, nel suo rapporto del 1946, proposte globali per lo sviluppo di un programma nazionale di servizi sanitari per il Paese. Il Comitato ha osserva-

to: «se la salute della nazione è da costruire, il programma sanitario dovrebbe essere sviluppato su una base di prevenzioni e tali attività devono procedere fianco a fianco con chi si occupa del trattamento dei pazienti». Alcune delle importanti raccomandazioni del Comitato Bhole sono state:

– l'integrazione dei servizi preventivi e curativi a tutti i livelli amministrativi;

– lo sviluppo di centri di salute primaria in due fasi: (a) come misura a breve termine, il Comitato ha proposto che ogni centro di salute primaria nelle zone rurali dovesse soddisfare i bisogni di una popolazione di 40.000 persone con un centro di salute di secondo livello con funzione di vigilanza, coordinamento e istituzione di riferimento. Ogni centro di salute primaria doveva essere dotato di due ufficiali medici, quattro infermieri di sanità pubblica, un infermiere, quattro ostetriche, quattro levatrici, due ispettori sanitari, due assistenti sanitarie, un farmacista e la presenza di altri quindici operatori sanitari erano raccomandati; (b) un piano a lungo termine che prevedeva l'attivazione di unità di cure primarie con 75 posti-letto ospedalieri per popolazione compresa fra 10.000 e 20.000 abitanti, unità di secondo livello con 650 letti e ancora unità di cura regionali con 2500 posti-letto;

– la formazione medica doveva comprendere una serie di lezioni di insegnamento e tirocini di tre mesi in medicina preventiva e sociale (Harrison, 1994, Park, 2005).

Sulla linea delle raccomandazioni fornite dalla «Commissione per lo sviluppo e la Sorveglianza sanitaria» venne proposto nell'ottobre del 1952 un primo programma di sviluppo a tutto tondo delle aree rurali comprensivo del settore sanitario. Con la sua attuazione vennero istituiti dei centri di salute primaria in ogni zona in cui vi era un assembramento comunitario. A quel tempo, il programma operativo del centro di salute primaria doveva garantire le cure mediche, il controllo delle malattie trasmissibili e dell'igiene ambientale, salvaguardare e tutelare la salute materno-infantile (MCH), vigilare sulla nutrizione e provvedere alla raccolta di dati statistici per sorvegliare sullo stato di salute della popolazione. Ogni centro disponeva di tre sub-centri, che vedevano la presenza di

una ostetrica esperta preposta alla tutela e assistenza dell'area materno-infantile.

Nel corso dei tre decenni successivi, l'organizzazione dei servizi sanitari e le infrastrutture hanno subito una serie di grandi cambiamenti e processi di espansione in più fasi, a seguito di riesami effettuati da Comitati di esperti che si sono succeduti nel tempo: il Comitato Mudaliar (1961), il Comitato Mukherjee (1966), il Comitato Singh Kartar (1974), e il Comitato Srivastava (1975). Sono così stati introdotti all'interno del programma originale dei progressivi cambiamenti con l'attivazione dei sei piani di durata quinquennale concentrati sulla popolazione rurale.

Con il primo piano quinquennale (1951-56) si è avviato un processo tutto mirato allo sviluppo del sistema sanitario e socio-economico per garantire un costante miglioramento dello standard di vita. Sono stati attivati nuovi programmi per il controllo delle malattie trasmissibili come la malaria, la filariosi, la tubercolosi, la lebbra, ecc.

Le infrastrutture preposte alle cure mediche, i servizi igienico-sanitari e l'approvvigionamento di acqua sono stati ampliati al fine di migliorarne l'accessibilità e la disponibilità. Sono state potenziate le attività di educazione e di formazione del personale medico e di tutti gli altri operatori sanitari.

I successivi piani quinquennali sono stati rivolti a estendere ulteriormente alcuni servizi rivolti alla salute in modo tale che fossero sempre più accessibili alla popolazione e servizi per la pianificazione familiare con lo scopo di garantire un miglioramento nel loro tenore di vita e del loro stato di salute. Durante il quinto piano (1974-1980), in particolare, venne data enfasi all'eliminazione della povertà e al raggiungimento dell'autosufficienza da parte della comunità. Per prevenire e correggere le carenze nutrizionali, furono intraprese, su base nazionale, ulteriori iniziative di alimentazione rivolte ai bambini e alle mamme in attesa. Il programma per la pianificazione familiare è stato integrato con quello della MCH e della nutrizione.

2.4. Salute per tutti entro il 2000

Sin dal 1975, l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO) aveva portato avanti il concetto di salute per tutti entro il 2000. Nella 30° Assemblea mondiale della sanità, tenutasi

nel 1977, si decise che il principale obiettivo sociale dei governi e dell'Oms sarebbe stato il raggiungimento da parte di tutte le persone nel mondo, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permettesse loro di lavorare in modo produttivo e di partecipare attivamente alla vita sociale della loro comunità. Questo è comunemente noto come «Health for All», salute per tutti (HFA), entro il 2000.

Nella Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, organizzata congiuntamente dalla Oms e dall'Unicef nel 1978 ad Alma Ata, ex Unione Sovietica, l'obiettivo di HFA entro il 2000 è stato approvato ed è stata adottata la Dichiarazione secondo cui l'assistenza sanitaria primaria sarebbe stata la chiave per conseguirlo.

L'India fu uno dei firmatari della Dichiarazione, e di conseguenza, nel corso della formulazione del sesto piano quinquennale (1980-85), venne intrapresa una revisione critica dei contenuti dei precedenti. Sulla base di tale analisi, venne predisposto dal governo un piano a lungo termine per raggiungere gli obiettivi HFA e furono gettate le basi per l'adozione di una politica sanitaria nazionale basata sui principi e le strategie dell'«Health for All».

Tale linea politica è stata ufficialmente adottata dal Parlamento nel 1983 (Roy, 1985) con la prima *National Health Policy*, cui sono susseguiti numerose importanti sviluppi nelle politiche che hanno inciso sul settore sanitario, come i 73° e 74° atti di modifica della Costituzione nel 1992, la *National Nutrition Policy* nel 1993, la *National Health Policy* e la *Drug Policy* nel 2002, l'introduzione di schemi universali di assicurazione sanitaria per i poveri nel 2003, e l'inclusione della salute nel *Common Minimum Programme* del governo Alleanza progressista unita (*United Progressive Alliance, UPA*) nel 2004.

La *National Health Policy* nel 1983 aveva l'obiettivo di raggiungere la «salute per tutti» entro il 2000, e in linea con quanto sottoscritto ad Alma Ata, attraverso la fornitura di servizi completi di assistenza sanitaria primaria. Essa prevedeva la creazione di un'infrastruttura per l'assistenza sanitaria primaria, la fornitura di farmaci essenziali e vaccini, il miglioramento qualitativo nei servizi sanitari e nella pianificazione familiare, il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle organizzazioni di volontariato, la predisposizione

e l'attuazione di programmi formativi rivolti alla popolazione e per gli operatori sanitari.

Con gli atti di modifica (73° e 74°) della Costituzione (1992), venivano assegnati direttamente agli enti locali (Comuni e *Panchayat*) 29 attività di sviluppo che avevano un impatto diretto e indiretto sulla salute. Questi includevano sia interventi sulle strutture erogatrici come gli ospedali o i Centri di salute primaria (PHCs) e dispensari, sia attività capaci di favorire il benessere della famiglia salvaguardando la salute della donna e lo sviluppo delle persone in fascia pediatrica, ma anche la realizzazione di interventi di igiene edilizia e dell'ambiente e degli alimenti con particolare attenzione al problema della potabilità dell'acqua.

La *National Health Policy* del 2002 ridimensionava l'obiettivo di «salute per tutti», ponendosi la meta intermedia di raggiungere entro il 2015 un livello accettabile di buona salute tra la popolazione generale del Paese. Con tale *policy* vengono definiti in maggior dettaglio quali azioni era necessario intraprendere, definendone i parametri e la cadenza temporale. In particolare prevedeva di:

- aumentare la spesa pubblica da 0,9 % al 2% entro il 2010;
- aumentare l'ammontare degli investimenti pubblici nell'ordine del 55% per il settore sanitario primario, del 35% e del 10% per i settori secondario e terziario rispettivamente;
- imporre la compartecipazione alla spesa per alcuni servizi secondari e terziari, per coloro che avevano la disponibilità economica di pagare;
- aumentare i finanziamenti governativi per la ricerca sanitaria a un livello del 2% della spesa sanitaria totale entro il 2010;
- istituire un sistema sanitario decentrato e organizzato localmente a due livelli con un Centro di salute primaria ogni 1.000 abitanti e un Ospedale generale del governo;
- promuovere la tele medicina nel settore sanitario terziario;
- formulare le procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- riconoscere il ruolo del settore privato nella salute, e promulgare la normativa entro il 2003 per regolamentare gli istituti clinici privati;

- incoraggiare l'istituzione di schemi di assicurazione private per la copertura delle prestazioni dei settori secondario e terziario;
- promuovere i servizi medici per gli utenti d'oltreoceano;
- promuovere le attività di prevenzione e sviluppo della *public health*;
- promuovere l'utilizzo del sistema della medicina indiana;
- raggiungere la completa operatività della rete nazionale di sorveglianza delle malattie entro il 2005;
- far gradualmente ridimensionare tutti i programmi di salute, a eccezione di quelli relativi a malattie come la tubercolosi, la malaria, e l'Hiv/Aids, che avrebbero dovuto continuare sino a evidente riduzione della prevalenza della patologia;
- prevedere la partecipazione delle organizzazioni non governative (Ong) nei programmi nazionali di controllo delle malattie.

Il *Common Minimum Programme*, annunciato dal governo di Alleanza progressista unita (UPA) nel 2004, ha proposto di aumentare ulteriormente la spesa pubblica per la sanità ad almeno 2-3 per cento del prodotto interno lordo (Pil) nel corso dei successivi cinque anni, dedicando una particolare attenzione al finanziamento dell'assistenza sanitaria primaria.

Nel bilancio 2004-05, infine, sono state introdotte tre importanti iniziative per il settore sanitario che consistevano nel (i) ridisegnare lo schema di assicurazione sanitaria universale introdotto nel 2003 in modo da renderlo più esclusivo per le persone sotto il livello di povertà attraverso una riduzione del premio; (ii) prevedere l'introduzione di uno schema assicurativo di gruppo per i membri dei gruppi di auto-aiuto e dei gruppi di operatori che offrono credito alla popolazione a un premio di Rs 120 per persona, per una copertura assicurativa di Rs 10.000, e (iii) introdurre l'esenzione dell'imposta sul reddito per chi lavorava negli ospedali delle zone rurali (World Health Organization, 2011).

3. Il sistema sanitario attuale

Al tempo della sua indipendenza (1947) l'India si era data un modello di sistema sanitario pubblico e universalistico, in termini ideali molto simile a quello che stava per es-

sere istituito in Gran Bretagna e a tale modello vorrebbe tornare il *The Lancet India Group for Universal Healthcare* (§ 4). Quel progetto non si è mai realizzato e attualmente il sistema sanitario indiano è caratterizzato da una forte discrepanza. Da un lato, vi è un fiorente sviluppo del settore privato nelle grandi città, il cui elevato standard di qualità a prezzi relativamente contenuti attira centinaia di migliaia di pazienti stranieri, dall'altro, una profonda insufficienza della sanità pubblica, che non riesce a provvedere alle esigenze di un miliardo di persone, un sistema assicurativo che gioca un ruolo importante e l'onere dei pagamenti *out of pocket* che impoveriscono la popolazione. La numerosità della popolazione, la sua dispersione geografica e le sue inique condizioni economiche sono di grande ostacolo alla realizzazione di un sistema sanitario universalistico, con la conseguenza che numerose differenze continuano a sussistere: disparità sulla salute e iniquità all'accesso alle cure possono essere osservati tra le aree rurali e urbane, fra soggetti con attività lavorativa e disoccupati, nella fascia pediatrica e nel genere femminile della popolazione.

Nella sua configurazione attuale, il sistema sanitario indiano presenta contemporaneamente, anche se con peso diverso, i connotati di: un sistema di mercato, un sistema assicurativo privato e sociale, un sistema pubblico. Infatti, come illustra la **figura 1**, tre sono gli attori del finanziamento del sistema che, con le diverse modalità di finanziamento, danno origine ai tre diversi sistemi sopra individuati.

3.1. Copertura e fonti di finanziamento

Le tre diverse componenti del sistema sanitario indiano sono alimentate da tre diverse fonti:

- i prezzi delle prestazioni corrisposti direttamente dai singoli individui o dalle famiglie (*out-of-pocket*), nella parte di sistema qualificato come di mercato;
- i fondi pubblici basati sul prelievo delle imposte versate al governo centrale, statale e locale, nella porzione di sistema pubblico;
- i premi di assicurazioni nella componente assicurativa del sistema.

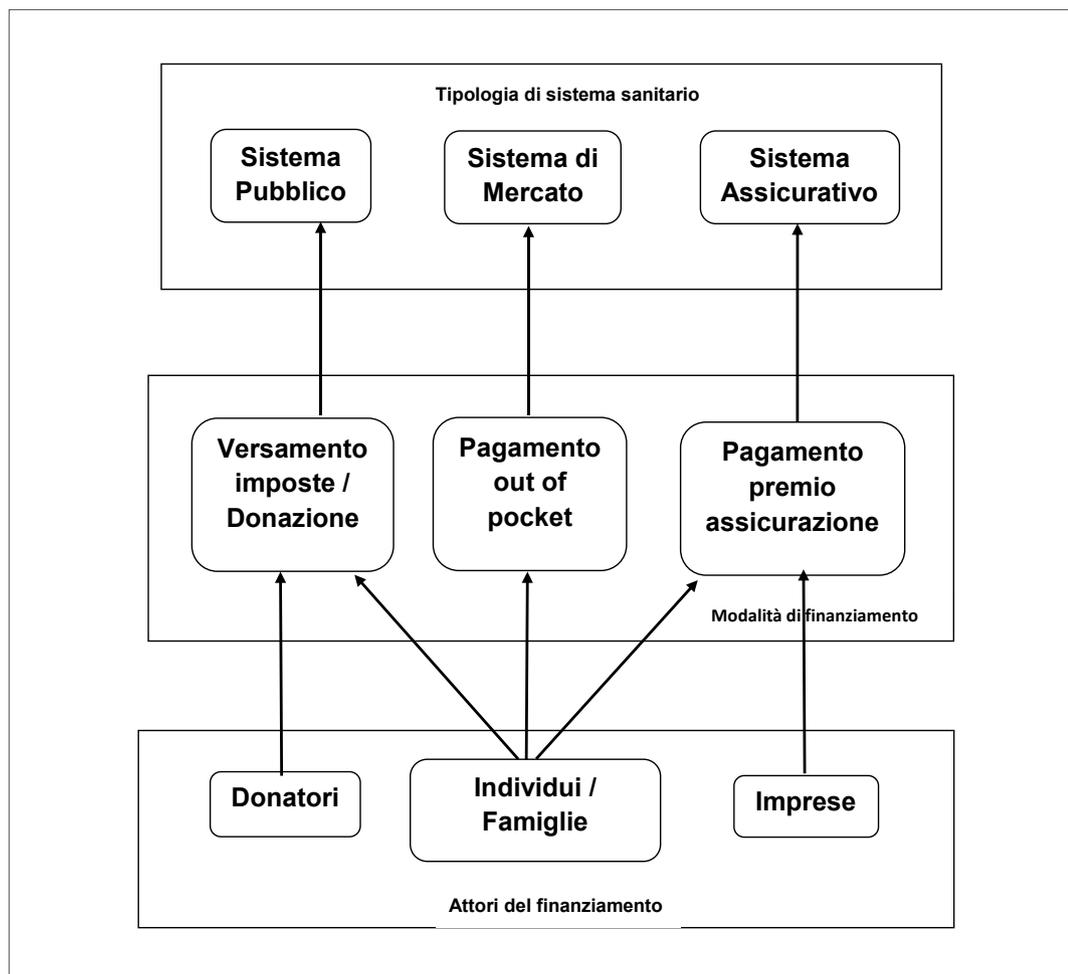


Figura 1
Configurazione del sistema sanitario indiano, modalità di finanziamento e attori del finanziamento

3.2. Il finanziamento *out of pocket*

La spesa sanitaria *out-of-pocket* è di gran lunga il principale meccanismo di finanziamento per l'assistenza sanitaria in India e dai dati della *World Health Statistics 2010* risulta che assorbe l'89,9% della spesa privata. Questo pone un notevole onere finanziario sulle famiglie. Infatti, sulla base dell'indagine campionaria nazionale, condotta nel 2004, 63 milioni di individui o 12 milioni di famiglie sono caduti in povertà a causa di spese sanitarie (6,2% di tutte le famiglie). La maggior parte di queste famiglie (79%) si è impoverita a causa della spesa per cure ambulatoriali, compresi i farmaci, e la rimanente parte (21%) a causa di cure ospedaliere. In alcuni Stati, come Uttar Pradesh, Maharashtra e West Bengal, oltre l'8% delle famiglie si sono impoverite a causa delle spese sanitarie (The World Bank, 2011).

3.3. Il finanziamento pubblico

Il finanziamento pubblico vede come protagonisti i diversi livelli di governo. In base ai dati forniti dalla WHO nel 2004-2005 i finanziamenti erano così ripartiti:

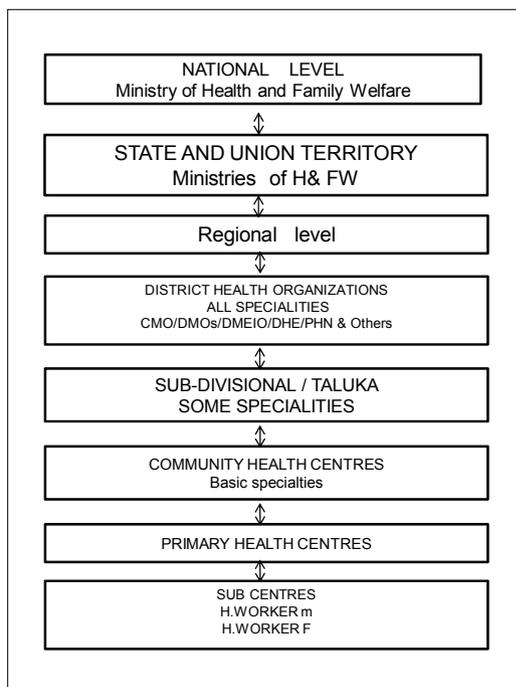
- Governo centrale circa il 6,78%;
- Governi statali 11,97%;
- Governi locali 0,92%;
- finanziamenti straordinari dei vari livelli di Governo 2,28%.

La componente pubblica del sistema sanitario indiano si presenta organizzata su otto differenti livelli, che si articolano da quello nazionale a quello locale come di seguito descritto (**figura 2**).

Livello nazionale - L'organizzazione a livello nazionale è costituito dal Ministero della salute e della famiglia (MoHFW). Il

Figura 2

I differenti livelli del sistema sanitario indiano



Ministero dispone di tre dipartimenti indipendenti, ciascuno diretto da un segretario: il Dipartimento di salute (DH), il Dipartimento del welfare della famiglia (DFW), e il Dipartimento del sistema indiano della medicina e omeopatia (DISMH). Inoltre, il MoHFW ha 2 segretari supplementari, 8 segretari comuni e 30 ufficiali del rango di direttore tecnico (Centre for Policy Research, 1999). Il Dipartimento della salute è supportato da un'ala tecnica, la Direzione generale dei servizi sanitari, guidata dal Direttore generale dei servizi sanitari (DGHS) e si occupa di salute pubblica, servizi medici, educazione medica e alimentare, di assistenza farmaceutica, di ricerca di aiuti internazionale. Il Dipartimento di welfare della famiglia è il principale responsabile per la pianificazione familiare e la salute materno-infantile. Sebbene non sia specificato nell'elenco delle competenze e nelle modalità di azione, il Dipartimento della salute collabora tradizionalmente con il Dipartimento della famiglia. Il DISMH si occupa di tutte le tematiche relative ai sistemi alternativi di medicina (per esempio, Ayurveda, Siddha, Unani, Omeopatia, Naturopatia e Yoga).

Il Dipartimento di salute MoHFW è supportato nel suo lavoro da una vasta rete di istituzioni ed enti autonomi di ricerca e di

formazione che sono diffusi in tutto il Paese, ma amministrativamente dipendenti del governo centrale come l'Istituto nazionale di malattie trasmissibili (Delhi). Il Dipartimento del welfare è sostenuto anch'esso da una rete di istituzioni e 18 centri di ricerca distribuiti in tutto il Paese.

Livello di Stato - In ogni Stato è presente un Dipartimento di Stato della salute e del welfare della famiglia guidato dal Ministro, coadiuvato da una Segreteria. In generale, la struttura organizzativa adottata dallo Stato è conforme con il modello del governo centrale: anche in questo caso il Dipartimento si avvale di un'ala tecnica, la Direzione dei servizi sanitari dello Stato, presieduta da un Direttore dei servizi sanitari. Le strutture organizzative della Direzione dei servizi sanitari dello Stato non sono uniformi in tutto il Paese, ma tutte sono dotate di personale sia tecnico che amministrativo di supporto.

Livello regionale - Nello stato del Bihar, Madhya Pradesh, Uttar Pradesh, Andhra Pradesh, Karnataka e alcuni altri, sono state create organizzazioni intermedie tra la Direzione dei Servizi Sanitari dello Stato e i *Medical District e Health Officer* (DM & HO) a livello distrettuale. Ciascuna di queste organizzazioni intermedie copre da tre a cinque distretti e agisce con delega della Direzione dei servizi sanitari dello Stato. Lo *status* dei responsabili di queste organizzazioni differisce da Stato a Stato, ma sono conosciuti come Vicedirettori dei servizi sanitari dei diversi Stati.

Livello di distretto - Nel recente passato, gli Stati hanno decentrato alcune loro strutture sanitarie al fine di portare tutti i programmi di assistenza sanitaria a livello di distretto sotto il loro controllo unificato. È stato cioè attivato un livello intermedio di gestione dei servizi sanitari fra lo Stato e le strutture regionali, da un lato, e le strutture di livello periferico, quali Centri di salute primaria (PHCs) e le strutture del livello sub-centro, dall'altro.

Il livello distrettuale riceve le informazioni dal livello statale e trasmette alla periferia apponendovi eventuali modifiche idonee a soddisfare le esigenze locali ed è responsabile della realizzazione dei programmi in base ai criteri stabiliti dai livelli superiori.

L'organo di governo è designato come il *Chief Medical Officer e Health Officer* (CM

& HO) o come il *Medical District e Health Officer (DM & HO)*.

Livello sub-divisionale/Taluka² - A livello di Taluka, i servizi sanitari sono erogati attraverso l'ufficio dell'Assistente del *District Health and Family Welfare Officer (ADHO)*. Alcune prestazioni specialistiche sono garantite avvalendosi di strutture ospedaliere operanti a livello sub-divisionale. Questi ospedali vengono gradualmente trasformati in *Community Health Centre (CHC)*.

Livello comunitario - Al fine di garantire un efficace programma di assistenza sanitaria di base, è stato istituito un *Community Health Centre (CHC)* per un numero di abitanti compreso fra 80.000 e 120.000. Il centro eroga i servizi delle specialità di base, come di medicina generale, pediatria, chirurgia, ostetricia e ginecologia. I CHC sono istituiti attraverso la riqualificazione degli ospedali presenti a livello sub-divisionale/Taluka o di alcune strutture dei PHCs o mediante la creazione di un nuovo centro ovunque sia assolutamente necessario.

Livello di PHC - Ogni 30.000 abitanti o più e ogni 20.000 nelle zone collinari, desertiche o nei territori difficili, vi è un Centro di salute primaria (PHC). Molti dispensari rurali sono stati convertiti per creare questi PHCs. Ogni PHC è dotato di un medico, due assistenti sanitari – un maschio e una femmina –, operatori sanitari e personale di supporto. Per rafforzare gli aspetti preventivi e di promozione della sanità, alcuni Stati hanno istituito un posto di responsabile della salute della comunità.

Livello di sub-centro - La struttura sanitaria istituzionale più periferica è a livello di singoli villaggi. Si tratta di una struttura gestita da operatore sanitario di sesso maschile e uno di sesso femminile con formazione multispecialistica. La distribuzione territoriale vede una struttura ogni 5.000 abitanti circa, ridotti a 3.000 nelle zone collinari, desertiche o nei territori difficili.

I finanziamenti pubblici sono utilizzati per finanziare direttamente gli enti ai vari livelli di governo e le strutture preposte a garantire assistenza sanitaria. Una parte viene anche utilizzata per contribuire al versamento dei premi delle assicurazioni sociali come ESIS e CGHS.

3.4. Il finanziamento basato sulle assicurazioni

In India, ai fini del *National Health Account*, l'assicurazione sanitaria è stata classificata in tre tipologie.

Assicurazione sanitaria volontaria

L'assicurazione volontaria è una assicurazione privata che viene stipulata dai singoli cittadini per loro libera iniziativa.

È offerta dalle compagnie assicurative del settore pubblico e del settore privato cui possono liberamente accedere i cittadini attraverso il pagamento di un premio individuale. Le assicurazioni private *for-profit*, solo di recente ammesse con l'*Insurance Regulatory Development Authority (IRDA) Act* del 1999, sono ampiamente disponibili.

Gli schemi assicurativi offerti dal settore pubblico sono forniti da quattro compagnie di assicurazione controllate dal governo. Si tratta di schemi assicurativi prevalentemente orientati a offrire copertura assistenziale ai lavoratori che prestano attività in settori organizzati.

Oggi ci sono tre grandi categorie di prodotti di assicurazione sanitaria volontaria nel mercato indiano. Il primo è il *Mediclaim* offerto da quattro compagnie di assicurazione controllate dal governo. Il premio per il rischio è nominale e varia con l'età. Per una somma assicurata di Rs 200.000,³ il premio è Rs 2.469 per una persona di età inferiore a 35 anni. Il premio corrispondente per una persona di 55 anni è Rs 3.900. Lo schema prevede una serie di esclusioni di *default* (tabella 1) e copre le spese di ospedalizzazione. *Mediclaim* è ora disponibile anche come prodotto della famiglia. In tal caso l'unità di iscrizione è la famiglia, intesa come nucleo composto da due adulti e due bambini. Il vantaggio è che il premio è inferiore rispetto ad assicurare quattro individui singolarmente.

Il secondo schema assicurativo è il *Daily Charge*. Prevede il versamento di un premio per ogni assicurato (tabella 1).

L'ultimo prodotto assicurativo è il *Critical Care* che permette l'iscrizione solo agli individui tra i 18 e i 60 anni, cui è richiesto di pagare un premio annuale. Il sistema assicura solo 35 patologie o tipologie di interventi (tabella 1). Lo svantaggio principale di que-

Tabella 1

Modalità di adesione e tipologia di esclusioni nei diversi schemi assicurativi

Fonte: nostra elaborazione

Tipo di assicurazione	Modalità di adesione	Tipologie di esclusioni
Assicurazione sanitaria volontaria:		
Medicclaim	Volontaria	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento di disturbi di patologie preesistenti alla stipula dell'assicurazione, come diabete o ipertensione - Condizioni e trattamenti come la chirurgia estetica, occhiali, lenti a contatto, protesi, arti artificiali; trattamento per l'Hiv, per malattie derivanti da infortunio/attività criminali/abuso di sostanze stupefacenti/guerra/irradiazione nucleare/gravidanza e parto - Soggetti con più di 70 anni
Daily Charge	Volontaria	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento di disturbi di patologie preesistenti alla stipula dell'assicurazione, come diabete o ipertensione - Condizioni e trattamenti come la chirurgia estetica, occhiali, lenti a contatto, protesi, arti artificiali; trattamento per l'Hiv, per malattie derivanti da infortunio/attività criminali/abuso di sostanze stupefacenti/guerra/irradiazione nucleare/gravidanza e parto
Critical Care	Volontaria	<ul style="list-style-type: none"> - Tutte le patologie o interventi eccetto: sindrome apallica, tumore cerebrale benigno, cecità, chirurgia del cervello, cancro, malattie polmonari croniche, coma, CABG, fegato allo stadio terminale, infarto del miocardio, chirurgia delle valvole cardiache, insufficienza renale cronica, perdita di autonomia, perdita di arti, ustioni gravi, trauma cranico maggiore, trapianto d'organo, paralisi, ictus, intervento chirurgico all'aorta, malattie terminali, angioplastica, morbo di Alzheimer, anemia aplastica, cardiomiopatia, sordità, perdita della parola, malattia midollare cistica, malattia del motoneurone, sclerosi multipla, distrofia muscolare, Parkinson, poliomielite, ipertensione polmonare primitiva, lupus eritematoso sistemico con nefrite - Trattamento di patologie rare preesistenti alla stipula dell'assicurazione
Community health insurance	Volontaria	Variano da schema assicurativo a schema assicurativo
Assicurazioni sociali	Obbligatoria per tutte le imprese che hanno dieci o più dipendenti e che non svolgono attività stagionale e le industrie che hanno venti o più lavoratori. I dipendenti di queste imprese o società che guadagnano meno di 10.000 rupie al mese, devono aderire al regime	Tutti i cittadini non dipendenti dalla pubblica amministrazione

sto prodotto è che copre anche malattie rare, ma non ammette il trattamento di patologie preesistenti alla stipulazione del contratto assicurativo. La conseguenza è che la probabilità di contrarre una malattia rara dopo la sottoscrizione dell'assicurazione è molto bassa, con la conseguenza che il beneficiario non riceverà alcun effettiva copertura sanitaria.

Community health insurance

Oltre alla copertura assicurativa volontaria in forma individuale, sono presenti in India anche le *Community-based (CBHI)*. Si tratta di una nuova formula, anch'essa volontaria, che tiene conto della messa in comune delle risorse per coprire i costi futuri per eventi relativi alla salute. Offre copertura sia ai singoli individui sia alle famiglie contro il rischio di sostenere spese mediche, in cambio di regolare pagamento di premi. Ciò che distingue questi *community-based* dagli schemi assicurativi pubblici o privati-*for-profit* sono una serie di elementi individuabili in: (i) sono schemi assicurativi *no-profit*; (ii) sono rivolti ai lavoratori che appartengono ai settori informali come, per esempio, agricoltori, operai, venditori; (iii) la popolazione target è coinvolta nella definizione del livello di contribuzione, nei meccanismi di raccolta dei fondi, nel contenuto del pacchetto assicurativo, e/o nelle modalità di utilizzo delle risorse finanziarie disponibili. Tale schema assicurativo vede il pagamento di un premio e la messa in comune delle risorse finanziarie. La presenza della messa in comune delle risorse consente la condivisione dei rischi e permette le sovvenzioni incrociate, che possono avere impatto positivo sull'equità e l'accesso. La condivisione del rischio si verifica in quanto il premio assicurativo non è correlato, o non è completamente collegato, alla probabilità che l'assicurato si ammali, mentre le prestazioni sono fornite sulla base della necessità. Poiché le persone con basso reddito e meno istruzione tendono a essere le meno sane, con tale formula assicurativa riescono a trarre un maggior vantaggio. Le sovvenzioni incrociate si verificano perché i premi sono indicizzati al reddito, mentre vi è equità di accesso alle cure sanitarie; di conseguenza sono i cittadini più facoltosi che sovvenzionano i costi sanitari delle categorie più povere.

Gli schemi indiani delle assicurazioni sanitarie comunitarie CBHI sono cambiati enormemente negli anni, il più antico è stato avviato a partire dal 1955 (*Student's Home Health [SHH]*) e il più giovane negli ultimi anni (*Kadamalai Forum Kalanjia Vattara Sangam [KKVS]* e il *Working Woman's Forum [WWF]*) e attualmente sono molto diversi in termini di disegni, dimensioni e popolazioni interessate. A oggi ci sono più di 100 CBHI in India e, mentre alcuni dei programmi sono gestiti da organizzazioni non governative e rivestono lo 0,07% dei finanziamenti, si registra una crescente tendenza verso la collaborazione con la Compagnia di assicurazioni governativa (GIC).

Assicurazione sociale

Le Assicurazioni sociali sono obbligatorie e rivolte ai dipendenti pubblici e garantiscono l'1,13% del finanziamento del sistema sanitario indiano. Se ne distinguono due tipologie.

1. *Employees' State Insurance Scheme (ESIS) che copre i lavoratori dei singoli Stati*

Lanciato nel 1948, lo schema prevedeva un sistema integrato volto a tutelare gli interessi dei lavoratori e delle loro famiglie in caso di malattia, di maternità, di handicap fisico temporaneo o permanente, di morte per causa legata alla attività lavorativa e del pregiudizio che ne derivava per la perdita della retribuzione o della capacità di guadagno. Dopo la promulgazione dell'ESI-Act, il governo centrale ha istituito la *Corporation ESI (ESIC)* per amministrare il sistema.

Tutte le imprese che hanno dieci o più dipendenti e che non svolgono attività stagionale e le industrie che hanno venti o più lavoratori devono iscriversi obbligatoriamente all'ESIC. Poiché i singoli Stati possono estendere le disposizioni dell'ESI-Act ad altre classi di società operanti nei diversi settori, industriali, commerciali, agricoli e altri ancora, la maggior parte di essi ha esteso lo schema assicurativo ad alcune specifiche classi di imprese commerciali, quali negozi, alberghi, ristoranti, cinema che impiegano venti o più persone.

Lo schema assicurativo garantisce: prestazioni sanitarie a titolo gratuito; compensazio-

ni monetarie per la perdita di salario a causa di malattia; indennità di maternità; indennità di invalidità; copertura di spese relative al funerale in caso di decesso del lavoratore.

I dipendenti di queste imprese o società che guadagnano meno di 10.000 rupie al mese, devono aderire al regime. Tutti gli altri sono esentati dall'adesione. I datori di lavoro e i dipendenti contribuiscono rispettivamente per il 4,75% e l'1,75% dei salari dei dipendenti iscritti. I contributi vengono versati all'ESIC e alla fine dell'anno, dopo che i conti sono chiusi e controllati, qualsiasi deficit nell'ESIC, verrà eliminato dal governo in un rapporto di 2:1 (Stato: centro), con un tetto massimo di copertura definito per controllare la spesa. Il premio può anche essere opportunamente rivisto per prevenire il ripetersi del deficit.

2. Central Government Health Scheme (CGHS) che copre i dipendenti e i pensionati del governo centrale e i membri delle loro famiglie

Questo schema assicura anche:

- i membri ed ex-membri del Parlamento,
- i giudici della Corte suprema e Alte corti (sia attivi che pensionati),
- i combattenti per la libertà,
- i pensionati del Governo centrale, i dipendenti di enti semi-autonomi o organizzazioni semi-governative,
- i giornalisti accreditati ed ex-governatori ed ex-vicepresidenti dell'India.

Attivato a New Delhi nel 1954, il *Central Government Health Scheme* è ora operativo in venticinque realtà: Allahabad, Ahemda-

bad, Bangalore, Bhubhaneshwar, Bhopal, Chandigarh, Chennai, Delhi, Dehradun, Guwahati, Hyderabad, Jaipur, Jabalpur, Kanpur, Kolkatta, Lucknow, Meerut, Mumbai, Nagpur, Patna, Pune, Ranchi, Shillong, Trivandrum e Jammu.

La gestione dei CHGS non è fatta da un organismo autonomo, come nel caso di ESIS, ma è appoggiato a società di assicurazioni.

Le prestazioni sanitarie sono erogate da 248 dispensari allopatrici, 19 policlinici, 78 dispensari Ayush, 3 centri Yoga, 65 laboratori, 17 *Dental Units*.

A tutti gli assicurati è rilasciata una tessera di assicurazione. I contributi variano da 5 a 150 Rs al mese e sono a carico del titolare della tessera. Il numero di titolari di carta, nel 2009, era di circa un milione, con un numero totale di beneficiari di circa 43 milioni.

3.5. Meccanismi di funzionamento del sistema assicurativo

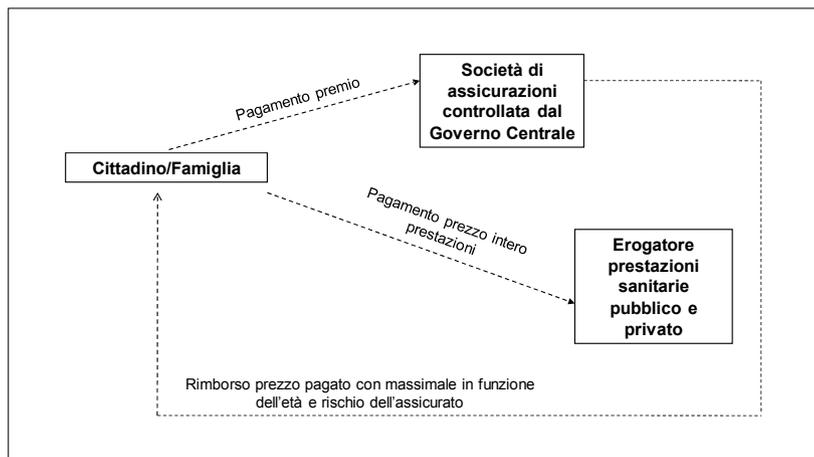
Le modalità di interazione fra i cittadini, i soggetti detentori del finanziamento e soggetti erogatori dei servizi sanitari cambiano a seconda del tipo di schema assicurativo.

Nell'ambito delle *Assicurazioni sanitarie volontarie* si individua una unica modalità di interazione fra i cittadini i soggetti detentori del finanziamento e i soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie. Come illustrato nelle figure 3, 4, 5 il cittadino o la famiglia intera paga un premio assicurativo, da corrispondere su base mensile o annuale, e riceve le prestazioni, tipicamente di ricovero, dalle strutture erogatrici cui si rivolge. Il cittadino, o la famiglia, riceve poi un rimborso di quanto pagato per ottenere le cure previste per la sua patologia. Quello che cambia è il tipo di rimborso garantito. Infatti, nello schema *Mediclaim* (figura 3) l'assicurazione copre le spese sostenute dal cittadino così come da lui rendicontate sino a un valore massimo che varia a seconda dell'età e del rischio di malattia cui è esposto. Nel *Daily charge* invece (figura 4) viene corrisposta al cittadino una quota forfettaria per ogni giorno di ospedalizzazione con l'aggiunta di una quota forfettaria se si superano i 21 giorni di degenza. Anche in tale schema è previsto un massimale pari a Rs 180.000.

Infine, il *Critical Care* (figura 5), che garantisce la corresponsione al cittadino di

Figura 3

Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo *Mediclaim*



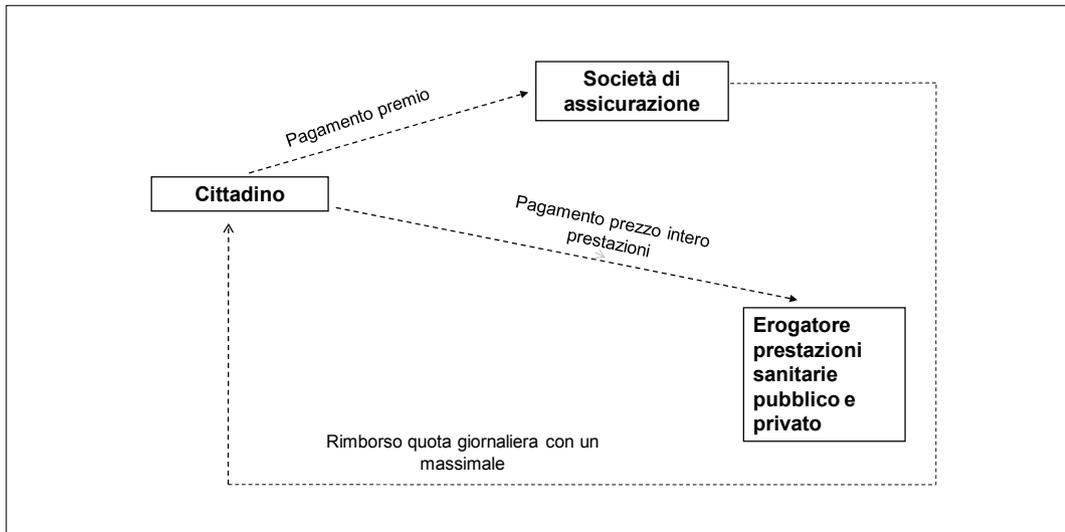


Figura 4
Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo *Daily Charge*

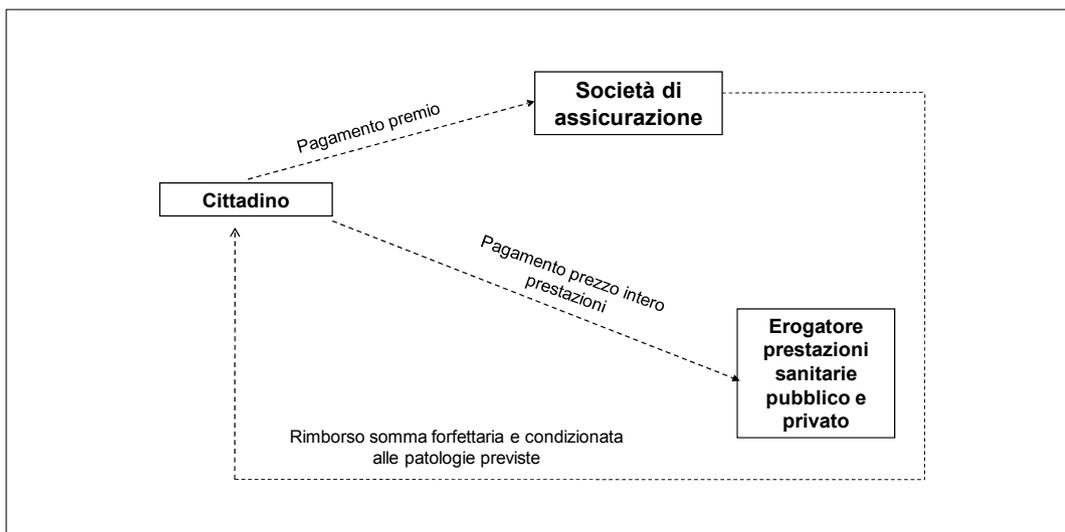


Figura 5
Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo *Critical Care*

una somma forfettaria per il trattamento di una delle patologie riconosciute dallo schema. Per esempio, un cittadino di 45 anni che paga un premio annuo di Rs 9.804 riceverà dall'assicurazione Rs 500.000 se, e solo se, gli è diagnosticata e viene curato per una delle patologie che lo schema riconosce come ammesse.

Diversa, rispetto a quella presente nei precedenti schemi assicurativi, è la modalità di interazione nelle *Assicurazioni sociali* (figure 6 e 7).

Infatti, sia nell'ESIS che nella *Central Government Health Scheme (CGHS)* il citta-

dino è libero di scegliere la struttura erogatrice ma, una volta ricevuta la prestazione, sarà l'assicurazione a provvedere al pagamento dell'intero prezzo della prestazione, senza che vi sia alcun costo per l'assicurato. Tale forma evita al singolo individuo di dover anticipare la somma corrispondente alle sue cure e, quindi, di dover disporre della cifra necessaria per poter essere curato.

Fra l'ESIS e la CGHS intercorre una differenza legata alla tipologia di erogatori cui può rivolgersi il cittadino. Mentre nel *Central Government Health Scheme* le strutture che garantiscono copertura assistenziale sono

Figura 6

Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo ESIS

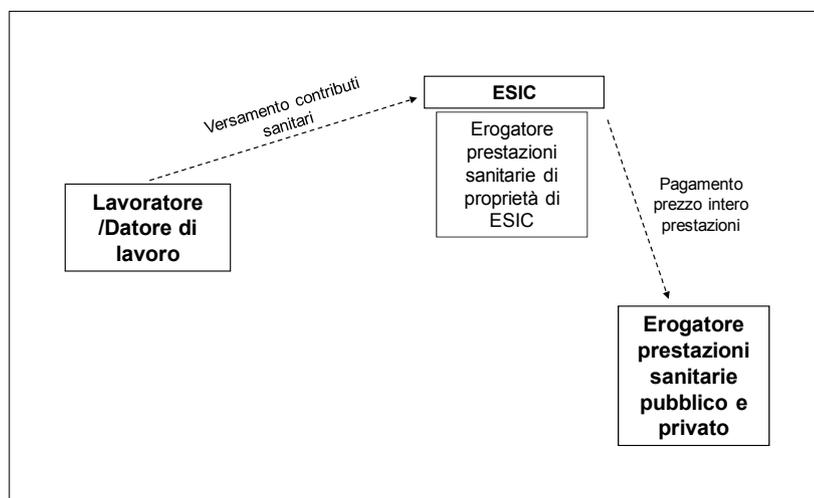
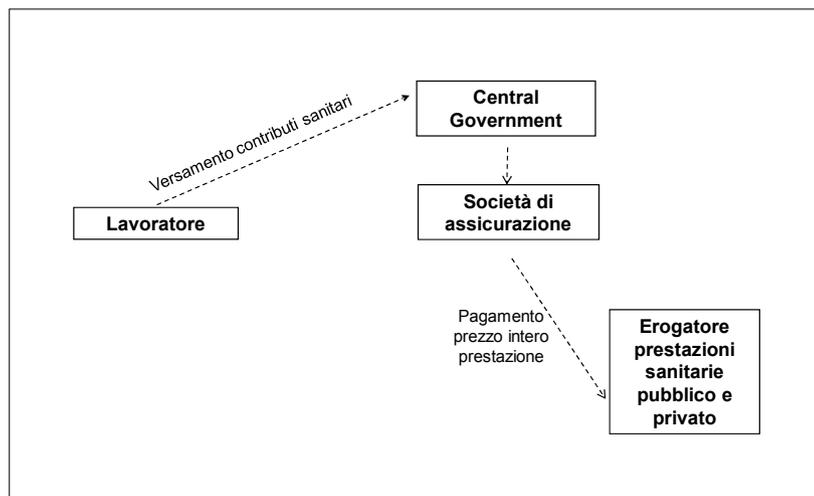


Figura 7

Flussi finanziari relativi allo schema assicurativo CGHS



tutte esterne allo schema, nell'ESIS possono anche essere di proprietà della stessa assicurazione. In tale modello integrato, qualora il cittadino si rechi nelle strutture di proprietà della stessa assicurazione, riceverà gratuitamente le prestazioni e la società assicuratrice utilizzerà i premi pagati per remunerare i fattori produttivi utilizzati per trattare l'assicurato.

Infine, nelle *Community health insurance* si possono individuare tre diversi modelli di interazione: modello *Provider* (figura 8);

modello *Mutual* (figura 9); modello *Linked* (figura 10).

Nel modello *Provider* è la stessa struttura assicuratrice (privata o una ong) che eroga attraverso le proprie strutture, le prestazioni sanitarie. L'esempio classico è il programma dei servizi sanitari volontari (VHS) nel Chennai.

Il modello *Mutual*, vede schemi di proprietà delle ong, dove l'ong è l'assicuratore e gestisce il rischio, ma non fornisce l'assistenza sanitaria. Diverse possono essere le modalità di interazione fra i cittadini, l'ong, detentrici del finanziamento e soggetti erogatori dei servizi sanitari.

Un esempio di questo modello è l'assicurazione *RAHA Medical Scheme*. In tale schema, una ong chiamata *Raigarh Ambikapur Health Association (RAHA)* paga direttamente le strutture erogatrici sino a Rs 2500, mentre l'importo extra è direttamente corrisposto dal cittadino.

Un secondo esempio è lo schema *KKVS* in Tamil Nadu, che prevede il pagamento diretto delle cure da parte dell'assicurato alla struttura erogatrice e un diritto di rimborso dal *KKVS* del 75% delle somme pagate fino a un rimborso massimo di Rs 10 000.

Nel modello *Linked*, l'ong svolge principalmente un ruolo di intermediario tra la popolazione target e la società assicuratrice. Spesso quest'ultima è o una delle società controllate dalla *Compagnia di assicurazioni governativa (GIC)* come *Azione a favore dell'organizzazione comunitaria, riabilitazione e crescita [ACCORD]*, *Seba* e *SEWA*, o una società che propone un nuovo schema assicurativo, come il *Working Woman's Forum (WWF)*. Il premio è versato a una compagnia di assicurazioni che copre gli assicurati contro diversi rischi – malattie che richiedono ospedalizzazione, perdita dei beni e morte – rimborsando il paziente o pagando direttamente la struttura erogatrice della prestazione.

3.6. Sistema di erogazione

Gli erogatori sono entità che ricevono denaro in cambio o in previsione di produrre assistenza sanitaria. Il sistema di erogazione vede ospedali pubblici nell'ambito dello schema di assicurazione del governo centrale, dispensari pubblici nell'ambito degli schemi assicurativi dei dipendenti statali

(ESIS), centri pubblici di distribuzione dei farmaci. Sono invece erogatori privati cliniche, ospedali e istituti di beneficenza. Alcune strutture private sono di proprietà delle imprese che finanziano il sistema sanitario. La situazione del sistema sanitario indiano è aggravata da una crescente crisi nel settore delle risorse umane. Crisi quantitativa, qualitativa e di equità nella distribuzione delle risorse disponibili.

Secondo l'Oms lo standard quantitativo di personale sanitario dovrebbe essere di 25,4 operatori sanitari (medici, infermieri e ostetriche) per 10.000 abitanti; il dato indiano è di 19 operatori sanitari per 10.000 abitanti, con profonde differenze tra stati (Chandigarh: 23,2; Meghalaya: 2,5) e tra aree urbane e rurali. La crisi delle risorse umane in sanità ha il volto del massiccio fenomeno dell'emigrazione. Tra il 1989 e il 2000 il 54% dei laureati ha lasciato il Paese. I medici indiani costituiscono il più grande numero di medici stranieri operanti negli Stati Uniti (4,9%) e nel Regno Unito (10,9%) – in Usa e Uk lavorano complessivamente circa 100.000 medici indiani –, il secondo più grande in Australia (4,0%) e il terzo in Canada (2,1%). Dal 1998 al 2005 il numero di nuove registrazioni di infermieri indiani in Uk è passato da 30 a 3.551. Negli Usa il numero di nuove registrazioni di infermieri indiani è passato da 417 nel 2000 a 5.281 nel 2007 (Mahan, Krishna, 2011).

Nel periodo 2000/2010 la WHO riporta la presenza di 660.801 medici, con una densità di 6,0 per 10.000 abitanti e 1.430.556 infermiere e ostetriche con una densità di 13 per 10.000 abitanti. I due terzi degli operatori sanitari sono composti di uomini, mentre le donne rappresentano solo il 17% del personale medico (World Health Statistics, 2011).

Negli ultimi anni, il governo indiano ha cercato di correre ai ripari, nel tentativo di aumentare la disponibilità di personale nelle aree più sguarnite: le aree rurali. Le donne di età 25-45 anni, con almeno otto anni di istruzione, vengono reclutate e addestrate a servire ognuna una popolazione di circa 1.000 persone, con funzioni di operatore sanitario di comunità (*community health worker*) (Mahan, Krishna, 2011). La WHO rileva che nel 2010 vi erano 50.715 operatori sanitari di comunità con una presenza di 0,5 operatori per 10.000 abitanti (World Health Statistics, 2011).

Figura 8
Flussi finanziari relativi al modello *Provider*

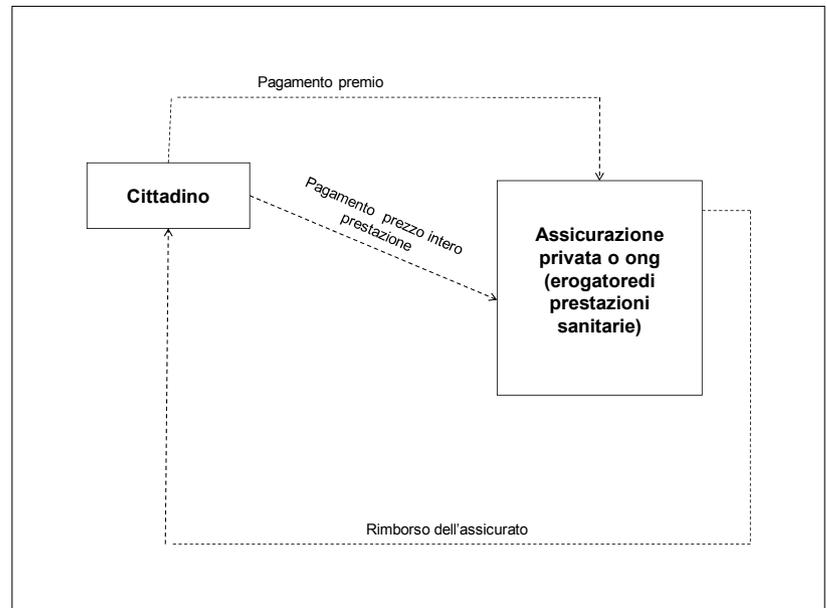
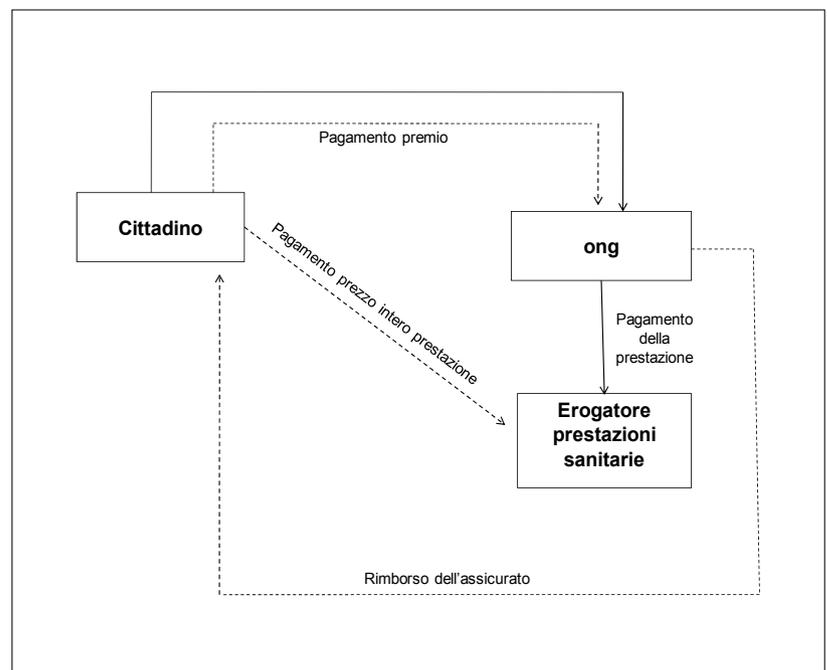
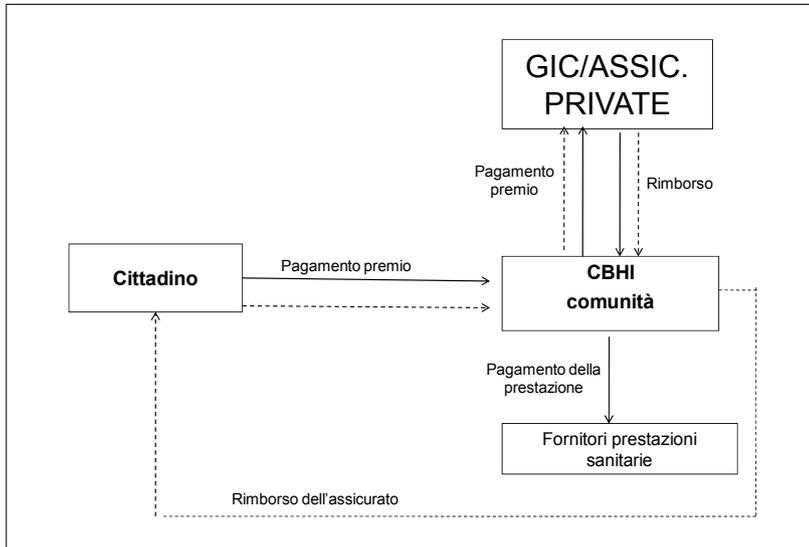


Figura 9
Flussi finanziari relativi al modello *Mutual*



Legenda:
 - - - - - indica i flussi finanziari con rimborso al paziente;
 - - - - - indica i flussi finanziari con pagamento alla struttura.

Figura 10
Flussi finanziari relativi al modello *Linked*

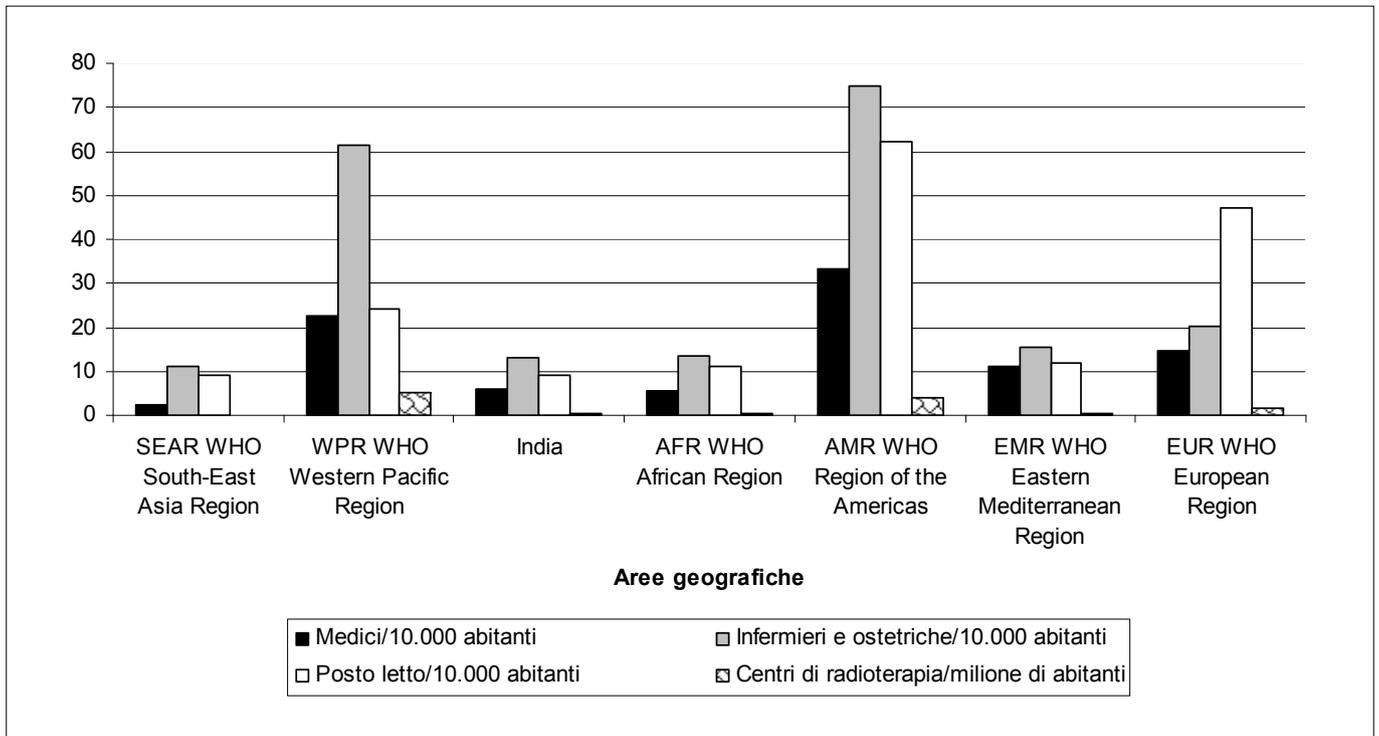


Legenda:
 - - - - - indica i flussi finanziari con rimborso al paziente;
 _____ indica i flussi finanziari con pagamento alla struttura.

Il 70% degli operatori sanitari lavora nelle strutture private (dove lavorano anche molti dipendenti pubblici). Le strutture pubbliche sono sotto-dotate di personale: il 18% dei centri di salute primaria sono privi di medici; nei centri sanitari comunitari il 52% dei posti di specialista e il 18% dei posti di infermiere sono vacanti. La qualità delle prestazioni erogate è inficiata anche dall'alta percentuale (> 40%) di assenteismo tra i dipendenti del sistema sanitario pubblico, dall'orario di apertura limitato, dall'insufficiente disponibilità di farmaci, dalla scarsa qualità degli ambienti di lavoro e degli istituti di formazione. Ma la qualità delle strutture private non è migliore, soprattutto nelle zone rurali, dove la popolazione non ha possibilità di ricevere cure appropriate nemmeno quando si rivolge al privato (Mahan, Krishna, 2011) (Balarajan, Selvaraj, 2011).

Relativamente ai posti-letto, il **grafico 1** evidenzia come la posizione dell'India sia totalmente allineata alla media degli Stati del sud-est asiatico, ma sia in una posizione net-

Grafico 1
Operatori e posti-letto
Fonte: World Health Statistics (2011)



tamente inferiore rispetto a tutte le rimanenti parti del mondo.

4. Interventi previsti per il 2020

Un gruppo di autorevoli rappresentanti della società civile indiana, riunito intorno alla rivista *Lancet (The Lancet India Group for Universal Healthcare)* ha lanciato la proposta di creare entro il 2020 un Sistema sanitario nazionale integrato «attraverso la fornitura di un'assicurazione sanitaria universale, creando delle organizzazioni autonome che siano in grado di fornire prestazioni sanitarie di base di buona qualità e di sviluppare un'adeguata formazione delle risorse umane, di ristrutturare la *governance* sanitaria, per renderla coordinata e decentrata, e ottenere una legislazione sul diritto alla salute esteso e garantito a tutti indiani» (Srinath, Patel, 2011).

La loro richiesta è di effettuare una radicale trasformazione del sistema sanitario per promuovere l'equità, l'efficienza, l'efficacia, e la responsabilità nella prestazione delle cure sanitarie a tutti i livelli, attraverso l'istituzione del Sistema sanitario integrato nazionale in cui tutti i principali *provider*, ovvero il settore pubblico e il privato e i sistemi alternativi della medicina, sono integrati.

Il sistema proposto riprende le raccomandazioni presentate da diversi comitati di esperti del governo e dai gruppi della società civile sin dalla indipendenza dell'India e a partire dal rapporto del Comitato Bhore del 1946, e ribadisce che la chiave strategica è la garanzia e diffusione dell'assistenza sanitaria primaria completa ed estesa a tutta la comunità, e il valore fondamentale che dovrebbe guidare lo sviluppo del sistema sanitario in India è l'equità.

Per il 2020, il Sistema sanitario integrato nazionale dovrebbe perseguire una serie di obiettivi che riguardano i sette ambiti.

1. Erogazione del servizio

Tutta la popolazione deve godere di un pacchetto di prestazioni di assistenza sanitaria con un finanziamento composto da fondi pubblici, privati e versati dai datori di lavoro. Nel pacchetto devono essere inclusi interventi, comprendenti la promozione della salute e la prevenzione, relativi alle malattie più rilevanti.

Tutti gli operatori sanitari e le strutture nei settori pubblico e privato devono essere iscritti al Sistema sanitario nazionale integrato.

2. Finanziamento

La spesa pubblica per la sanità deve aumentare dall'1% al 6% del prodotto interno lordo, e il 15% delle entrate fiscali, includendo nuove tasse sui prodotti del tabacco, sull'alcool, e sui cibi con scarso valore nutritivo, deve essere destinata a essa.

La percentuale delle spese *out-of-pocket* deve ridursi dall'80% al 20% del totale della spesa sanitaria.

È necessario che la spesa per la ricerca sanitaria salga all'8% del *budget* sanitario.

3. Risorse umane

Occorre prevedere la formazione degli operatori del Servizio sanitario indiano secondo linee-guida predisposte da un autonomo Consiglio nazionale per le risorse umane in sanità.

Un *iter* formativo aggiornato deve essere posto in essere per le professioni mediche e paramediche.

È necessaria la creazione di strutture capaci di incentivare la presenza degli operatori sanitari nelle zone svantaggiate.

4. Sistema di informazione

Per tale ambito è di primaria importanza disporre:

- di un sistema informativo completo sulla salute e di un sistema di sorveglianza che copra tutte le malattie principali, di dati relativi ai principali determinanti sociali e di indicatori capaci di facilitare la valutazione degli interventi di sanità pubblica;

- di un Consiglio completamente autonomo che raccolga e sintetizzi le informazioni utili per sviluppare le linee-guida per una assistenza sanitaria e una valutazione *evidence-based*.

5. Farmaci e tecnologia

Tale ambito richiede di:

- implementare una rete nazionale di farmacie, e promuovere la diffusione di farmaci generici a basso costo per l'intera popolazione;

- stabilire meccanismi per l'acquisto all'ingrosso di farmaci brevettati per renderli disponibili a un prezzo inferiore;

– disporre di meccanismi per verificare e controllare l'uso di incentivi non idonei da parte di aziende farmaceutiche e biotecnologiche nei confronti di operatori sanitari.

6. Governance

Al fine di garantire il governo del sistema sanitario si rende necessario:

– disporre di meccanismi capaci coordinare i vari attori del Servizio sanitario nazionale e di garantire che le diverse strutture che lo compongono assolvano correttamente alla loro funzione;

– avere un sistema che imponga a tutti i funzionari intermedi e apicali nel settore della sanità pubblica di disporre di una formazione adeguata in materia di salute pubblica;

– assicurare il decentramento della gestione delle attività sanitarie ai livelli inferiori di governo sino al singolo quartiere in modo da far partecipare attivamente la comunità.

7. Costruzione del consenso

Sarebbe utile che venisse intrapreso un dibattito nazionale coinvolgente tutti i soggetti interessati, compresi i governi, la società civile, le professioni sanitarie, il settore privato, il mondo accademico e dei media per discutere le modalità con cui garantire l'assistenza sanitaria universale in India e per discutere l'attuazione delle azioni programmate (Srinath, Patel, 2011).

Certamente l'India è pronta per la riforma sanitaria nazionale. Da un punto di vista economico, la crescita dell'India è stata molto veloce e ha resistito alla recessione meglio del previsto. Da un punto di vista sociale, in due elezioni nazionali, la popolazione rurale ha dato al governo il mandato di dare priorità alle sue esigenze, e la sanità è una priorità nell'agenda del popolo.

L'India è anche pronta per una riforma sanitaria in questo contesto storico. Il punto di forza principale del Paese è la sua popolazione giovane: circa 650 milioni di persone di età inferiore ai trent'anni che hanno tutto l'interesse alla realizzazione di un sistema nazionale che serva meglio la popolazione.

La situazione attuale vede la richiesta da parte del governo indiano della collaborazione attiva di *The Lancet India Group for Universal Healthcare* per definire operativamente il piano per realizzare il Sistema

sanitario nazionale integrato. Sebbene sia prematuro pensare di avere informazioni sul grado di avanzamento dei lavori, è purtroppo evidenziabile come l'attuale dibattito politico in India più che sulle scelte operative in materia di politica sanitaria sia concentrato sui problemi dei diversi gruppi di interesse.

5. Il turismo sanitario in India

Lo scambio internazionale di servizi legati alla salute si è sviluppato negli ultimi anni in particolare a seguito del GATS (*General Agreement on Trade and Services* - Trattato generale sul commercio e i servizi).

Il GATS, entrato in vigore il 1° gennaio 1995, aveva lo scopo di favorire la liberalizzazione dei servizi su scala mondiale, da quelli delle comunicazioni e dell'insegnamento a quelli commerciali e finanziari, dai servizi ambientali a quelli ricreativi, culturali e sportivi sino a quelli sociali e sanitari.

In merito a questi ultimi, il GATS prevede quattro diverse modalità secondo cui può realizzarsi il commercio internazionale di servizi sanitari e precisamente:

– commercio transfrontaliero (*cross-border*): il servizio è fornito in uno Stato, ma è consumato in un altro. Si tratta, per esempio, di servizi a distanza tra un Paese e l'altro, come la telemedicina via internet, assicurazioni sanitarie internazionali;

– consumo all'estero: il servizio viene fornito e consumato nel medesimo Stato, in genere quello del fornitore. È il caso del turismo sanitario che si concretizza nel trattamento dei pazienti in un Paese diverso da quello di residenza;

– presenza commerciale: il servizio è fornito attraverso lo stabilimento fisico del produttore straniero nel territorio nazionale in cui risiede il consumatore. Si esemplifica nella presenza di un'organizzazione straniera in un Paese per la costruzione e gestione di ospedali, poliambulatori, servizi territoriali e residenziali, agenzie assicurative;

– presenza di persone fisiche: il servizio è fornito dal cittadino straniero che presta la sua opera in un altro Stato. Si tratta, per esempio, di operatori sanitari, quali medici, infermieri, ostetriche, o altro, che si recano in un altro Paese per offrire assistenza per un periodo temporaneo.

	TAILANDIA	INDIA	SINGAPORE	USA	UK
HEART BYPASS GRAFT SURGERY	7.894	6.000	10.417	23.938	19.700
HEART-VALVE REPLACEMENT	10.000	8.000	12.500	200.000	90.000
ANGIOPLASTY	13.000	11.000	13.000	31.000-70.000	–
HIP REPLACEMENT	12.000	9.000	12.000	22.000-53.000	–
HYSTERECTOMY	10.000	–	13.000	–	–
BONE-MARROW TRANSPLANT	–	30.000	–	250.000-400.000	150.000
LIVER TRANSPLANT	–	40.000-69.000	–	300.000-500.000	200.000
NEUROSURGERY	–	800	–	29.000	–
KNEE SURGERY	8.000	2.000-4.500	–	16.000-20.000	12.000
COSMETIC SURGERY	3.500	2.000	–	20.000	10.000

Tabella 2
Costo (dollari) di procedure chirurgiche in Paesi selezionati

Fonte: Smith RD, Chanda R., Tangcharoensathien V. (2009), «Trade in health related services», Lancet, published on line, January, 22

Nel settore sanitario, il secondo tipo di transazione è particolarmente praticata e dà origine al turismo sanitario definito come «the organized travel outside one's local environment for the maintenance, enhancement or restoration of an individual's wellbeing in mind and body» (Carrera, Bridges, 2006).

Infatti, ogni anno sono circa 4 milioni i pazienti che si spostano dal loro Paese per curarsi in nazioni diverse. L'Asia è la destinazione più frequentata, ma movimenti di pazienti sono crescenti sia in Europa (verso i Paesi dell'Est, come Ungheria e Romania – particolarmente per le cure odontoiatriche), che nelle Americhe (Cuba è la meta preferita), e nel Medio Oriente (verso la Giordania).

In Asia, se la Thailandia attira ogni anno più di un milione di pazienti, l'India prevede di raggiungere tale cifra entro il 2012.

Nella realtà indiana, il turismo sanitario è attualmente in costante crescita ed è particolarmente attraente per pazienti provenienti soprattutto da Stati Uniti e Gran Bretagna. Lo Stato Indiano del Maharashtra ha istituito un apposito Comitato (*Council for Medical Tourism*) per promuovere all'estero questo tipo di attività, che potrà generare – secondo le stime della *Confederation of Indian Industry* – fino a 2 miliardi di dollari di reddito l'anno (Maciocco, 2009).

L'India si presenta particolarmente attrattiva per gli interventi in area chirurgica oltre che cardiologica, endocrinologica e neurologica.

Il turismo sanitario si verifica anche per interventi di prima necessità e altamente specializzati (cardiochirurgia), ma per lo più si attua per prestazioni non garantite dai servizi sanitari, come gli interventi di chirurgia estetica. L'*International Society of Plastic Surgery* ha dichiarato, per il 2006, che l'India è al 24° posto nella classifica mondiale per la realizzazione di interventi di chirurgia estetica dopo Paesi come Usa e Germania, ma prima dell'Italia.

I fattori che alimentano il turismo sanitario in India sono sostanzialmente quattro. Il primo riguarda l'elevata presenza di erogatori privati e l'elevata presenza di professionisti in tale settore. Il secondo consiste nella mancanza o nell'insufficiente livello di copertura assicurativa nel Paese di residenza che spinge le persone, dotate di disponibilità finanziaria, a ricercare all'estero soluzioni economiche (ma anche di qualità) ai loro problemi di salute. Il tariffario per differenti procedure dimostra l'appetibilità delle proposte indiane rispetto ad altre nazioni (**tabella 2**), tenendo conto che spesso nel prezzo sono comprese le spese di viaggio. Il terzo è riconducibile alla crescita del livello qualitativo dei servizi offerti dalle strutture indiane, garantito attraverso la certificazione internazionale di qualità. Al 2006 l'India risultava, dopo Singapore, il Paese asiatico con il maggior numero di strutture certificate. Infine, il quarto fattore risiede negli ingenti investimenti esteri in campo sanitario, tant'è che importanti catene ospedaliere indiane – come *Apollo Hospitals*

e *Fortis Healthcare* – fanno parte di imprese multinazionali.

In India, e particolarmente per mano del governo inglese, sta sviluppandosi anche il primo tipo di commercio dei servizi sanitari: il commercio transfrontaliero (*cross-border*).

Infatti, il governo di David Cameron, alle prese con pesanti tagli al bilancio, ha considerato l'ipotesi di delocalizzare alcune funzioni del servizio sanitario britannico in India.

Il *National health service (Nhs)* inglese ha visto i suoi costi lievitare del 70 per cento negli ultimi anni: l'idea per contenerli è di affidarsi ai *call center* e ai centri informatici del subcontinente per le prenotazioni delle visite mediche e la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti di Londra, Liverpool o Edimburgo.

6. Conclusioni

Allo stato attuale il sistema sanitario indiano è lontano dal poter essere definito un sistema pubblico e universalistico, nonostante al *The Lancet India Group for Universal Healthcare* sia stato richiesto di lavorare con il governo indiano per declinare operativamente il piano per realizzare il Sistema sanitario nazionale integrato.

Se si getta uno sguardo ad alcuni indicatori economici è evidenziabile una situazione cui la politica sanitaria deve certamente contribuire con azioni di miglioramento.

La percentuale della spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil è progressivamente diminuita nel tempo: era oltre il 3% negli anni 50, intorno al 2% negli anni 80; era dell'1,3% nel 1991 e nel 2009 dell'1,07% (tabella 3). La spesa sanitaria totale pro-capite è di 40 dollari (tabella 3), di cui la spesa pubblica è meno del 30%, pari a 11 dollari all'anno per abitante. Tutto ciò ha comportato alcune conseguenze.

Innanzitutto la mancanza di copertura assistenziale di alcune categorie di soggetti, e precisamente: (i) i cittadini non dipendenti della pubblica amministrazione; (ii) fra costoro, i membri che non hanno la capacità economica di stipulare una assicurazione salute; (iii) fra questi ultimi sono esclusi i cittadini over 65-70 anni e coloro che presentano una patologia preesistente alla data di stipula dell'assicurazione e, a seconda dello schema, che sono affetti da malattie da questo escluse.

Strettamente connessa a tale conseguenza vi è la seconda, che si palesa nella necessità da parte della popolazione di pagare di tasca propria le prestazioni. A causa di tale fenomeno, si stima che il 25% dei contadini sia trascinato sotto la soglia di povertà e un quarto della popolazione più povera rinunci *tout-court* a curarsi in caso di malattia (Sengupta, Nundy, 2005).

La terza conseguenza è una pressoché totale privatizzazione dei servizi rispetto ai quali non vi sono una stretta sorveglianza e

Tabella 3

Principali indicatori sanitari
Fonte: World Bank (2009); World Health Statistics (2011)

Indicatori (anno)	INDIA	CINA
Pil (\$ PPP) procapite (2009)	3.270	6.829
Spesa sanitaria totale come % del Pil (2009)	4,1	4,3
Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale (2009)	26,2	44,7
Spesa sanitaria totale pro-capite \$ (2009)	40	108
Spesa sanitaria pubblica procapite \$ (2009)	11	49
Speranza di vita alla nascita, maschi (2009)	63	72
Speranza di vita alla nascita, femmine (2009)	66	76
Mortalità infantile (1° anno di vita) x 1000 nati vivi (2009)	50	17
Mortalità materna x 100.000 nati vivi (2008)	230	38
% neonati con basso peso (2008)	28	4
% bambini al di sotto dei 5 anni malnutriti (2008)	43	7
Colera (n. casi) (2009)	2.680	86
Lebbra (n. casi) (2009)	133.717	1.597
Malaria (n. casi) (2009)	1.563.344	14.491
Tubercolosi (n. casi) (2009)	1.351.913	965.257
Prevalenza/100.000 (2009)	249	138

Anno	2000	2001	2002	2003	2009
Numero infetti (in milioni)	3,86	3,97	4,58	5,10	
Percentuale della popolazione con Hiv (15-49)	0,77	0,70	0,87	0,9	0,3

Tabella 4
Trend del numero e della prevalenza di soggetti Hiv positivi (2000-2009)
Fonte: World Health Statistics (2011)

regolamentazione. L'80% degli indiani cerca previdenza privata di fronte a una malattia. Tuttavia, solo la metà di questi riceve assistenza da medici competenti e autorizzati a praticare la medicina occidentale. Molte strutture rimangono senza licenza e raramente sono ispezionate (The World Bank, 2011).

L'ultima conseguenza è la trascuratezza dei servizi pubblici che ha condotto a una bassa qualità delle prestazioni erogate, alla presenza di strutture pubbliche abbandonate a se stesse, prive di attrezzature e di farmaci, inutilmente affollate e con interminabili liste di attesa, con medici che invitano sistematicamente i pazienti a rivolgersi ai loro studi privati (The World Bank, 2011).

Nonostante la scarsa presenza della spesa sanitaria pubblica e l'assenza di una politica sanitaria presidiata dal governo centrale e orientata a garantire la copertura universale, in India si registrano recenti miglioramenti nella salute della popolazione. Alcuni indicatori mostrano, una situazione di lento, ma progressivo miglioramento, anche se nel confronto con altre nazioni, come per esempio la Cina, paiono ancora migliorabili (tabella 3). Se si getta uno sguardo alla speranza di vita alla nascita, è osservabile un innalzamento sia per le donne che per gli uomini. Se nel 1990 era rispettivamente pari a 58 e 57 anni, nel 2000 era di 62 e 60 anni per salire ancora a 66 e 63 anni nel 2009 (tabella 3). Il Tasso di mortalità materna, da 570 per 100.000 nati vivi nel 1990, passa a 230 nel 2008, analogamente il tasso di mortalità infantile, dall'84 per 1000 nati vivi nel 1990 a 50 nel 2009. La percentuale di bambini malnutriti passa dal 47% nel 1998/99 al 43% nel 2008 (World Health Statistics, 2011).

Solo la metà circa delle donne in gravidanza può beneficiare di un'adeguata copertura prenatale – almeno tre visite – durante una gravidanza. Questa percentuale rimane bassa e costante. Anche se la percentuale di bambini vaccinati tra i 12-23 mesi di età è

cresciuta dal 46% nel 2004 al 54% nel 2008, si presenta comunque ancora con un basso valore (The World Bank, 2011).

Le malattie non trasmissibili sono in aumento e rappresentano già circa il 60% del carico di malattia in India, guidata da malattie cardiovascolari, salute mentale, cancro e diabete (The World Bank, 2011).

Per contro le malattie trasmissibili come la tubercolosi, la malaria, la lebbra e il colera sono ancora gravi minacce in un certo numero di Stati. Il numero assoluto di questi casi si presenta nel 2009 (tabella 3) elevato e la prevalenza per 100.000 abitanti della tubercolosi presenta un andamento costante negli anni: 247 casi /100.000 nel 2000 e 249/100.000 nel 2009 (World Health Statistics, 2011). In misura maggiore è rilevante l'Hiv/Aids, per il quale si comincia a registrare una diminuzione della percentuale di popolazione con età compresa fra 15 e 49 anni, dopo anni di continua crescita (tabella 4). Nel 2001, l'India risultava il secondo Paese al mondo per numero di morti dovuti all'AIDS, con 310.000 casi e, sempre nel 2001, il Programma delle Nazioni unite per lo Sviluppo (*United Nations Development Programme - UNDP*) contava 170.000 bambini tra 0-14 anni infetti dal virus.

Le cause sono probabilmente da ricercare negli aggiustamenti strutturali al sistema sanitario degli anni Novanta, che, grazie ai loro effetti indiretti, hanno contribuito e stanno tuttora contribuendo all'aumento dei casi di Hiv/Aids (Upadhyay, 2000) (Lanzaderas, 2002).

La prima causa è legata al fatto che l'India, seguendo i consigli del FMI, ha effettuato pesanti tagli di bilancio nella spesa sanitaria durante tutti gli anni Novanta. Questi tagli hanno implicato meno farmaci per i malati di Aids, meno assistenza, meno informazione. La cifra che l'India spende per combattere l'epidemia è di 146 milioni annui di dollari Usa, vale a dire 0,29 dollari procapite (Bill & Melissa Gates Foundation, 2005). Confron-

tando questa cifra sul piano internazionale si scopre, infatti, che Paesi che stanno combattendo la battaglia contro l'Aids con successo investono valori superiori come, per esempio, la Thailandia con 0,55 e l'Uganda con 1,85 dollari Usa.

La seconda riguarda direttamente i processi di liberalizzazione economica degli anni Novanta. Secondo Upadhyay (2000), le politiche di liberalizzazione hanno provocato una crescita dell'urbanizzazione, dovuto al declino delle attività agricole, e una diminuzione delle opportunità di lavoro nel settore formale. Queste condizioni hanno aumentato i livelli di povertà urbana, in particolare tra le donne, categoria notoriamente più vulnerabile alle crisi dei sistemi economici. La mancanza di migliori opportunità lavorative le ha spinte verso la prostituzione: secondo l'Unione delle ong indiane, circa il 50% delle operatrici sessuali è sieropositivo e, poiché il contagio sessuale è certamente la modalità

più diffusa in India, l'aumento del numero di casi trova una sua spiegazione.

Note

1. L'acronimo BRIC è utilizzato in economia dal 2001 per indicare congiuntamente quattro Paesi – Brasile-Russia-India-Cina – che si caratterizzano per una forte, e superiore a qualunque altro Paese, crescita del Pil.
2. È il quarto livello amministrativo locale dell'Unione indiana dopo gli Stati o Territori e i Distretti. I taluka facenti capo a un dato distretto possono essere organizzati in piccoli gruppi chiamati Sottodivisione (Pargana, Anuvibhag). In questo caso i taluka sono il quinto livello. Un taluka è formato da una città principale che funge anche da sede amministrativa e da un numero variabile di altre città e villaggi meno importanti. In quanto governo locale, un taluka gode di una certa autonomia fiscale e amministrativa e di governo sul territorio di competenza. In particolare, ha la responsabilità delle registrazioni catastali sui terreni e degli adempimenti amministrativi correlati.
3. Rs è la sigla più utilizzata per indicare la rupia indiana, valuta dell'India.

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

- BALARAJAN Y., SELVARAJ S. (a cura di) (2011), «India: Towards Universal Health Coverage 4, Health care and equity in India», *The Lancet*, 377, pp. 505-15.
- BILL AND MELISSA GATES FOUNDATION (2005), *Hiv/ Aids in India: Time to Act*, disponibile su: www.gatesfoundation.org/nr/downloads/globalhealth/India/Background_050131.pdf (ultimo accesso 06/08/2011).
- CARRERA P.M., BRIDGES J.F.P. (2006), «Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism», *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, vol. 6, n. 4, pp. 447-454.
- CENTRE FOR POLICY RESEARCH (1999), *Report on restructuring the ministry of health and family welfare*, Chanakyapuri, New Delhi.
- GOLDMAN SACHS (2003), *Dreaming with BRICs: The Path to 2050*, Global Economics paper no: 99, disponibile su: www.goldmansachs.com/our-thinking/brics/brics-reports-pdfs/brics-dream.pdf (ultimo accesso 06/08/2011).
- HARRISON M. (1994), «Public Health in British India», in *Anglo-Indian Preventive Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 1859-1914.
- HUMAN DEVELOPMENT REPORT (2011), *International human development indicators*, disponibile su: [//hdr.undp.org/en/statistic](http://hdr.undp.org/en/statistic) (ultimo accesso 06/08/2011).
- LANZADERAS I.F. (2002), *Women in India*, disponibile su: www.everythingispolitical.ca/journal/essay11.doc (ultimo accesso 12/04/2011).
- MACIOCCO G. (2008), «Globalizzazione e salute», in *Politica, salute e sistemi sanitari*, Pensiero Scientifico Editore, Roma, pp. 45-52.
- MACIOCCO G. (2009), *Il turismo sanitario. Un volto della sanità globalizzata*, disponibile su: [//saluteinternazionale.info](http://saluteinternazionale.info).
- MACIOCCO G. (2011), *La nazione dei paradossi*, disponibile su: [//saluteinternazionale.info/2011/06/india-la-nazione-dei-paradossi](http://saluteinternazionale.info/2011/06/india-la-nazione-dei-paradossi) (ultimo accesso 18/08/2011).
- MAHAN R., KRISHNA D. (a cura di) (2011), «India: Towards Universal Health Coverage 5 Human resources for health in India», *Lancet*, 377, pp. 587-98.
- OLDENBURG P. (2007), *India: History*, Microsoft(r) Encarta(r) Online Encyclopedia 2007 (c) 1997-2007 Microsoft Corporation.
- PARK K. (2005), *Park's Textbook of Preventive and Social Medicine*, 18th ed., Banarsidas Bh. anot Publishers, Jabalpur, M/s, pp. 679-80.
- ROY S. (1985), «Primary health care in India», *Health and Population - Perspectives & Issues*, 8 (3), pp. 135-167.
- SENGUPTA A., NUNDY S. (2005), «The private health sector in India», *British Medical Journal*, 331, pp. 1157-8.

- SRINATH R., PATEL V. (a cura di) (2011), «India: Towards Universal Health Coverage 7, Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action The Lancet India Group for Universal Health-care», *Lancet*, 377, pp. 760-68.
- THE WORLD BANK (2011), disponibile su: www.world-bank.org.in/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/INDIAEXTN/0,,menuPK:295589~:141159~piPK:141110~theSitePK:295584,00.html (ultimo accesso 23/04/2011).
- UPADHYAY U.D. (2000), *India's New Economic Policy of 1991 and its Impact on Women Poverty and AIDS*, disponibile su: ideas.repec.org/a/taff/femeco/v6y2000-i3p105-122.html-10k (ultimo accesso 08/04/2011).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011), *Country health System profile India*, www.searo.who.int/en/section313/section1519_10849.htm (ultimo accesso 23-08-2011).
- WORLD HEALTH STATISTICS (2011), disponibile su: www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html (ultimo accesso il 08/04/2011).

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 trasfusionale: definizione e applicazione di un modello di accountability nella Regione Marche

LUCIA MONTANINI, ALESSIA D'ANDREA

Transfusion activities, part of the NHS, are aimed at achieving self-sufficiency of blood and blood components, in accordance with criteria of safety, quality, efficiency and effectiveness. For this purpose, the actors (public, private and nonprofit) work in the network, applying new public management models and tools. They are called to pursue social utility and to demonstrate their actions to stakeholders in order to gain legitimacy and consent about the entrusted resources. The aim of this work is to demonstrate how accountability tools could satisfy those needs, support the decisions and guide the management. It presents a case study, concerning the accountability process implemented by the Department of Transfusion Medicine the Marche Region.

Keywords: accountability, blood transfusion system, social report, stakeholder engagement

Parole chiave: accountability, sistema trasfusionale, bilancio sociale, coinvolgimento degli stakeholder

Note sugli autori

Dipartimento di Management, Università Politecnica delle Marche:

Lucia Montanini, professore associato, l.montanini@univpm.it

Alessia D'Andrea, assegnista di ricerca

Attribuzione

Benché il lavoro sia frutto delle riflessioni congiunte dei due autori, i §§ 2, 3 e 4 sono da attribuire a Lucia Montanini, mentre i §§ 1, 5 e 6, sono da attribuire ad Alessia D'Andrea

1. Introduzione

Uno sguardo al contesto mondiale pone in luce caratteri eterogenei della Medicina trasfusionale, derivanti sia dalle strutture politico-sociali sia dalle modalità organizzative e gestionali adottate nei diversi Stati. Le differenze sono rintracciabili nel carattere volontario della donazione, nelle infrastrutture a supporto, negli standard di prodotto e servizio e nella normativa di riferimento.

Uno studio della World Health Organization (2011) ha posto in evidenza che le donazioni di sangue sono annualmente 92 milioni in 164 Paesi (rappresentanti il 92% della popolazione mondiale). Analizzando l'indice di donazione per 1.000 abitanti si evidenzia che la media più elevata si registra nei Paesi a maggiore sviluppo (36,4 donazioni/1.000 abitanti) in confronto a un valore medio di 11,6 in quelli a «medio reddito» e 2,8 in quelli a «basso reddito». In 62 Paesi le donazioni sono volontarie e gratuite;¹ nei restanti Paesi, i donatori possono essere retribuiti o prestare tale servizio senza compenso a fronte di necessità familiari. Un'analisi delle infrastrutture mostra che in 159 Paesi si registrano circa 8.000 centri dedicati alla donazione. Nei Paesi economicamente sviluppati la raccolta si attesta circa su 30.000 donazioni annue; nei restanti Paesi si riscontra un valore dalle 7.500 annue alle 3.700 annue.

Ponendo attenzione al contesto europeo, si evidenzia una spiccata tutela della risorsa sangue in tutto il percorso dal donatore al paziente. La normativa europea, infatti, soprattutto negli ultimi dieci anni ha regolamentato le attività trasfusionali, dettando standard

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivi e metodologia
3. La necessità di *accountability* in Medicina trasfusionale
4. Un modello di *accountability* economica e sociale per il Sistema trasfusionale
5. Il caso di studio: il Sistema trasfusionale della Regione Marche
6. Conclusioni

di qualità e sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti (Direttiva 2005/62/CE, in applicazione della Direttiva 2002/98/CE). Tali disposti sono stati recepiti, in Italia, con i decreti legislativi n. 208/2007 e n. 261/2007. L'attenzione della Comunità europea si estende anche ai requisiti tecnici (Direttiva 2004/33/CE), ai caratteri di tracciabilità delle informazioni e notifica di effetti indesiderati e incidenti gravi (Direttiva 2005/61/CE). Il recepimento da parte del nostro ordinamento giuridico è contenuto nel Decreto legislativo n. 207/2007, che stabilisce i principi sulla tracciabilità dei processi; la verifica delle procedure attuate; il *reporting*; l'appropriatezza degli spazi, delle attrezzature e dei materiali impiegati. Centrali appaiono, in questa direzione, le indicazioni contenute nel successivo Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, il quale ha definito i nuovi requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta adeguandoli ai parametri stabiliti dalle direttive comunitarie.

Il quadro normativo delineato detta nuove sfide per gli attori del Sistema trasfusionale nazionale, la cui organizzazione, in termini di risorse (umane e tecniche) e attività, fonda le proprie radici negli obiettivi e conseguenti modalità di attuazione contenuti nella Legge n. 219/2005. Quest'ultima stabilisce il carattere anonimo, volontario, gratuito della donazione e riconosce che le attività trasfusionali rientrano nei livelli essenziali di assistenza sanitaria al fine di garantire l'autosufficienza nazionale di sangue ed emocomponenti. Nel dettato normativo in oggetto le attività trasfusionali sono articolate in tre ambiti: promozione della donazione, attività di produzione, prestazioni di diagnosi e cura in Medicina trasfusionale. La promozione è affidata alle associazioni e federazioni di donatori (di natura *non profit*) mentre le altre due vedono l'operato di dirigenti e personale di comparto delle strutture trasfusionali in connessione con aziende di plasmaderivazione (per la lavorazione del plasma raccolto e l'ottenimento di farmaci plasmaderivati) e i clinici delle strutture ospedaliere pubbliche e private (per l'espletazione delle attività assistenziali). La stessa legge di riferimento istituisce i seguenti organi a livello nazionale: la Con-

sulta tecnica permanente (presso il Ministero della salute) e il Centro nazionale sangue (il quale opera a livello regionale mediante Centri regionali sangue). Inoltre, istituisce il sistema informativo dei servizi trasfusionali all'interno del Sistema informativo sanitario nazionale (Sistra) per la notifica di effetti indesiderati e incidenti gravi.

Dalle argomentazioni condotte emerge che nel Sistema trasfusionale nazionale è possibile rintracciare l'applicazione di un concetto di *governance* pubblica basato sull'archetipo del *new public management*, nel quale la *governance* si caratterizza per il fatto che la formulazione delle politiche e l'erogazione dei servizi vedono l'alternarsi di varie combinazioni di tre tipologie di attori: amministrazioni pubbliche, imprese private e aziende *non profit* (Rhodes, 1997). Soggetti pubblici e privati che attraverso relazioni formali e informali operano in «regimes of laws, rules, judicial decisions, and administrative practices that constrain, prescribe, and enable the provision of publicly supported goods and services» (Lynn *et al.*, 2001, p. 7). Ne deriva una configurazione organizzativa imperniata sulla cooperazione in rete di differenti soggetti, idonea sia a garantire l'erogazione di servizi omogenei nel territorio sia a fronteggiare l'esigenza del *continuum of care* (Meneguzzo, 1996; Lega, 2002).

I diversi attori del Sistema trasfusionale (privati, pubblici e *non profit*) operano, infatti, in modo coordinato sul territorio (Gugiatti, 1996) ma con differenti funzioni e specializzazioni (Del Vecchio, 2000), dando così origine a forme di reti sanitarie verticali e orizzontali (Borgonovi, 1996). Tale modello di *governance* costituisce il livello organizzativo necessario per l'espletamento di attività trasfusionali finalizzate al raggiungimento dell'autosufficienza nazionale di sangue ed emocomponenti, nel rispetto di criteri di sicurezza, qualità, efficienza ed efficacia economico-gestionale.

Il perseguimento dei predetti obiettivi origina fabbisogni e flussi informativi, di natura economica e non, tra i molteplici *stakeholder* interni ed esterni al sistema al fine di orientare le decisioni e acquisire legittimazione sociale.

Da un lato, infatti, rispondere a criteri di efficienza ed efficacia richiede la necessità di monitorare le performance sociali, econo-

miche e ambientali delle attività. Dall'altro lato, l'utilizzo di risorse di fonte pubblica e le finalità di bisogni di tutela della salute richiamano esigenze di trasparenza e di controllo d'esito sull'operato degli attori del *network*.

Ne deriva un dovere di agire in modo responsabile non solo in senso economico, ma anche e soprattutto in ottica etico-sociale, mediante l'attuazione di modalità gestionali atte a garantire la libera circolazione delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati e la comprensibilità del processo decisionale, all'interno e all'esterno del sistema (Borgonovi, 1994).

Le informazioni economico-finanziarie devono essere integrate da quelle inerenti all'impatto socio-ambientale delle diverse attività, successivamente divulgate.

Nasce l'esigenza di *accountability*, di ridurre le asimmetrie informative, di trovare strumenti in grado di monitorare performance economiche, sociali e ambientali, di garantire l'equilibrio nel lungo termine, di tutelare le generazioni future (D'Andrea, 2012). Soddisfare tali necessità significa adottare pratiche di *social accountability* (Gray *et al.*, 1987), mediante le quali informazioni quantitative e qualitative di natura finanziaria e non, vengono trasmesse mediante differenti strumenti di comunicazione (a titolo esemplificativo, nell'impostazione italiana si richiamano il bilancio d'esercizio, il bilancio sociale, il bilancio ambientale) al vasto gruppo di interlocutori sociali (Gray, 2000).

2. Obiettivi e metodologia

Obiettivo del presente lavoro è, pertanto, dimostrare come strumenti di *accountability* socio-economica, possano soddisfare i bisogni di legittimità e consenso di tale ambito pubblico, supportare le decisioni e orientare le scelte gestionali nel perseguimento delle finalità istituzionali.

In particolare, si vuole proporre un possibile processo di *accountability* atto a misurare e valutare le performance economiche e sociali delle attività trasfusionali, il grado di soddisfacimento delle attese dei diversi *stakeholder* e fornire utili informazioni al management pubblico per orientare la gestione futura delle risorse (finanziarie, umane e tecniche).

Inoltre, ci si propone di delineare un modello di *social report* idoneo a descrivere e a render conto a una molteplicità di soggetti, che operano all'interno e all'esterno del sistema, la complessità del network trasfusionale e le modalità con cui le risorse sono utilizzate.

Infine, partendo dalle informazioni previste dai dettati normativi nazionali di recepimento delle direttive europee si vuole riflettere sull'importanza di strumenti di *accountability*, atti a render conto agli *stakeholder* dei comportamenti finalizzati a garantire standard di qualità e sicurezza degli emocomponenti.

Come richiamato nel paragrafo precedente, la normativa europea (Direttiva 2004/33/CE, Direttiva 2005/61/CE, Direttiva 2005/62/CE, in applicazione della Direttiva 2002/98/CE) focalizza l'attenzione sulla necessità della tracciabilità delle informazioni inerenti il processo trasfusionale. La normativa italiana (DL.vo 207-208/2007 e successive disposizioni del settore) enfatizza tale aspetto e impone modelli di *reporting* e controllo per specifici ambiti della Medicina trasfusionale, non sempre fruibili e comprensibili a tutte le categorie di *stakeholder*.

La metodologia seguita nella ricerca è di tipo induttivo-deduttivo: partendo dai principali orientamenti dottrinali sull'argomento si presentano le evidenze dei fatti aziendali secondo un approccio empirico-realistico e si giunge a delineare un modello di riferimento del contesto analizzato supportato da considerazioni emerse dall'osservazione (Ferraris Franceschi, 1978). Nello specifico, si propone un modello di *accountability* socio-economica per le realtà trasfusionali presenti sul territorio nazionale.

Oggetto di studio è il processo di *accountability* attuato dal Dipartimento interaziendale regionale di Medicina trasfusionale della Regione Marche, dal 2009 a oggi. Considerando le peculiarità del contesto trasfusionale regionale e le diverse fonti informative - provenienti anche da osservazione diretta e interviste con gli *stakeholder* interni ed esterni - si presenta il processo attuato secondo un approccio naturalistico,² proprio della metodologia dei casi in economia aziendale (Yin, 1984; Fattore, 2005).

Nello specifico, il presente lavoro è il frutto di un progetto di ricerca del Dipartimento

di management dell'Università Politecnica delle Marche, avviato nel 2009 e ancora in atto, con il Dipartimento interaziendale di Medicina trasfusionale della Regione Marche in cui l'esperienza pratico-professionale di un'*équipe* medico-tecnica trasfusionale si incontra con quella «accademica» di un gruppo di ricercatori e professori universitari.³

Dal 2009 al 2012, la collaborazione tra le due realtà ha condotto alla redazione del documento di Bilancio sociale (2009) e del Bilancio di sostenibilità (2010 e 2011) con integrazioni di informazioni inerenti l'impatto ambientale delle diverse attività e arricchimento degli indicatori di processo. Il Bilancio di sostenibilità 2011 (Piani *et al.*, 2012), ispirato allo standard AA1000 e articolato nel rispetto dello Standard di Medicina trasfusionale (SIMTI, 2010), ha ottenuto attestato di verifica esterna da parte di un soggetto indipendente e professionalmente qualificato.

Il bilancio sociale del Sistema trasfusionale della Regione Marche costituisce l'output di un processo di *accountability* articolato in fasi collegate tra loro e poste in una sequenza più logica che cronologica. In effetti, sebbene le fasi siano poste in ordine temporale, alcune di esse potrebbero svilupparsi in parallelo e sovrapporsi. La loro trattazione è esposta al § 5 del presente lavoro.

3. La necessità di *accountability* in Medicina trasfusionale

Le risorse finanziarie che le organizzazioni, operanti in Medicina trasfusionale, utilizzano per lo svolgimento della loro attività sono costituite da quote di ricchezza della collettività che il soggetto economico pubblico destina al soddisfacimento di bisogni di tutela della salute (Anthony, Young, 1992).

In tali contesti, le decisioni possono essere influenzate da politiche dell'ente sovrastante e da considerazioni extraeconomiche nell'erogazione dei servizi più che da scelte di convenienza economica (Giannessi, 1979).

Infatti, nel Sistema trasfusionale l'innovazione tecnologica, l'automazione spinta di alcuni processi, l'emergere di nuovi bisogni clinico-medici (derivanti dalla ricerca scientifica applicata a specifiche situazioni e/o a sopraggiunti fenomeni virali) possono

comportare investimenti economico-finanziari connessi a cambiamenti organizzativi, strutturali (in termini di spazi e attrezzature da utilizzare) e tecnici (a titolo di esempio, nuove metodiche di immunoematologia) non sempre rispondenti a logiche di ottimizzazioni nell'impiego della risorsa pubblica.

Ciò dimostra che l'autonomia dei soggetti operanti in tali ambiti non è piena, ma dipende da quanto disposto a livello normativo, dalle scelte del soggetto economico. Scelte quest'ultime che si pongono in rapporto di strumentalità rispetto al fine della tutela della salute (Marinò, 2001; Anselmi, Volpato, 1990).

Il criterio economico, tuttavia, costituisce vincolo da rispettare a fronte di criteri di scelta coerenti con i valori predominanti nella società, espressi e mediati attraverso i canali istituzionali e del confronto sociale (Borgonovi, 1990). Il risultato economico della gestione assume, pertanto, un significato di complessa valutazione e non può essere considerato un attendibile indicatore sintetico dell'economicità aziendale (Rea, 1998; Montanini, 2007).

Da quanto argomentato sino ad ora emerge che gli amministratori del Sistema trasfusionale hanno la necessità di rendere conto dei propri comportamenti e delle proprie azioni ai diversi interlocutori, all'interno come all'esterno dimostrando il proprio comportamento socialmente responsabile in ottemperanza agli obiettivi e alle normative di riferimento (D'Andrea, 2012).

Ciò è possibile attraverso il processo di *accountability* richiamato precedentemente (Gray *et al.*, 1987) che richiede l'adozione di pratiche di social reporting con cui le informazioni quantitative e qualitative di natura finanziaria e non, vengono trasmesse mediante differenti strumenti di comunicazione (*annual report, social report, environmental report, ecc.*) al vasto gruppo di interlocutori sociali (Gray *et al.*, 2005; Contraffatto, 2004). Il processo in oggetto rappresenta un'opportunità per dare concreta attuazione ai principi di responsabilizzazione e *accountability* promosse dalle recenti riforme in senso manageriale del sistema pubblico, con particolare riferimento al coinvolgimento di soggetti esterni nella programmazione e valutazione degli interventi pubblici; per supportare sistemi di *governance* finaliz-

zati al controllo non solo dell'efficacia e dell'efficienza dei processi interni, ma anche dell'efficacia sociale. Fondamentali sono la partecipazione degli *stakeholder* nell'attività di *accountability* e la conseguente adozione di pratiche di stakeholder engagement al fine di instaurare un dialogo con i portatori di interesse, mirato a capire le loro istanze e basato sul coinvolgimento degli stessi nelle attività e nelle decisioni (O'Dwyer, 2005).

Mediante le pratiche citate, infatti, coloro che gestiscono risorse di fonte pubblica cercano di adempiere i compiti affidati dal soggetto economico (la Regione nel contesto specifico) e derivanti dal contratto che quest'ultimo ha con la società: contratto che si esplica nella garanzia dei servizi a tutela della salute verso i cittadini. Attraverso il *reporting* i «manager» pubblici istaurano un processo di dialogo per comunicare gli impatti delle azioni dell'organizzazione allo scopo di ricevere considerazioni e commenti. Lo strumento assume sia rilevanza strategica sia veste di puro mezzo di legittimazione e consenso per utilizzo di risorse di fonte pubblica.

Le funzioni del *social reporting* e le attività dell'azienda hanno influenza sulle strategie, la *governance*, il dialogo con gli *stakeholder*, la gestione del rischio, il processo decisionale, la gestione e la misurazione delle performance aziendali e la comunicazione (Bebbington *et al.*, 2008; Adams, 2008).

Il processo di *accountability* può promuovere significativi cambiamenti organizzativi verso la riduzione di pratiche non etiche e non sostenibili (Gray, 2002; Dey, 2007), in grado di realizzare «emancipatory and radical possibilities» (Gray, 2002; Thompson, Bebbington, 2005; Unerman, Bennett, 2004) in quanto capace di esporre e aumentare il dibattito circa i conflitti e gli antagonismi presenti nella società.

Le pratiche di *stakeholder engagement* richiedono lo sviluppo di strumenti basati su un'interazione bidirezionale tra organizzazione e *stakeholder* (Thompson, Bebbington, 2005; Bebbington, 1997; Bebbington *et al.*, 2007), atte a ricevere informazioni per orientare la gestione e creare, quindi, valore per l'organizzazione stessa e la società.

Nella creazione di valore può trovare, infatti, fondamento l'applicazione di pratiche di *accountability* e, in esse, di *stakeholder*

engagement. Si ricorda che, secondo la teoria degli *stakeholder* di Freeman (1984), un'azienda crea valore nel momento in cui riesce, contemporaneamente, a perseguire le finalità del soggetto economico e le attese, economiche e non, di tutti gli altri portatori di interesse.

Con riferimento al contesto sanitario, Porter e Olmsted Teisberg (2006, p. 98) affermano: «the right objective for health care is to increase value for patients, which is the quality of patient outcome relative to the dollars expended. (...) Every policy and practice in health care must be tested against the objective of patient value».

Si pone, in detta logica, il pensiero di Moore (2003) secondo il quale l'attività di direzione dei manager pubblici dovrebbe avere tre diverse direzioni: «fuori» dalla produzione di valore pubblico attraverso un maggior coinvolgimento della comunità che il manager dovrebbe soddisfare; «sopra» la singola organizzazione pubblica mediante un dialogo con gli organi «autorizzanti» al fine di ricevere la legittimità e il supporto; «all'interno» della propria organizzazione al fine di produrre in modo efficace ed efficiente i risultati attesi.

Uno sguardo al contesto sanitario, nell'ambito del quale la Medicina trasfusionale opera, fa emergere l'esigenza di coordinare, congiuntamente, le esigenze dei cittadini (*mission*), le volontà dei politici (legittimità e supporto) e le capacità operative e amministrative presenti all'interno dell'organizzazione. Pertanto, un approccio che prevede integrazione di obiettivi volti all'equilibrio economico, con misure tese ad acquisire legittimità e supporto e attività orientate al perseguimento della *mission* (di natura pubblica), consente di soddisfare il soggetto economico mediante criteri economici e perseguire creazione di valore pubblico (Moore, 2003). Valore, quest'ultimo, misurabile e valutabile attraverso informazioni quali-quantitative di natura monetaria e fisiche sugli impatti economico-sociali dell'attività. Ne deriva, pertanto, la necessità di integrare *financial information* e *non-financial information*. Accogliendo l'iniziale impostazione di Gray, Owen e Maunders (1987), tra le prime sono comprese misure monetarie degli impatti sociali dell'attività aziendale, tenendo conto dei problemi di misurazione legati alla valu-

tazione del danno ambientale e dei benefici e dei costi sociali rispettivamente dei prodotti e servizi forniti e degli input acquistati; mentre le *non-financial information*, possono essere comprese in cinque categorie: «narrative disclosure, statistical summaries, social indicators, compliance with standards, other (including advertising)» (Gray *et al.*, 1987, p. 93).

Con riferimento al contesto oggetto di studio, gli attori del Sistema trasfusionale sono chiamati, da un lato, ad agire nel perseguimento dell'economicità; dall'altro, operano in vista del perseguimento dell'autosufficienza regionale (e nazionale). Nel caso specifico, le informazioni *non-financial* consentono la verifica del valore creato per il paziente. Si pensi, a titolo di esempio, che il rapporto tra le unità di sangue ed emocomponenti prodotte (derivate dal processo di raccolta presso i donatori) e le unità assegnate ai pazienti, dimostra come sin dal 2009, il sistema trasfusionale marchigiano sia stato in grado di assicurare l'autosufficienza ai pazienti nel territorio regionale e, in taluni casi, a essere di ausilio ad altre regioni, cedendo gli emocomponenti eccedenti.

4. Un modello di *accountability* economica e sociale per il Sistema trasfusionale

Le argomentazioni suddette conducono alla necessità di delineare un modello di *accountability* per il Sistema trasfusionale in grado di fornire legittimazione, consenso ed esser, altresì, strumento strategico e operativo della gestione in vista del perseguimento dell'obiettivo dell'autosufficienza in un contesto di continuo cambiamento (D'Andrea, 2012). Contesto caratterizzato, come richiamato in precedenza, da riforme di contenimento della spesa pubblica da un lato, e mutamenti clinico-medici che comportano adeguamento tecnologico e crescenti bisogni di tutela della salute da soddisfare.

Mutuando dall'impostazione di Porter e Olmsted Teisberg (2006, p. 397 e ss.) il modello proposto prevede, innanzitutto, la mappatura delle attività. Ciò allo scopo di dotare l'organizzazione di un «systematic framework to delineate and analyse the process of care delivery in a medical condition» (Porter, Olmsted Teisberg, 2006, p. 397). Le

attività considerate, in tale accezione, possono essere ricondotte a:

- attività primarie: quelle previste dalla Legge n. 219/2005, vale a dire l'attività di promozione del dono di sangue ed emocomponenti; attività di produzione di sangue ed emocomponenti; prestazioni di diagnosi e cura in Medicina trasfusionale;

- attività trasversali: attività che precedono o sottendono o susseguono tutte o alcune attività primarie (es: definizione di strategie, gestione della qualità, ecc.).

Una volta delineate le attività, il secondo passo è l'identificazione degli *stakeholder* di tali attività. Questa fase si ispira allo standard *Accountability AA1000* (1999) basato sui principi di inclusività, materialità e rilevanza che sottendono la necessaria interazione tra l'organizzazione e i portatori di interesse. Infatti, lo stesso standard richiama l'importanza del processo di *stakeholder engagement*, approfondito nel *AA1000 Stakeholder Engagement Standard* (2005), nel quale si descrive il processo di coinvolgimento dei diversi interlocutori come un processo indirizzato a «the identification and the understanding stakeholders' needs expectations, challenges and opportunities; the alignment of strategies and activities with the needs of sustainability development; the performance measurement and reporting developing and implementing performance indicators that might enable stakeholder to assess organisation activities».

Dopo aver definito la mappa degli *stakeholder*, occorre delineare gli strumenti idonei (per ciascuna categoria o per categorie rilevanti) a conoscere le loro attese e bisogni e consentire un dialogo aperto e partecipato, in ottica di miglioramento gestionale e sviluppo di eventuali nuove strategie.

Diversi studiosi hanno approfondito il tema dell'utilizzo di differenti canali comunicativi per rendicontare gli impatti sociali, economici e ambientali di un'organizzazione agli *stakeholder*. In particolare è emerso che le organizzazioni utilizzano diversi media per rendere le informazioni accessibili agli *stakeholder* in diversi format testuali o vocali. Si ricorda in particolare, *web forum*, conferenze, incontri, volantini, *press releases*, internet (Patten, 2002; Unerman,

Bennet, 2004; Adams, Frost, 2006; Gallhofer, Haslam, 2006; Sikka, 2006) nei quali vengono divulgati report sociali, questionari, comunicati stampa e molteplici altre informazioni di natura sociale e ambientale.

Lo standard AA1000SES (2005) presenta anche validi esempi di pratiche di dialogo come: meccanismi *online* (*newsgroups, chats, user groups and webcasts of conferences*), *focus group, public meetings, surveys o multi-stakeholder forum*. Dagli strumenti di dialogo implementati derivano informazioni circa le aspettative dei diversi *stakeholder*.

Il modello di *accountability* prevede, inoltre, la definizione di un sistema di indicatori economici e sociali, atto a rappresentare gli obiettivi, misurare i risultati delle azioni e guidare la gestione futura. Oltre alle informazioni economico-finanziarie (ottenute riclassificando e/o analizzando dati monetari) vanno inserite informazioni qualitative e quantitative sulle performance sociali e ambientali dell'organizzazione nello svolgimento delle diverse attività. Principio ispiratore, in tale ambito, è il modello GRI - *Global Reporting Initiative* (2002), il quale sviluppa indicatori di performance ambientale (per individuare l'impatto dell'attività sul sistema ambientale), economica (per misurare gli scambi monetari tra l'organizzazione e gli *stakeholder*) e sociale (per misurare l'impatto dell'attività sulla comunità). Gli indicatori di performance delineati se confrontati con gli obiettivi strategici connessi alle diverse attività consentono al management di orientare la gestione.

La combinazione delle informazioni pervenute dal monitoraggio delle performance con quelle derivanti dagli strumenti di *stakeholder engagement* attuati, consentono di identificare gli obiettivi di miglioramento gestionali e di comprendere la sostenibilità economico-finanziaria delle attività esplicitate per il perseguimento delle finalità istituzionali.

Il risultato del processo di *accountability* deve essere trasmesso alla pluralità degli *stakeholder*, allo scopo di dimostrare l'attuazione di comportamenti socialmente responsabili al soggetto economico e alla comunità e, di conseguenza, acquisire legittimazione e consenso.

In particolare, si tratta di presentare le informazioni finanziarie e non, in documenti

formali (*annual report, social and environmental report* o, nell'accezione italiana, bilancio sociale/ambientale) e/o in altri strumenti di comunicazione (sito web, *press releases, newsletters*, ecc.). La struttura di detti *report* può essere ispirata a quanto predisposto nel documento del GBS «La rendicontazione sociale per le aziende sanitarie».

5. Il caso di studio: il Sistema trasfusionale della Regione Marche

5.1. Il ruolo del Dipartimento interaziendale regionale di Medicina trasfusionale

La Regione Marche, con la Legge regionale n. 13/2003 ha istituito il Dipartimento interaziendale regionale di Medicina trasfusionale (D.I.R.M.T.), in ottemperanza a quanto espresso all'art. 6 del medesimo disposto normativo. Successive disposizioni regionali (Del.Reg.GM. n. 873/2008 e Deliberazione n. 1731 del 29/11/2010) ne hanno definito il modello organizzativo e le modalità operative di seguito brevemente richiamate.

Il D.I.R.M.T. rappresenta lo strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico, logistico e amministrativo delle attività trasfusionali della Regione Marche. Esso svolge, infatti, una funzione sovra-ordinata rispetto ai servizi trasfusionali e sovra-aziendale di indirizzo, programmazione, coordinamento e controllo delle dodici Unità operative di Medicina trasfusionale, organizzate in quattro Aree di Coordinamento sovra-zonali. Ogni Unità operativa gestisce una o più Unità di raccolta territoriali, fisse o mobili, in genere presso strutture sanitarie già esistenti o appositamente istituite, autorizzate e accreditate al funzionamento. Al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi fissati negli strumenti di programmazione – il piano sangue regionale e il *budget* economico-finanziario – sono attivi i Comitati di area, aventi il compito di monitorare, attraverso verifiche trimestrali, le necessità e l'impiego delle risorse tecniche ed economiche nelle unità operative appartenenti al territorio di propria competenza.

La direzione del Dipartimento è affidata a un direttore, con funzioni di programmazione, gestione e monitoraggio del piano annuale delle attività e di gestione delle risorse economico-finanziarie conferite dalla Regio-

ne. Nell'espletamento dei propri compiti, il direttore è assistito da un Comitato di dipartimento con funzioni consultive e di vigilanza sul suo operato.

All'interno di tali organi di natura collegiale (Comitato di dipartimento e Comitato di area) è rappresentata la componente associativa del Sistema trasfusionale – rappresentanti delle associazioni e federazioni di donatori – e la componente tecnica di Medicina trasfusionale. Tale assetto garantisce l'integrazione tra i diversi operatori, agevolando il processo di coordinamento regionale proteso all'economicità e al raggiungimento dell'obiettivo istituzionale dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti.

In staff alla Direzione opera il Centro regionale sangue (articolazione locale del Centro nazionale sangue) incaricato di soddisfare l'esigenza della compensazione intra-regionale, della gestione del magazzino centralizzato dei plasmaderivati e della cessione delle eccedenze di sangue, plasma e plasma derivati ad altre regioni. Il Centro regionale sangue, inoltre, gestisce le relazioni con l'azienda di plasmaderivazione (di natura privata) per la garanzia dei prodotti di derivazione del plasma a beneficio dei pazienti.

Caratteristica peculiare del Sistema trasfusionale regionale è la centralizzazione delle attività inerenti il Laboratorio di sierovirologia e biologia molecolare, il cui responsabile opera in staff alla direzione del Dipartimento. È centralizzata anche la gestione di un network trasporti sul territorio, costituito da navette che giornalmente, trasferiscono campioni e documenti, materiale, emocomponenti o emoderivati, fra le varie Unità operative e tra ciascuna Unità operativa e il Laboratorio.

La *governance* delle attività trasfusionali sul territorio marchigiano prevede, in aggiunta, altri organi di staff alla direzione, quali le Commissioni dipartimentali per la gestione di aspetti inerenti la qualità, la formazione del personale dirigente e di comparto, il controllo di gestione, l'approvvigionamento centralizzato dei materiali sanitari, sacche e reagenti, la stesura capitolati di gara e l'informattizzazione; il Responsabile qualità del dipartimento, con il compito di coordinare l'attività dei responsabili qualità delle diverse Unità operative e collaborare con gli stessi alla definizione e all'implementazione di

azioni correttive emerse in sede di certificazione qualità; il Responsabile dell'informattizzazione con il compito di garantire il corretto funzionamento del sistema informatico regionale a supporto delle attività trasfusionali; il Dirigente delle professioni sanitarie che esplica funzioni consultive nella definizione delle linee strategiche e delle politiche dipartimentali.

5.2. Il processo di *accountability*

Il processo di *accountability* è iniziato con la decisione del Direttore del Dipartimento interaziendale regionale di Medicina trasfusionale di redigere il bilancio sociale del Sistema trasfusionale della Regione Marche, al fine di «far conoscere, a tutti i cittadini, programmi e attività e di motivare le scelte fatte». Ne è derivata la costituzione di un gruppo di lavoro multifunzionale composto da personale interno alla Medicina trasfusionale e da docenti e ricercatori del Dipartimento di management dell'Università Politecnica delle Marche. Dopo la determinazione delle risorse umane, tecniche ed economico-finanziarie necessarie per l'espletazione del progetto e la definizione degli strumenti informativi utili al fine di reperire la fonte dati per una corretta e trasparente rendicontazione, sono state definite le Aree di rendicontazione. In particolare, in prima istanza, si è scelto di articolare la rendicontazione nelle seguenti aree di attività:

- l'attività di direzione, gestione e coordinamento;
- l'attività di produzione: la raccolta di sangue ed emocomponenti (con *focus* iniziale sulla promozione alla donazione);
- l'attività di produzione: la lavorazione delle unità raccolte;
- l'attività di produzione: i farmaci emoderivati;
- le prestazioni di diagnosi e cura in Medicina trasfusionale.

La loro individuazione è stata frutto di un processo articolato, iniziato con la mappatura delle attività svolte nel Sistema trasfusionale. Per comprendere la natura di tutte le attività sono state svolte interviste a diversi responsabili di funzione. Tale processo ha portato

all'identificazione di attività primarie e attività trasversali alle stesse (figura 1).

La successiva fase ha riguardato la mappatura degli stakeholder del Sistema trasfusionale della Regione Marche, al fine di rappresentare il quadro degli interlocutori di riferimento. Le sottofasi che hanno condotto alla mappatura degli stakeholder sono state:

- distinzione degli stakeholder interni/esterni - diretti/indiretti;
- descrizione dei rapporti tra ciascun stakeholder e il D.I.R.M.T. in relazione alle attività individuate nella fase precedente.

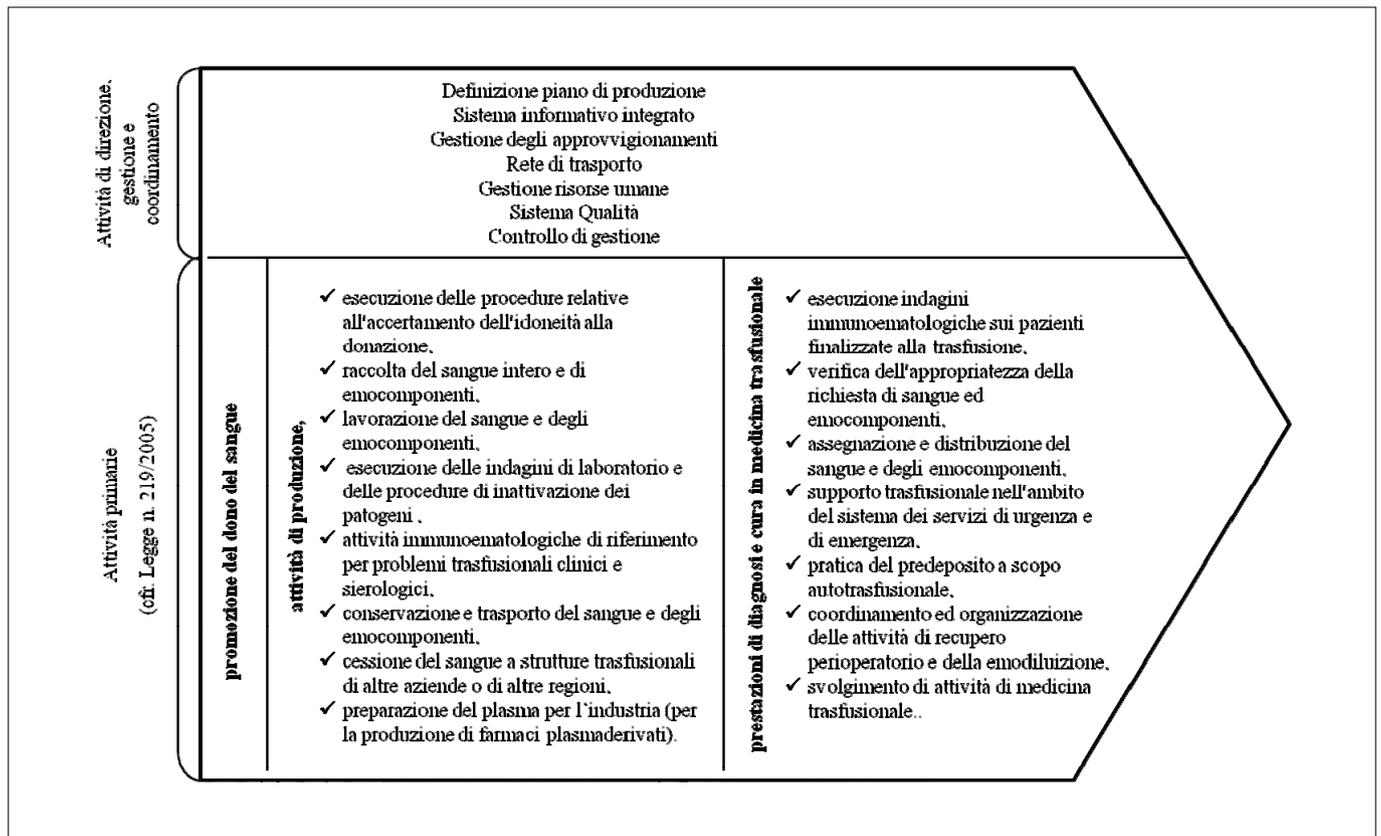
Inoltre, sono stati identificati gli stakeholder con i quali avviare un processo di coinvolgimento e dialogo continuo allo scopo di ottenere indicazioni utili a comprendere le loro istanze e migliorare le azioni future (figura 2).

A scopo esemplificativo si consideri che la Regione Marche (in particolare l'Assessorato alla sanità) quale ente disciplinatore del

sistema ed erogatore delle risorse finanziarie, impone un'attenta attività di rendicontazione delle risorse impiegate, degli obiettivi raggiunti, delle attività espletate e del rispetto dei dettati normativi posti in essere verso la garanzia del bisogno di tutela della salute in ambito di Medicina trasfusionale. A livello nazionale, il Sistema trasfusionale regionale si pone in relazione con il Centro nazionale sangue, avente funzioni di coordinamento e controllo tecnico-scientifico delle attività trasfusionali e richiede flussi informativi finalizzati a verificare il raggiungimento degli obiettivi di sistema e della promozione della donazione verso il raggiungimento dell'autosufficienza nazionale.

Il Sistema trasfusionale si relaziona anche con enti di natura privata come, per esempio, l'industria per la lavorazione del plasma e le aziende produttrici di presidi sanitari e diagnostici, le quali richiedono il rispetto di standard di qualità e di prodotto, legittimate da un'attenta informativa di natura fisico-

Figura 1
La mappatura delle attività



ne, *focus* sul D.I.R.M.T. (vantaggi e ambiti di miglioramento);

– indagine di *customer satisfaction* rivolta ai donatori, i pazienti e i clinici con l'obiettivo di verificare il livello di soddisfazione per i servizi offerti dagli operatori del Sistema trasfusionale regionale e ottenere utili informazioni per il miglioramento della gestione di tutte le attività trasfusionali.

I risultati dell'attività di coinvolgimento sono disponibili nei documenti di rendicontazione pubblicati nei diversi anni.

Altra fase del processo di *accountability* ha riguardato l'identificazione degli indicatori per il monitoraggio della performance socio-economica. Indicatori di efficienza, efficacia, input e output sono stati esposti nel documento di bilancio sociale mediante grafici e tabelle in relazione a ciascuna attività descritta nelle diverse Aree di rendicontazione. Essi pongono in evidenza i risultati di gestione in relazione agli obiettivi programmati e in coerenza con la *mission*, le attese e i bisogni degli *stakeholder*, il tipo di attività svolte e la quantità dei servizi offerti.

Le risultanze del dialogo con gli *stakeholder* e gli indicatori a disposizione (derivanti da dati, informazioni e conoscenze all'interno dell'organizzazione) sono stati oggetto di momenti di incontro e riflessione con i responsabili delle diverse funzioni aziendali su: impiego delle risorse, attività svolte, risultati ottenuti rispetto agli obiettivi. Quanto appreso durante il processo di coinvolgimento ha consentito, in primo luogo, un monitoraggio delle performance ottenute; in secondo luogo, ha costituito la base per la redazione della relazione economica e sociale; infine, ha portato coloro che operano nella struttura a riflettere sulle strategie, le azioni, le modalità operative, nonché le finalità e gli obiettivi del coinvolgimento degli *stakeholder* e opportuni mezzi per migliorarlo. Da tali momenti è scaturita l'identificazione degli obiettivi di miglioramento per la gestione futura.

Output del processo di *accountability* è il documento di bilancio sociale nella sua prima edizione 2009. Il documento è articolato in sezioni:

– *Identità*. In tale sezione, si descrivono la struttura organizzativa, la *mission*, la *vision*

e i valori, le politiche e le strategie, la storia, il contesto di riferimento nel quale opera il Sistema trasfusionale. Nella stessa sezione è riportata la mappatura degli *stakeholder*, la descrizione delle risorse umane che operano per il funzionamento dell'intera organizzazione sul territorio regionale e i risultati dell'attività di coinvolgimento del personale;

– *Relazione sociale*. Tale sezione contiene la descrizione qualitativa e quantitativa dei risultati delle attività svolte in relazione agli impegni assunti e ai programmi realizzati e degli effetti prodotti sulle diverse categorie di *stakeholder* per ciascuna Area di rendicontazione. In questa sezione del documento sono esposti anche i risultati dei questionari e/o interviste somministrate alle diverse categorie di *stakeholder*, distintamente per Area di rendicontazione;

– *Relazione economica*. In essa si esplicitano le fonti di finanziamento e gli impieghi economico-finanziari del Sistema trasfusionale regionale;

– *Obiettivi di miglioramento*. Si tratta dell'ultima sezione, contenente gli obiettivi di miglioramento, annuali e pluriennali, redatti alla luce di quanto appreso durante il processo di coinvolgimento degli *stakeholder* e l'analisi degli indicatori di performance.

Il documento così predisposto è stato poi oggetto di consultazione con gli *stakeholder*. Al documento è stato allegato un questionario di valutazione sulla chiarezza e trasparenza delle informazioni contenute.

Dalle informazioni raccolte durante il processo di *accountability*, sono emersi spunti di miglioramento sia in termini gestionali sia inerenti il percorso di rendicontazione socio-economica implementato. Dette indicazioni hanno guidato il prosieguo del progetto.

Nella seconda edizione del bilancio sociale (2010) sono ampliate le dimensioni di rendicontazione economico e sociale, integrando l'analisi dell'impatto sotto il profilo ambientale delle attività di Medicina trasfusionale.

Nel primo anno del processo di *accountability* è emersa, inoltre, l'importanza di accrescere il dialogo con tutti i portatori di interesse. Pertanto, il successivo anno, si è ampliato il campione dei donatori, dei pazienti e dei clinici ai quali somministrare i

questionari al fine di conoscerne le attese e i bisogni e ricevere utili informazioni per il miglioramento della gestione. Per la prima volta sono stati coinvolti, in aggiunta, anche il personale del D.I.R.M.T. mediante la somministrazione di questionari.

Si è incentivato il dialogo strutturato con tutti i portatori d'interesse, mediante l'uso di appropriati strumenti di *stakeholder engagement*.

In linea con il processo di miglioramento intrapreso, nel secondo anno si è realizzata una migliore integrazione delle attività espletate dal personale di Medicina trasfusionale con quelle delle associazioni dei donatori. Inoltre, si sono ampliate le Aree di rendicontazione, elaborando indicatori quantitativi (economici e non) per alcune attività. A titolo esemplificativo si consideri l'introduzione dell'Area relativa al «Laboratorio di Sierovirologia e Biologia Molecolare» e alla donazione di cellule staminali emopoietiche.

Nella terza edizione, bilancio sociale 2011 (Piani *et al.*, 2012), l'intera articolazione è stata rivista in ottemperanza ai contenuti della Legge n. 219/2005 e a quanto previsto dallo Standard di medicina trasfusionale (SIMTI, 2010) allo scopo di allineare la rendicontazione alla logica della catena del valore e approfondire tutti gli ambiti propri del Sistema trasfusionale. In termini gestionali, alcuni indicatori esposti nelle prime edizioni sono stati affinati. Ciò in relazione al fatto che, da un lato, le normative specifiche del settore (es.: nuovi obblighi previsti dal Sistra) hanno dettato un maggior numero di informazioni; dall'altro, durante il processo di *accountability* sono emersi *gap* nel sistema informativo vigente. Le carenze informative sono state colmate con l'inserimento, nel corso del periodo, di informazioni nel sistema informativo stesso di cui – prima del processo – non se ne evidenziava l'utilità (es.: rilevazione dei tempi uomo per ciascuna attività, rilevazione delle diverse metodiche applicate nelle strutture trasfusionali, distinzione delle voci di spesa per attività). L'incremento di tale base informativa ha favorito non solo il potenziamento della comunicazione verso gli *stakeholder* ma anche l'attuazione di azioni correttive ove necessario. A titolo di esempio, si consideri che la rilevazione delle diverse metodiche applicate alle fasi di lavorazione – parcellizzate nelle 12 strutture dislocate sul

territorio regionale – è stata oggetto di confronto tra i diversi responsabili. Da un lato, sono state identificate procedure sempre più uniformi; dall'altro, ove possibile sono state avviate azioni mirate all'efficienza nell'uso di materiali e ottimizzazione dei tempi, grazie a un confronto costante.

6. Conclusioni

La trattazione condotta ha evidenziato che gli attori di Medicina trasfusionale, nell'esercizio delle diverse attività, sono chiamati, da un lato, a perseguire utilità sociale in termini di tutela della salute, prestando attenzione all'impatto in termini di oneri e benefici per tutti gli interlocutori (Onida, 1987, p. 62). Dall'altro lato, gli stessi devono continuamente dimostrare le proprie azioni alla società, allo scopo di acquisire legittimità e rilevanza (Shocker, Sethi, 1973, p. 67), consenso, tutela e riconoscimento circa le risorse affidate loro (Gray, Guthrie, 2007).

Si realizza una forma di contratto, sovente non scritto e non esplicito da cui derivano responsabilità (Gray *et al.*, 1987) all'agente (identificabile in coloro che gestiscono risorse umane, economiche e tecniche) per le azioni svolte e responsabilità di render conto di tali atti al *principal* (identificabile in coloro che affidano tali risorse per esercizio della finalità istituzionale di tutela della salute). Questo processo, come argomentato nel lavoro, prende il nome di *accountability* intesa come «the responsibility to account for actions for which one has social responsibility under established contract» (Gray *et al.*, 1987, p. 4). Se, infatti, da un lato, norme nazionali – specifiche e/o di recepimento delle direttive europee – impongono la trasmissione di dati alle autorità competenti, la rintracciabilità dei processi di trasformazione e la redazione di *report* su specifici ambiti (economici e/o medico-clinico); dall'altro lato, tutti gli strumenti obbligatori (secondo le disposizioni vigenti), possono apparire non strettamente idonei a rendere conto delle loro strategie e performance sociali, ambientali ed etiche a un'ampia gamma di *stakeholder* (Adams, 2002; Deegan, 2002; Gray, 2002). Da quest'ultima considerazione, si evince la possibilità di riconoscere il ruolo di strumenti di *social accountability* come processo attraverso il quale coloro che gestiscono

risorse non proprie (non solo di natura finanziaria ma si pensi anche alla risorsa sangue donata), rendicontano i positivi e/o negativi effetti delle loro operazioni, dimostrando l'adozione di comportamenti socialmente responsabili ed eticamente corretti.

Inoltre, come più volte richiamato nel testo, il monitoraggio continuo dei risultati in termini non solo economico-finanziari ma anche socio-ambientale, può consentire di accrescere la consapevolezza circa l'impiego efficiente ed efficace delle risorse pubbliche. A fronte di tali vantaggi, il lavoro può incorrere in alcune criticità riscontrate anche in letteratura. Si consideri, a tal proposito, che recenti ricerche empiriche hanno evidenziato i limiti maggiori dello stesso processo, ponendo in luce fattori quali: la completezza e l'affidabilità delle informazioni (Belal, 2002; Adams, 2004), l'assenza di attestazioni a garanzia dello stesso (Swift, Dando, 2002; Owen, O'Dwyer, 2005), il controllo e la manipolazione del processo di dialogo con gli *stakeholder* (Owen *et al.*, 2001; Unerman, Bennet, 2004; Thompson, Bebbington, 2005).

Allo scopo di non incorrere in tali limiti, il percorso condotto nei tre anni di rendicontazione si conclude con l'ottenimento di un attestato di verifica come richiamato dalle linee operative AA1000 Assurance Standard (2008). Tale processo è stato condotto nel 2012 come riportato nel volume *Bilancio di Sostenibilità del Sistema trasfusionale della Regione Marche 2011* (Piani *et al.*, 2012).

Si tratta di una verifica esterna da parte di soggetti indipendenti e professionalmente qualificati chiamati a esprimere un giudizio

sulla veridicità del bilancio sociale, output del processo di *reporting* sociale, o anche sull'adozione e sull'affidabilità del processo seguito per arrivare alla redazione del documento (Zadek, Evans, 1993; Johnson, 2001; Gray *et al.*, 1997).

Ringraziamenti

Si ringraziano il dott. Mario Piani – Direttore del Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale della Regione Marche – per aver promosso e supportato il progetto e la dott.ssa Marina Mencarelli, in qualità di responsabile del sistema informativo del Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale della Regione Marche.

Note

1. Sensibilità altamente in crescita se comparata con l'indagine del 2008 che mostrava la volontarietà del gesto in 39 Paesi.
2. «Il metodo dei casi tende, inoltre ad indagare la realtà secondo un approccio naturalistico, cioè senza cercare di alterarla. Il ricercatore (...) non interviene sull'oggetto di studio per costruire contesti artificiali in grado di controllare l'effetto di alcune variabili per evidenziarne quello di altre. (...) Infine, lo studio dei casi valorizza il contesto, studiandolo in profondità, e si caratterizza anche perché descrive, esplora e spiega in un'ottica sistemica, per mettere in risalto le relazioni tra le proprietà dell'unità d'indagine e l'ambiente di riferimento». Fattore (2005), p. 128.
3. Il Gruppo di lavoro è composto da: il direttore del Dipartimento interaziendale regionale di Medicina trasfusionale, un coordinatore tecnico con funzione di responsabile dei sistemi informativi nell'ambito dello stesso Dipartimento, un dirigente medico appartenente a un'Unità operativa di Medicina trasfusionale sul territorio regionale, due docenti del Dipartimento del Management dell'Università Politecnica delle Marche, responsabili scientifici del progetto, e un assegnista di ricerca del settore scientifico disciplinare Secs/P07.

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

- ADAMS C., FROST G.R. (2006), «The internet and change in corporate stakeholder engagement and communication strategies on social and environmental performance», *Journal Of Accounting & Organizational Change*, 2 (3), pp. 281-303.
- ADAMS C.A. (2002), «Internal organisational factors influencing corporate social and ethical reporting: beyond current theorising», *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 15 (2), pp. 223-250.
- ADAMS C.A. (2004), «The ethical, social and environmental reporting performance portrayal gap», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 17 (5), pp. 731-757.
- ADAMS C.A. (2008), «A commentary on: corporate social responsibility reporting and reputation risk management», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21 (3), pp. 365-370.
- ANSELMINI L., VOLPATO O. (1990), *Il Management nell'area pubblica*, Giuffrè, Milano.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw Hill, Milano.
- BEBBINGTON J. (1997), «Engagement, education and sustainability A review essay on environmental accounting», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 10 (3), pp. 365-381.
- BEBBINGTON J., BROWN J., FRAME B., THOMSON I. (2007), «Theorizing engagement: the potential of a critical dialogic approach», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 20 (3), pp. 356-381.
- BEBBINGTON J., LARRINAGA C., MONEVA J.M. (2008), «Corporate social reporting and reputation risk management», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21 (3), pp. 337-361.
- BELAL A. (2002), «Stakeholder accountability or stakeholder management? A review of UK firms' social and ethical accounting, auditing and reporting practices», *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 9 (1), pp. 8-25.
- BORGONOV E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (1994), «Dalla storicizzazione dei fini e dalla flessibilità dei mezzi il contributo delle aziende non profit al progresso economico e sociale», in Aa.Vv., *L'elasticità dell'azienda di fronte al cambiamento*, Atti del convegno annuale AIDEA a Torino, Clueb, Bologna.
- BORGONOV E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le Amministrazioni Pubbliche*, Egea, Milano.
- CONTRAFFATTO M. (2004), «Il corporate social accounting e reporting: uno sguardo alla letteratura internazionale», in G. Rusconi, M. Dorigatti (a cura di), *Teoria generale del bilancio sociale e applicazioni pratiche*, Franco Angeli, Milano.
- D'ANDREA A. (2012), «Verso la "sustainability accounting" in Sanità: il caso della Medicina Trasfusionale», *Rivista di Studi sulla Sostenibilità*, 1, pp. 97-123.
- DEEGAN C. (2002), «Introduction: the legitimising effect of social and environmental disclosures - a theoretical foundation», *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 15(3), pp. 282-311.
- DEL VECCHIO M. (2000), «L'evoluzione nelle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in E. Annessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- DEY C. (2007), «Social accounting at Traidcraft plc. A struggle for the meaning of fair trade», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 20 (3), pp. 423-445.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FERRARIS FRANCESCHI R. (1978), *L'indagine metodologica in Economia Aziendale*, Giuffrè, Milano.
- FREEMAN R.E. (1984), *Strategic Management stakeholder approach*, Pitman.
- GALLHOFFER S., HASLAM J., MONK E., ROBERTS C. (2006), «The emancipatory potential of online reporting: the case of counter accounting», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 19 (5), pp. 681-718.
- GIANNESI E. (1979), *Appunti di Economia aziendale*, Pacini, Pisa.
- GLOBAL REPORTING INITIATIVE (2002), *Sustainability Reporting Guidelines on Economic, Environmental and Social Performance*, Boston.
- GRAY R. (2000), «Current developments and trends in social and environmental auditing, reporting and attestation: a review and comment», *International Journal of Auditing*, 4 (3), pp. 247-268.
- GRAY R., DEY C., OWEN D., EVANS R., ZADEK S. (1997), «Struggling with the praxis of social accounting Stakeholders, accountability, audits and procedures», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 10 (3), pp. 325-364.
- GRAY R., GUTHRIE J. (2007), *Social accounting, mega accounting and beyond: a festschrift in honour of M.R. Mathews*, St. Andrews, CSEAR Publishing.
- GRAY R., KOUHY R., LAVERS S. (1995), «Corporate social and environmental reporting: a review of the literature and a longitudinal study of UK disclosure», *Accounting Auditing & Accountability Journal*, 8 (2), pp. 47-77.
- GRAY R., OWEN D., MAUNDERS K.T. (1987), *Corporate social reporting: Accounting and accountability*, Prentice-Hall International, Englewood Cliffs.
- GRAY R.H. (2002), «The social accounting project and accounting, organizations and society: privileging engagement, imaginings and pragmatism over critique?», *Accounting, Organizations and Society*, 27, pp. 687-708.
- GUGIATTI A. (1996), «Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari» in M. Meneguzzo, *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- INSTITUTE FOR SOCIAL AND ETHICAL ACCOUNTABILITY (1999), *AccountAbility*, London.
- INSTITUTE FOR SOCIAL AND ETHICAL ACCOUNTABILITY (2005), *Stakeholder Engagement Standard*, (Exposure draft), AccountAbility, London.
- JOHNSON H. (2001), «Corporate social audit», *Business Horizons*, 44 (3), pp. 29-36.

- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti di aziende in sanità*, Egea, Milano.
- LYNN L.E., HEINRICH C.J., HILL C.J. (2001). *Improving governance: A new logic for empirical research*, Georgetown University Press, Washington, DC.
- MARINÒ L. (2001), *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- MENEGUZZO M. (1996), «Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione della efficacia dei network sanitari», *Mecosan*, 19, pp. 136-143.
- MONTANINI L. (2007), *L'accountability nelle aziende non profit. Teoria e prassi a confronto*, Giappichelli, Torino.
- MOORE M.H. (2003), *La creazione di valore pubblico: la gestione strategica nella pubblica amministrazione*, Edizione italiana a cura di Alessandro Sinatra, Guerini, Milano.
- O'DWYER B. (2005), «Stakeholder democracy: challenges and contributions from social accounting», *Business Ethics: A European Review*, 14 (1), pp. 28-41.
- ONIDA P. (1987), *Economia d'azienda*, Utet, Torino.
- OWEN D.L., O'DWYER B. (2005), «Assurance statement quality in environmental social and sustainability reporting: a critical examination», *British Accounting Review*, 37 (2), pp. 205-230.
- OWEN D.L., SWIFT T.A., HUNT K. (2001), «Questioning the role of stakeholder engagement in social and ethical accounting, auditing and reporting», *Accounting Forum*, 25(3), pp. 264-282.
- PATTEN D.M. (2002), «Give or take on the internet: an examination of the disclosure practices of insurance firm web innovators», *Journal of Business Ethics*, 36 (3), pp. 247-259.
- PIANI M., MARASCA S., MONTANINI L., D'ANDREA A., MENCARELLI M. (2012), «Bilancio di Sostenibilità del Sistema Trasfusionale della Regione Marche 2011», *Dima Edizioni*, pp. 1-128.
- PEREIRA A. (2007), «The economics of blood transfusion in the 21st century», *ISBT Science Series*, 2, pp. 184-188.
- PORTER M.E., OLMSTED TEISBERG E. (2006), «Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results», *Harvard Business Press*, pp. 1-506.
- POWER M. (1991), «Auditing and environmental expertise: between protest and professionalization», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 4 (3), pp. 30-42.
- REA M.A. (1998), *Le aziende sanitarie pubbliche*, Giappichelli, Milano.
- RHODES R.A.W. (1997), *Understanding governance*, Open University Press, Buckingham.
- SHOCKER A.D., SETHI S.P. (1973), «An approach to incorporating societal preferences in developing corporate action strategies», *California Management Review*, Summer, pp. 97-105.
- SIMTI - SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA TRASFUSIONALE ED IMMUNOEMATOLOGIA (2010), «Standard di Medicina Trasfusionale», www.simti.it.
- SIKKA P. (2006), «The Internet And Possibilities For Counter Accounts: Some Reflections», In *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 19 (5), pp. 759-769.
- SWIFT T., DANDO N. (2002), «From methods to ideologies: closing the assurance expectations gap in social and ethical accounting, auditing and reporting», *Journal of Corporate Citizenship*, 8, pp. 81-90.
- THOMSON I., BEBBINGTON J. (2005), «Social and environmental reporting in the UK: a pedagogic evaluation», *Critical Perspectives on Accounting*, 16 (5), pp. 507-533.
- UNERMAN J., BENNETT M. (2004), «Increased stakeholder dialogue and the internet: towards greater corporate accountability or reinforcing capitalist hegemony?», *Accounting, Organizations and Society*, 29 (7), pp. 685-707.
- UNERMAN J. (2000), «Methodological issues. Reflections on quantification in corporate social reporting content analysis», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 13 (5), pp. 667-681.
- VAN DER POL M.M., CAIRNS J.A. (1998), «The efficient organization of blood donation», *Health Economics*, 7, pp. 455-463.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011), *Blood safety*, Fact sheet n. 279, www.who.int.
- YIN R.K. (1984), *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications, Beverly Hills, CA.
- ZADEK S., EVANS R. (1993), *Auditing the market: a practical approach to social auditing*, New Economics Foundation, London.

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**.

Il settore dell'assistenza sociale e socio-sanitaria alle persone disabili in Lombardia: caratteristiche, criticità, policy

ELISABETTA NOTARNICOLA

This article, starting from an empirical analysis based on quantitative data, describes the features of the sector of social integrated care for disabled adult people in Lombardia, Italy, defining its boundaries and peculiarities. The existence of a gap between social care and integrated care is shown through the analysis of the governance structure, the financing mechanism and the supply and production systems. To conclude, some policies innovation are suggested.

Keywords: social services, integrated care, disabilities, governance, network

Parole chiave: servizi sociali, socio-sanitario, disabilità, governance, rete

Note sugli autori

Elisabetta Notarnicola è ricercatrice Cergas, Bocconi - elisabetta.notarnicola@unibocconi.it

Ringraziamenti

L'autrice ringrazia Francesco Longo per aver guidato con i suoi suggerimenti e spunti di riflessione lo svolgimento della ricerca e la stesura dell'articolo

1. Premessa

Diversi sono gli studi¹ che, in campo di welfare, sottolineano l'importanza del settore sociale e socio-sanitario: a fronte di cambiamenti socio-economici che determinano la crescita di una domanda sociale più forte e diversificata da parte dei cittadini, i sistemi di welfare sono chiamati a intervenire sempre più con risposte sociali e assistenziali (Pavolini, 2003; Zoli, 2004). Similmente, anche il tema della non autosufficienza è oggetto di numerosi studi² che includono nella *Long Term Care* tutte le persone adulte che necessitano di assistenza e cura nello svolgimento di semplici attività quotidiane a causa di ridotte capacità funzionali, fisiche o cognitive (Fujisawa, Colombo, 2009) dovuti a disabilità o vecchiaia.

Il dibattito più recente sui servizi sociali e socio-sanitari si sviluppa, però, quasi esclusivamente sui temi attinenti alla vecchiaia, mentre la disabilità non viene adeguatamente rappresentata nelle analisi di sistema e delle politiche sociali (Barbieri, 2010; Leonardi, 2008). Questo dipende principalmente da due fattori: il primo, valido sia per il contesto italiano che europeo, attiene alla definizione delle politiche per la non autosufficienza che sono basate su criteri anagrafici e si rivolgono in modo indistinto alla popolazione over 65, senza distinzione rispetto alle cause che determinano la non autosufficienza, cancellando di fatto l'esistenza di specifiche politiche per la disabilità in età anziana; il secondo attiene all'incidenza statistica della disabilità che fa sì che il fenomeno sia considerato

SOMMARIO

1. Premessa
2. Epidemiologia nazionale e regionale
3. La tipologia di servizi disponibili
4. La *governance* del settore
5. Livelli di spesa e canali di finanziamento
6. I servizi
7. Criticità del settore
8. Prospettive di *policy*

spesso residuale, se rapportato al sistema di welfare complessivo.

Il caso oggetto di studio è quello del sistema di assistenza sociale e socio-sanitaria³ per i disabili adulti (ovvero persone comprese nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni) nella Regione Lombardia, la più popolosa d'Italia. Il caso analizzato presenta peculiarità e potenzialità esplicative tali da proporre alcune riflessioni generalizzabili sul tema. Si tratta, infatti, di un settore internamente complesso ma dai confini definiti, tale da poter essere indagato in maniera organica, oltre che caratterizzato da una estrema ricchezza di attori coinvolti, in cui le pubbliche amministrazioni hanno funzione di regolazione e finanziamento, le aziende *non profit* sono erogatrici di servizi e la coproduzione dei pazienti e delle famiglie è decisiva. Si compone di una rete di offerta di servizi residenziali e diurni, oltre che di interventi di assistenza domiciliare. Si analizzano, in questa sede, le caratteristiche della rete dei servizi residenziali e diurni, essendo questi omogenei e garantiti su tutto il territorio, e non quelle dei servizi domiciliari, spesso oggetto di sperimentazioni e modifiche da Comune a Comune e per i quali non sono disponibili dati precisi e aggiornati. Questi servizi sono, inoltre, rilevanti in quanto i bisogni originati dalla condizione di disabilità più o meno grave sono tali da richiedere, nella maggior parte delle casistiche, interventi in regime residenziale o semi-residenziale, che meglio rispondono alla necessità per gli assistiti di sviluppare relazioni autonome, capacità e interessi personali, e di momenti di sollievo per le famiglie sulle quali ricade un carico assistenziale, psicologico ed emotivo importante.⁴

L'articolo, partendo da un ampio *set* di dati empirici, si pone l'obiettivo di fornire una fotografia completa del settore per evidenziare le principali criticità e delineare le possibili traiettorie future di *policy*. Per questo nel paragrafo successivo (2) si presentano i dati epidemiologici sulla disabilità oggi disponibili a livello nazionale e regionale; nel terzo paragrafo si descrivono le tipologie di servizi disponibili per le persone disabili, classificandoli per contenuto e intensità assistenziale; nel quarto si analizza la *governance* del settore descrivendone: l'assetto istituzionale, caratterizzato dalla numerosità degli attori che lo compongono; le principali fonti di fi-

nanziamento a livello regionale; il sistema di produzione, per il quale si stima la rilevanza degli attori pubblici, privati *profit* e privati *non profit*; i meccanismi di remunerazione della produzione. Da questi elementi emergono due caratteristiche fondamentali del settore, ovvero la frammentazione istituzionale e l'ampio divario tra componente socio-sanitaria e sociale, poi riprese e supportate dai dati empirici riguardanti la distribuzione delle diverse fonti di finanziamento e dei livelli di spesa sostenuti (presentati nel § 5) e l'articolazione della rete di offerta e del tasso di copertura del bisogno (presentati nel § 6). Nel settimo paragrafo si espongono in modo dettagliato le criticità emerse dall'analisi dei dati ripercorrendo la fotografia del settore proposta. Nel paragrafo conclusivo (8) si espongono alcune prospettive di *policy* con indicazioni concrete per modificare gli assetti istituzionali e i meccanismi di produzione.

2. Epidemiologia nazionale e regionale

Secondo stime Istat (2009), le persone disabili in Italia, nel 2005, per ogni fascia d'età erano circa 2,6 milioni, pari al 4,8% circa della popolazione; a queste devono essere aggiunte 200.000 persone circa che risiedevano in Istituto, per un totale di 2,8 milioni di persone su tutto il territorio nazionale. Rapportando a oggi le stime nazionali, utilizzando gli stessi tassi di incidenza, il numero di disabili adulti in Italia (tra i 15 e i 64 anni, secondo le categorie Istat), corrispondeva a 505.064 persone nel 2010 (su un totale di 3 milioni di persone disabili circa) e 544.620 persone del 2011 (su un totale di 3,1 milioni di persone disabili circa). Secondo una stima Censis (2010) più aggiornata, le persone con disabilità in Italia nel 2010 erano 4,1 milioni pari al 6,7% della popolazione.

Il dato epidemiologico può essere estratto anche a livello regionale: si stima che in Lombardia,⁵ nel 2010, le persone disabili tra i 15 e i 64 anni e residenti in famiglia fossero 77.389 (78.531 nel 2011). A queste devono essere aggiunte 11.722 persone tra i 18 e i 64 residenti in istituti di vario tipo (11.831 nel 2011) per un totale di 89.111 persone disabili (90.362 nel 2011).

La statistica ufficiale è, in ogni caso, molto approssimativa e si basa su dati risalenti al 2004 e al 2005, ormai datati.

3. La tipologia di servizi disponibili

L'articolazione dell'offerta dei servizi per i disabili adulti corrisponde alla volontà del legislatore regionale di predisporre una risposta differenziata rispetto ai bisogni individuali. Gli interventi si posizionano lungo un *continuum* che a differenti livelli di gravità fa corrispondere una diversa attenzione all'autonomia e una diversa intensità della risposta socio-sanitaria (di tipo riabilitativo e terapeutico) e sociale (o meglio socio-educativa e formativa). La persona disabile, all'uscita dalla scuola, se professionalizzabile, viene presa in carico dai Servizi di integrazione lavorativa; diversamente entra nel circuito dei servizi socio-sanitari e sociali, a seconda del suo livello di fragilità. Generalmente, a un maggior livello di gravità viene fatta corrispondere una risposta di tipo socio-sanitaria, mentre l'assistenza di carattere esclusivamente sociale viene proposta nei casi considerati più lievi. Il livello di gravità viene valutato sulla base della natura delle cause o sulla sede delle lesioni che determinano caratteristiche personali diverse, da cui scaturiscono bisogni più o meno complessi: bisogno di socializzazione e di vita di

relazione (anche nel territorio) e bisogno di interventi educativi (commisurati alla specifiche condizioni fisiche e psichiche) che si riconducono alla necessità di condurre una vita autonoma (all'interno e all'esterno della famiglia); bisogno di ricevere prestazioni di cura personalizzate e bisogno di interventi riabilitativi e sanitari a seconda delle necessità. Questi possono essere collocati su un *continuum* rispetto alla complessità della risposta assistenziale che richiedono, con una particolarità: all'aumentare della gravità, i bisogni diventano più complessi non solo per le loro caratteristiche, ma anche per il fatto che si sommano gli uni agli altri senza sovrapporsi, componendo un *mix* di bisogni.

Ripercorrendo il *continuum* proposto nella **figura 1**, i servizi sociali⁶ (articolo 4, L. reg. 3, del 12 marzo 2008) sono definiti come quei servizi che hanno il compito di aiutare la famiglia, promuovere l'educazione motoria e il benessere psicofisico della persona, assistere le persone in condizioni di disagio psico-sociale o di bisogno economico, favorire e promuovere l'integrazione, la coesione sociale e la socialità. La definizione delle unità di offerta sociali è avvenuta in una logica integrativa a completamento della

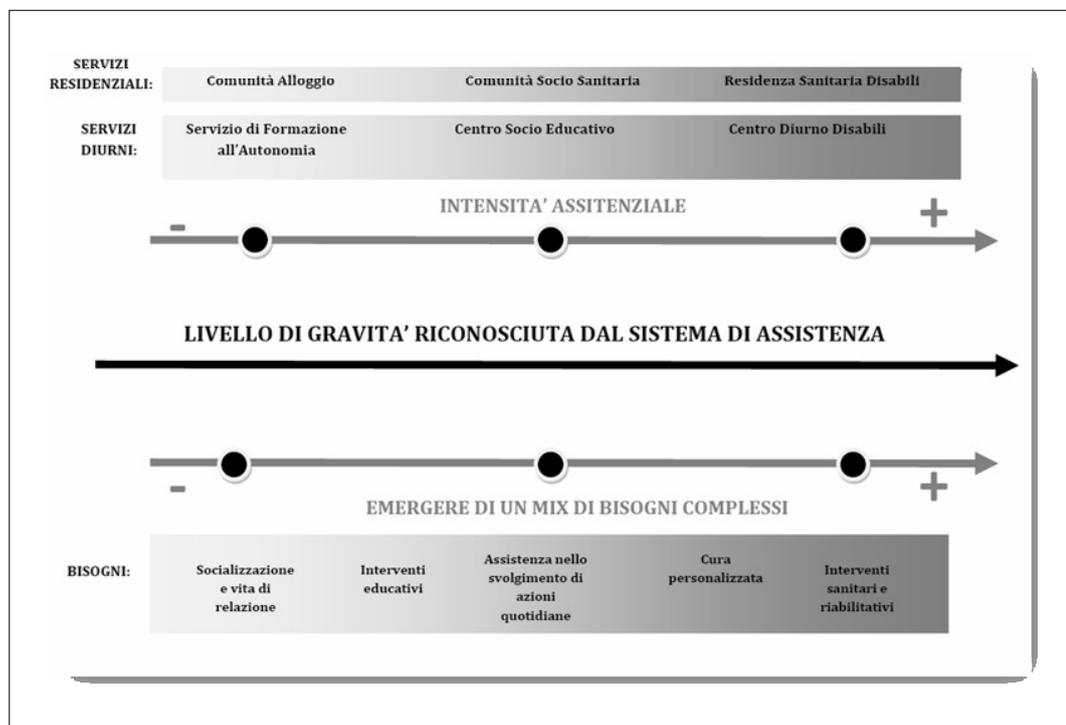


Figura 1
Bisogni, servizi e intensità assistenziale

rete socio-sanitaria delineata alcuni anni prima. I requisiti e le caratteristiche funzionali per l'autorizzazione alle attività sociali sono lasciati alla decisione dei Comuni, con ampi margini di variabilità nei contenuti dell'assistenza. I Servizi di formazione all'autonomia (Sfa) sono servizi a carattere territoriale che si rivolgono a persone che necessitano di sostegno nel raggiungimento di abilità finalizzate all'autonomia in ambito familiare e lavorativo. L'intervento in Sfa può avere una durata massima di tre anni e si articola in percorsi socio-educativi e socio-formativi individualizzati articolati in progetti definiti e condivisi con la persona disabile e la sua famiglia. I Centri socio-educativi per disabili (Cse) sono servizi diurni che accolgono persone con diversi gradi di disabilità. L'assistenza si articola in interventi educativi e sociali finalizzati alla socializzazione, al mantenimento del livello culturale, all'autonomia funzionale e, se possibile, all'inserimento lavorativo. Le Comunità alloggio per disabili (Ca) sono unità di offerta di tipo residenziale che accolgono utenti fragili privi di sostegno familiare o per i quali è auspicata la realizzazione di una vita autonoma. In comunità, le persone disabili sviluppano la propria autonomia e socialità attraverso interventi di tipo educativo. Durante il giorno gli ospiti della Comunità possono frequentare i centri diurni sociali, determinando così delle situazioni di doppio inserimento.

I servizi socio-sanitari⁷ (definiti ex articolo 5, L. reg. 3, del 12 marzo 2008) erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria con lo scopo di sostenere la persona, favorire la sua permanenza presso il domicilio e assisterla, se distante dal contesto familiare. I Centri diurni per disabili (Cdd) sono centri diurni che accolgono persone disabili con diversi livelli di gravità, per ognuno dei quali è previsto un diverso rapporto assistenziale. Il servizio è rivolto prevalentemente a disabili gravi o gravissimi, che necessitano di interventi integrati di tipo educativo, sociale, riabilitativo e sanitario. Il livello di gravità è definito secondo il sistema regionale delle classi Sidi,⁸ valido per tutti i servizi socio-sanitari. Le Comunità socio-sanitarie per disabili (Css) sono comunità di accoglienza residenziale continuativa per persone prive di sostegno familiare. Prevedono attività di

supporto al raggiungimento e mantenimento dell'autonomia e possono essere organizzate secondo diversi modelli gestionali e con differenti soluzioni abitative. Le Residenze sanitarie assistenziali per disabili (Rsd) accolgono disabili adulti che necessitano sia di assistenza sanitaria e riabilitativa continua, che di interventi educativi e sociali tali da richiedere la permanenza in residenza.

4. La governance del settore

In questo paragrafo si descrivono in modo più dettagliato le caratteristiche del settore, delineandone la *governance* attraverso gli assetti istituzionali (§ 4.1), le fonti di finanziamento (§ 4.2), la geografia dei produttori (§ 4.3) e i meccanismi di remunerazione del sistema (§ 4.4). Quello che emerge con forza da ognuno di questi elementi è una sostanziale separazione tra mondo socio-sanitario e sociale, che determina nei fatti l'esistenza di due settori distinti di assistenza, ognuno dei quali governato da proprie regole e da un proprio sistema di *governance*.

4.1. Assetti istituzionali

I principali attori istituzionali coinvolti nella *governance* della rete sociale e socio-sanitaria per i disabili in Lombardia sono: la Regione attraverso l'Assessorato e la Direzione generale della Famiglia, integrazione e solidarietà sociale; le Asl attraverso il loro dipartimento Assi (attività socio-sanitarie integrate); i Comuni, singoli e associati, e gli Ambiti territoriali (ovvero gli ambiti demografici dei Piani di zona intercomunali, che coincidono geograficamente con i distretti socio-sanitari delle Asl).

La Regione Lombardia riveste il ruolo di governo della rete assistenziale: esercita le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo definendo le linee-guida, i criteri di riparto delle fonti di finanziamento erogate e il livello degli investimenti. Rappresenta, quindi, il regista del sistema con un ruolo gerarchico sovraordinato, soprattutto per la parte socio-sanitaria, ma con un potere rilevante di regolazione anche per la parte sociale.

La Asl esercita due diversi ruoli sul territorio: governa la rete socio-sanitaria attraverso l'esercizio delle funzioni di Programmazione, acquisto e controllo (Pac) e attua la pro-

grammazione dei volumi di produzione con l'emanazione del Piano delle attività territoriali e con la regolazione della rete di offerta attraverso le autorizzazioni al funzionamento dei servizi socio-sanitari (Cdd, Rsd e Css), sulla cui base vengono stipulati i contratti di acquisto delle prestazioni con il sistema dei *budget* (l'accreditamento è invece gestito dalla Regione); per la rete sociale è anello di congiunzione tra il livello regionale e quello locale attraverso la funzione di assegnazione e riparto dei fondi di finanziamento sociali stanziati dalla Regione.

I *Comuni* sono inclusi nella rete socio-sanitaria, in quanto finanziatori della componente sociale dei servizi erogati nei centri socio-sanitari. Provvedono poi, negli *Ambiti*, alla programmazione degli stessi, senza un effettivo coordinamento con la corrispondente parte sanitaria: si relazionano con la Asl solamente in quanto produttori (nel caso di gestioni dirette) o come finanziatori delle famiglie, senza momenti istituzionali di condivisione. I *Comuni* sono, invece, i principali attori della rete sociale, per la quale svolgono le funzioni di programmazione, acquisto e controllo, gestiscono la concessione delle autorizzazioni e degli accreditamenti e stipulano i contratti di fornitura. La programmazione sociale viene svolta dai *Comuni* all'interno dell'*Ambito* territoriale attraverso l'elaborazione del Piano di zona triennale.⁹ La stesura del Piano di zona si caratterizza, nella maggior parte dei casi, come un momento di forte partecipazione del mondo del terzo settore che, sul tema della disabilità, è tradizionalmente molto forte e attivo. Gli *Ambiti* territoriali, oltre alle funzioni già elencate, sono anche i titolari del *budget* sociale conferito dalla Regione attraverso le Asl e provvedono alla ripartizione dei fondi assegnati ai *Comuni* e agli enti gestori. *Comuni* e *Ambiti* subiscono dal livello regionale l'imposizione di numerosi vincoli sull'utilizzo delle risorse (per esempio, sul Fondo sociale e Fondo nazionale politiche sociali) e sono sottoposti a controlli da parte della Asl stessa, godendo quindi di scarsa autonomia e collocandosi in una posizione di fatto subalterna.

4.2. Fonti di finanziamento

Le fonti di finanziamento del welfare lombardo per i disabili adulti sono: a) il Fondo

sociale regionale; b) il Fondo socio-sanitario regionale; c) i Fondi diversi di derivazione nazionale (oggi principalmente Fondo nazionale politiche sociali); d) le risorse proprie dei *Comuni*; e) le risorse delle famiglie degli utenti dei servizi. Le risorse destinate alle persone disabili costituiscono il 16% circa del totale del Fondo sociale regionale, il 12% circa delle risorse del Fondo socio-sanitario regionale e lo 0,04% circa dei fondi vincolati di provenienza nazionale. Tra le fonti devono essere incluse anche le risorse stanziare nel Fondo regionale per gli investimenti con il quale la Regione realizza interventi e investimenti durevoli a favore delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie. Nel periodo 2005-2009 le risorse stanziare per investimenti rivolti a interventi per disabili hanno subito una flessione del - 21,74% e sono stati di importi trascurabili (67.990 euro nel 2009 e 55.854 euro nel 2008) per lo 0,4% del totale delle risorse stanziare per investimenti di welfare (Regione Lombardia, 2009).

La rete socio-sanitaria viene finanziata secondo due linee ben distinte: una a finanziamento della componente strettamente sanitaria dei servizi erogati; l'altra a finanziamento della parte strettamente sociale. La componente sanitaria (nel caso dei disabili adulti le prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative ecc. erogate presso Cdd, Rsd e Css) viene finanziata interamente tramite Fondo socio-sanitario, stanziato nel bilancio regionale dal Fondo sanitario regionale (a sua volta alimentato dal Fondo sanitario nazionale). Queste risorse vengono trasferite dalla Regione alle Asl con assegnazione distinta e vincolata e gestite da quest'ultima con contabilità separata nel proprio bilancio Assi. L'assegnazione non avviene sulla base di un esplicito criterio di riparto ma si basa su negoziazioni tra la Regione e la Asl a partire dalla spesa storica sostenuta. La componente sociale delle prestazioni è invece a carico dei *Comuni*, che utilizza le fonti afferenti alla rete sociale che verranno descritte in seguito, e, quando previsto dai regolamenti comunali, degli utenti.

La rete sociale viene finanziata attraverso una molteplicità di canali, ognuno con rilevanza e provenienza diversa. Le fonti di finanziamento nazionali corrispondono principalmente al Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), oggi di importo esiguo, asse-

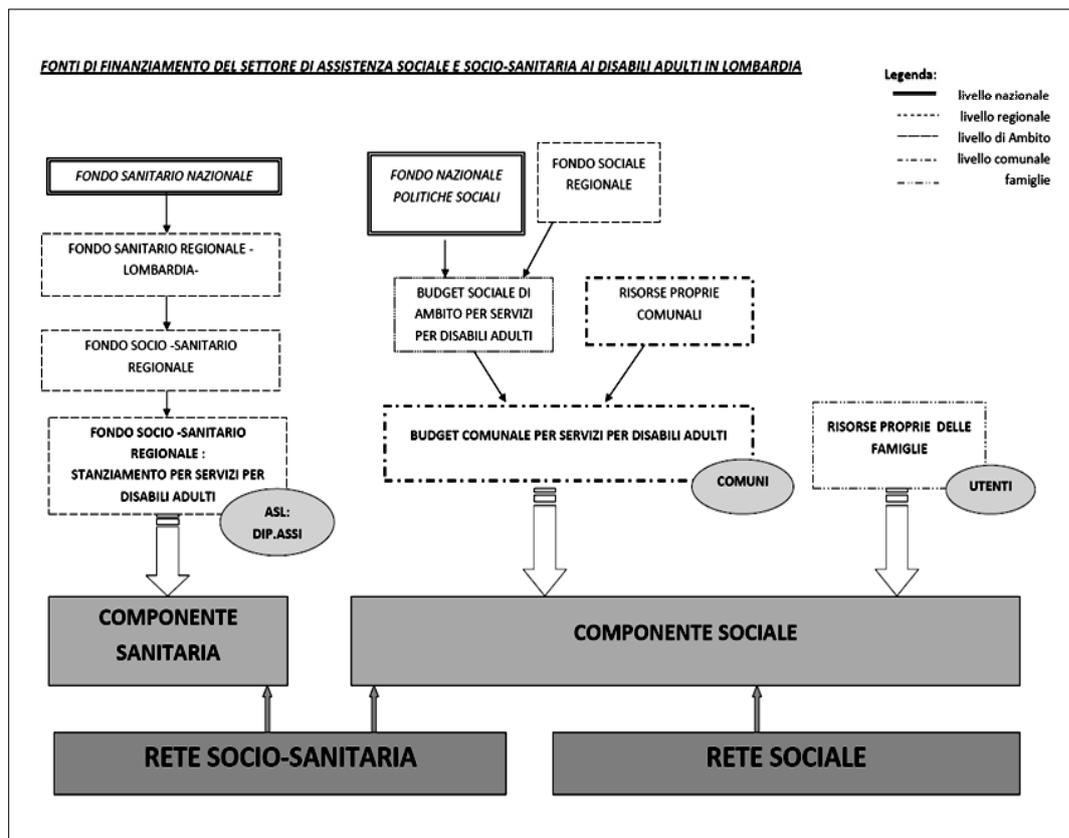
gnato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali alle Regioni, che provvedono a loro volta al riparto sui territori. La Regione Lombardia le gestisce in parte centralmente e in parte trasferendole localmente: in questo caso le risorse vengono assegnate prima alle Asl, che le ripartiscono tra gli Ambiti distrettuali di competenza. Ogni Ambito ha quindi la facoltà di definire l'allocazione tra i Comuni delle risorse che vengono utilizzate in parte per l'attuazione dei Piani di zona e in parte per il sostegno a servizi di nuova attivazione. Il dipartimento Assi della Asl ha funzione di vigilanza rispetto all'assegnazione e all'utilizzo del fondo. Le risorse proprie regionali sono quelle stanziare nel Fondo sociale regionale: questo costituisce il trasferimento dalla Regione agli Ambiti, ed è destinato al sostegno dei servizi già funzionanti sul territorio e alla riduzione delle rette per gli utenti. Il Fondo viene trasferito inizialmente alle Asl, applicando per il 50% il criterio della spesa storica per la gestione dei servizi e per il 50% il criterio capitaro; queste lo trasferiscono a loro volta agli Ambiti

dove l'Assemblea distrettuale dei Sindaci provvede al riparto sul territorio e tra le aree di intervento. L'Ambito può anche erogare direttamente contributi agli enti gestori delle unità di offerta della rete a finanziamento parziale delle loro attività: questi, che non transitano quindi nei bilanci comunali, costituiscono una quota estremamente esigua del Fondo sociale, che può essere stimata pari a circa il 2% della spesa per l'intera rete sociale e socio-sanitaria. La Asl è chiamata infine a verificare la coerenza rispetto alle indicazioni regionali dei piani di riparto approvati dalle Assemblee distrettuali. A queste fonti devono aggiungersi le risorse proprie comunali, stanziare dai Comuni singoli e associati a copertura delle spese correnti, e le risorse delle famiglie, quando prevista compartecipazione al costo del servizio (figura 2).

4.3. Geografia dei produttori

Il sistema di produzione si fonda su un sistema articolato di procedure di accreditamento istituzionale differenziato per le

Figura 2
Schema delle fonti di finanziamento del settore



strutture socio-sanitarie e sociali. Le unità di offerta socio-sanitarie dipendono per il loro accreditamento dalla Giunta regionale. Le unità di offerta sociali per ottenere l'accreditamento devono possedere sia requisiti minimi, definiti a livello regionale, che requisiti effettivi definiti a livello comunale. Mentre si scrive è in atto un processo di riforma delle modalità e dei criteri di accreditamento per la rete socio-sanitaria.¹⁰

Possono essere individuate nove tipologie di enti gestori o produttori sulla base della loro natura e della forma giuridica adottata. Tre di questi sono soggetti pubblici che svolgono la funzione di produzione contestualmente a quella di committenza, programmazione e finanziamento, e sono:

a) le Asl, che in alcuni casi gestiscono direttamente strutture di tipo socio-sanitario avvalendosi spesso di affidamenti parziali di servizi o prestazioni (generalmente per quelle a carattere socio-educativo);

b) le Aziende di servizi alla persona (Asp) e le Aziende consortili per la gestione associata dei servizi;

c) i Comuni e le Comunità montane, in forma singola o associata, che scelgono la gestione diretta di strutture sociali ma anche socio-sanitarie. Sono frequenti affidamenti anche parziali di servizi a soggetti terzi, soprattutto per la componente sanitaria, di riabilitazione e fisioterapia.

Gli altri possibili enti gestori, di natura privata sono:

d) associazioni Onlus sorte spontaneamente tra familiari di persone disabili o tra persone sensibili e vicine alle problematiche della disabilità;

e) cooperative sociali di tipo A (e, in misura minore, cooperative sociali di tipo misto);

f) istituzioni religiose di diverso tipo come, per esempio, ordini e opere religiose, congregazioni;

g) fondazioni Onlus;

h) società di diritto privato quali società per azioni, società a responsabilità limitata e società in accomandita per azioni.

Raggruppando le diverse tipologie di produttori e verificando la titolarità degli enti gestori così come indicato nei documenti regionali analizzati,¹¹ si rileva che nell'82% dei casi questi sono soggetti appartenenti al mondo del terzo settore, nel 16% dei casi sono enti di diritto pubblico e solo nel restante 2% dei casi sono soggetti privati *for profit*. La composizione relativa tra queste tre categorie di produttori varia a seconda dei territori soprattutto con riferimento alla rilevanza dei soggetti pubblici, Comuni e altri. Prevale in ogni caso la presenza di attori del terzo settore sia nel socio-sanitario che nel sociale. Solamente per Cdd e per Sfa si riscontra una maggior rilevanza delle gestioni dirette di Comuni e altri soggetti pubblici (in questo caso Comunità montane, Consorzi di servizi alla persona, Aziende di servizi alla persona e Asl, per i soli Cdd). I produttori privati sono, invece, relativamente più presenti nel caso delle strutture residenziali e delle Residenze sanitarie per disabili in particolare.

Tra i produttori appartenenti al terzo settore prevale per ogni servizio la presenza di cooperative di tipo A, che gestiscono in assoluto la maggior parte delle strutture (il 47% circa del totale). Gli istituti religiosi, che rappresentano una quota minima, operano per lo più nell'ambito della residenzialità, così come anche le fondazioni. Queste ultime detengono la quota più rilevante tra le Residenze sanitarie per disabili. Le associazioni sono relativamente più presenti nella gestione di Comunità alloggio e Comunità socio-sanitarie (tabella 1).

Natura produttori/ambito assistenziale	Totale	Sociale	Socio-sanitario
Servizi gestiti da enti <i>non profit</i>	82%	41,0%	41,0%
Servizi gestiti da soggetti pubblici	16%	4,0%	12,0%
Servizi gestiti da enti <i>profit</i>	2%	0,5%	1,5%
Totale	100%	45,5%	64,5%

Tabella 1
La geografia dei produttori:
la distribuzione degli enti
gestori dei servizi
per natura giuridica

4.4. I meccanismi di remunerazione del sistema

Gli enti gestori vengono remunerati sulla base delle giornate assistenziali effettive erogate agli utenti inseriti nelle strutture. Due diversi meccanismi sono previsti per le prestazioni prettamente sanitarie o sociali: questo fa sì che i produttori di servizi socio-sanitari, a fronte di un costo di produzione unico (e talvolta difficilmente suddivisibile nelle due componenti) di una giornata di assistenza, ricevano due remunerazioni separate.

Le prestazioni socio-sanitarie per la componente sanitaria sono a totale carico della Asl e sono remunerate sulla base della tariffazione Sidi, un sistema autonomamente definito dalla Regione Lombardia.¹² Le tariffe vengono riconosciute agli enti accreditati sulla base di un contratto di acquisto e di un *budget* annuale. Questo viene negoziato a inizio anno e calcolato sulle prestazioni erogate nell'anno precedente, come da consuntivo. Nel tempo si è consolidata una situazione per cui i *budget* riconosciuti agli enti gestori sono spesso inferiori rispetto al valore della produzione effettiva: questo dipende, da un lato, dal criterio dello storico che non permette di affrontare eventuali variazioni e, dall'altro, dal potere negoziale della Asl, che impone di fatto uno sconto forzato sulle tariffe regionali. Altra criticità del sistema Sidi riguarda l'assegnazione delle classi: è stato più volte osservato come le Asl mettano in atto delle vere e proprie politiche nella definizione dell'appartenenza alle differenti classi di gravità degli utenti. Alcuni utenti vengono declassati a classi inferiori semplicemente all'aumentare dell'anzianità in struttura, senza un effettivo legame con un reale miglioramento delle loro condizioni, con progressiva diminuzione del valore delle tariffe corrisposte. In entrambi i casi, la quota di costo, comunque sostenuto dall'ente gestore per la produzione effettiva delle giornate di assistenza, rimane in capo a quest'ultimo, erodendo il suo equilibrio economico, oppure viene traslato sul Comune, attraverso la remunerazione delle prestazioni sociali.

Le prestazioni puramente sociali, così come la componente sociale delle prestazioni socio-sanitarie, vengono remunerate secondo il sistema delle rette di frequenza. Il valore economico delle rette non viene fis-

sato a livello regionale, ma stabilito da ogni Comune nel momento dell'attivazione delle diverse forme di gestione (appalto, concessione, convenzione, rette). La retta sociale corrisposta al produttore deve essere unica, calcolata sulla base del *mix* complessivo degli utenti e al netto di quanto già corrisposto dalla Asl per la parte sanitaria. Ogni Comune può stabilire se prevedere forme di compartecipazione dell'utenza. La retta può essere annuale, mensile o giornaliera e, solitamente, è onnicomprensiva di tutti i servizi inclusi nell'assistenza oltre che dei costi alberghieri. Sempre più spesso i Comuni escludono dalla retta il costo del pasto giornaliero o del trasporto e lo imputano a carico delle famiglie. Non esistendo linee-guida o indicazioni uniformi a livello regionale, si realizza sul territorio una ampia variabilità delle tariffe corrisposte dai Comuni ai gestori oltre che una profonda disomogeneità del livello di compartecipazione richiesto agli utenti.

5. Livelli di spesa e canali di finanziamento

Rispetto ai canali di finanziamento articolati per le diverse fonti, è possibile proporre una stima¹³ della loro distribuzione per l'anno 2010. A fronte di una spesa complessiva di 327.576.349 euro, la principale fonte di finanziamento della rete di offerta è stata il Fondo socio-sanitario che costituisce il 60% circa del totale, seguito dalle risorse proprie dei Comuni che rappresentano il 35% circa delle risorse. Le altre fonti di finanziamento si suddividono sulla restante quota di spesa in modo frammentato: 4% delle risorse provengono dalla compartecipazione dell'utenza (a cui devono essere aggiunte le risorse proprie delle famiglie non tracciate in questo flusso di dati), 1% delle risorse proviene dai contributi erogati tramite Fondo sociale regionale ai Comuni e agli enti gestori, 0,06% dal fondo nazionale per le politiche sociali e lo 0,2% da altre fonti di finanziamento, così come descritte precedentemente (**figura 3**).

La spesa per servizi erogati, ovvero gli impieghi delle fonti di finanziamento appena descritte, si articola in tre principali componenti che ricalcano le rispettive fonti: componente di spesa sanitaria per servizi di tipo sanitario previsti in Cdd, Rsd e Css; componente di spesa sociale a copertura dei servizi

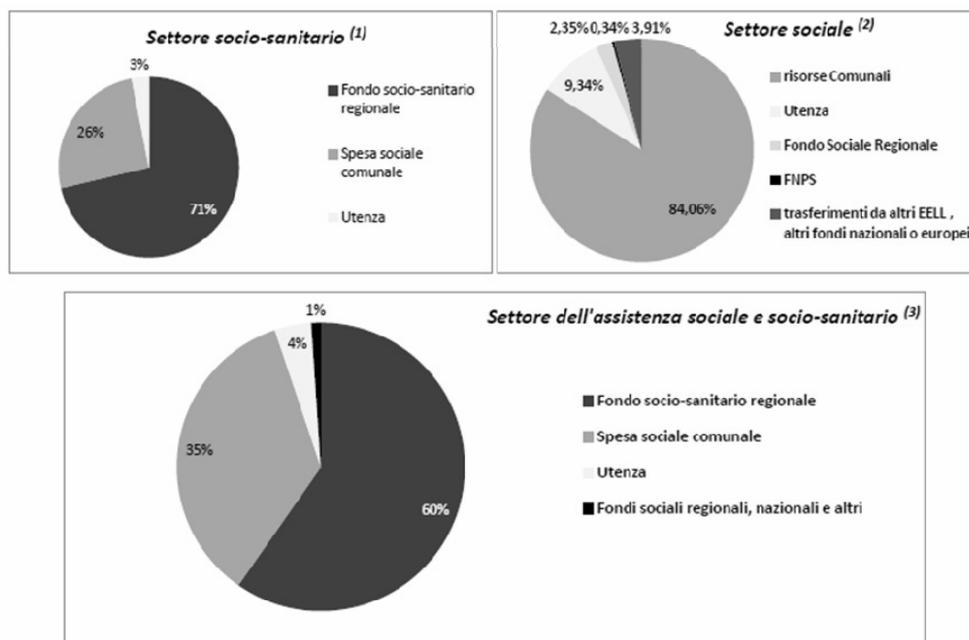
educativi, formativi, di socialità erogati in tutti i servizi, siano socio-sanitari o sociali; componente di spesa a carico degli utenti. La spesa stimata sostenuta nel 2010 in Regione Lombardia per la rete di servizi ai disabili adulti è di 327.576.349 euro così articolata: 195.591.740 euro per servizi socio-sanitari, nella loro componente sanitaria; 118.572.565 euro per la componente sociale di tutti i servizi erogati e 13.412.044 euro di spesa a carico degli utenti, tramite compartecipazione ai servizi. Del totale, 109.685.497 euro sono stati spesi per Cdd (di cui 57% di parte sanitaria, 40% sociale, 3% tramite compartecipazione dell'utenza); 146.721.406 euro per servizi in Rsd (di cui 85% di parte sanitaria, 12% sociale, 3% di compartecipazione dell'utenza); 17.998.060 euro per Css (di cui 42% di parte sanitario, 49% sociale, 9% di compartecipazione dell'utenza). Proseguen-

do con i servizi afferenti alla rete sociale, 13.134.338 euro sono stati spesi per inserimenti in Sfa (di cui 5% a compartecipazione dell'utenza); 23.054.990 euro per Cse (di cui il 6% a compartecipazione dell'utenza) e 16.982.058 euro per Ca (di cui il 17% a compartecipazione dell'utenza) (tabelle 2 e 3).

Il livello di spesa annua complessiva per utente assistito è, quindi, di 18.144 e di 3.676 euro, se rapportato alla stima delle persone disabili residenti in Lombardia. La spesa annua per abitante è invece di 33 euro.¹⁴

Dai dati fin qui presentati emerge un importante divario tra spesa per servizi socio-sanitari e spesa per servizi sociali, con una forte prevalenza dei primi. Questo è determinato, oltre che dalle politiche e dalle tendenze ormai radicate nei territori rispetto ai piani assistenziali proposti e alla configurazione delle caratteristiche dei servizi, anche dalle

Figura 3
Distribuzione delle principali fonti di finanziamento a copertura della spesa (2010)



- (1) Rispetto alle fonti di finanziamento per il settore socio-sanitario non è stato possibile rilevare la ripartizione delle diverse fonti di finanziamento della componente sociale, che è quindi stata indicata come spesa sociale comunale in quanto gestita in prevalenza dai Comuni singoli o associati e comunque finanziata prevalentemente con risorse proprie comunali.
- (2) Rispetto alle fonti di finanziamento per il settore sociale sono state incluse nella categoria "trasferimenti da altri EELL, altri fondi nazionali o europei" tutte le fonti non riconducibili a quelle citate. Con trasferimenti da altri EELL si intendono i trasferimenti intracomunali per il pagamento di rette per propri cittadini inseriti in strutture al di fuori del territorio comunale.
- (3) Il Settore dell'assistenza sociale e socio sanitario è dato dalla somma del Settore socio-sanitario e sociale presi singolarmente. Per facilitare la comprensione del grafico alla voce "Fondi sociali regionali, nazionali e altri" sono state incluse tutte le fonti di finanziamento non specificate tra le quali quella più rilevante rimane il Fondo Sociale regionale.

Tabella 2

Stima della spesa per l'assistenza alle persone disabili e adulte, Lombardia (2010)

2010	Totale	Socio-sanitario			Sociale		
Servizi		Cdd	Rsd	Css	Sfa	Cse	Ca
Componente di spesa sanitaria (euro)	195.591.740	62.531.316	125.424.012	7.636.412	-	-	-
Componente di spesa sociale (euro)	118.572.565	44.207.779	17.411.319	8.749.905	12.445.440	21.586.299	14.171.823
Compartecipazione utenza (euro)	13.412.044	2.946.402	3.886.075	1.611.743	688.898	1.468.691	2.810.235
Totale (euro)	327.576.349	109.685.497	146.721.406	17.998.060	13.134.338	23.054.990	16.982.058

Tabella 3

Caratteristiche della spesa per l'assistenza alle persone disabili e adulte, Lombardia (2010)

2010	Totale	Socio-sanitario			Sociale		
Servizi		Cdd	Rsd	Css	Sfa	Cse	Ca
Componente di spesa sanitaria	60%	57%	85%	42%	-	-	-
Componente di spesa sociale	36%	40%	12%	49%	95%	94%	83%
Compartecipazione utenza	4%	3%	3%	9%	5%	6%	17%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2010	Totale	Socio-sanitario			Sociale		
Unità di offerta		Cdd	Rsd	Css	Sfa	Cse	Ca
Componente di spesa sanitaria	100%	32%	64%	4%	0%	0%	0%
Componente di spesa sociale	100%	37%	15%	7%	10%	18%	12%
Compartecipazione utenza	100%	22%	29%	12%	5%	11%	21%
Totale	100%	33%	45%	5%	4%	7%	5%

caratteristiche dei meccanismi di finanziamento, che attribuiscono alla componente sanitaria un forte potere. La spesa, infatti, è sostenuta per l'84% del totale per servizi socio-sanitari (da soli i Cdd costituiscono il 33,5% del totale, coerentemente rispetto al numero di utenti serviti). A sua volta, la quota di spesa socio-sanitaria finanziata tramite fondi esclusivamente sanitari (gestita dalle Asl) costituisce il 60% del totale.

Scomponendo la spesa sostenuta nei diversi territori regionali, articolati secondo Asl, emergono importanti differenze: la variabilità della spesa è massima, sia rispetto

al livello di risorse spese per singolo utente, determinando una forte variabilità nell'intensità e nel contenuto del servizio erogato a fronte di una apparente omogeneità regionale nell'articolazione della rete dei servizi, sia rispetto al livello di compartecipazione richiesto agli utenti, determinando nei fatti una forte iniquità infraregionale.

La variabilità emerge anche rispetto all'articolazione tra componente sanitaria e sociale della spesa, mostrando l'esistenza di modelli di finanziamento alternativi sui diversi territori: per esempio, la componente sanitaria per Cdd varia dall'84% al 37%

del totale (con variazione speculare di quella sociale), mentre per le Rsd, la quota sanitaria varia tra il 96% e il 70% circa. Rappresentativo è il caso delle Ccs, la cui composizione della spesa presenta degli andamenti assolutamente variabili, con alcuni territori in cui la spesa è per il 20% sanitaria, 70% sociale e per il 10% a carico dell'utenza, e altri in cui, all'opposto, il 60% della spesa è sanitaria, il 27% è sociale e il 13% è a carico dell'utenza. Il livello di compartecipazione richiesto agli utenti è, in generale, più alto per le strutture sociali e per quelle residenziali e meno rilevante per quelle diurne. In alcuni casi, la compartecipazione dell'utenza raggiunge il 40% circa della spesa totale (per le Comunità alloggio, ma per esempio anche il 20% per i Cse) (figura 4).

Non solo la composizione, ma anche il livello di spesa per le stesse unità di offerta varia da territorio a territorio. Il livello di spesa totale procapite (calcolato sulla popolazione adulta residente nei singoli territori suddivisi per afferenza Asl) varia da un minimo di 22 euro a un massimo di 67 euro e si assesta su una media di 33 euro procapite. Similmente, la spesa sociale comunale annua per utente e la compartecipazione annua degli utenti variano in modo significativo (tabella 4).

6. I servizi

La rete delle unità di offerta si compone di 928 strutture,¹⁵ per un totale di 18.054 posti disponibili in tutta la Regione Lombardia. I servizi socio-sanitari coprono circa

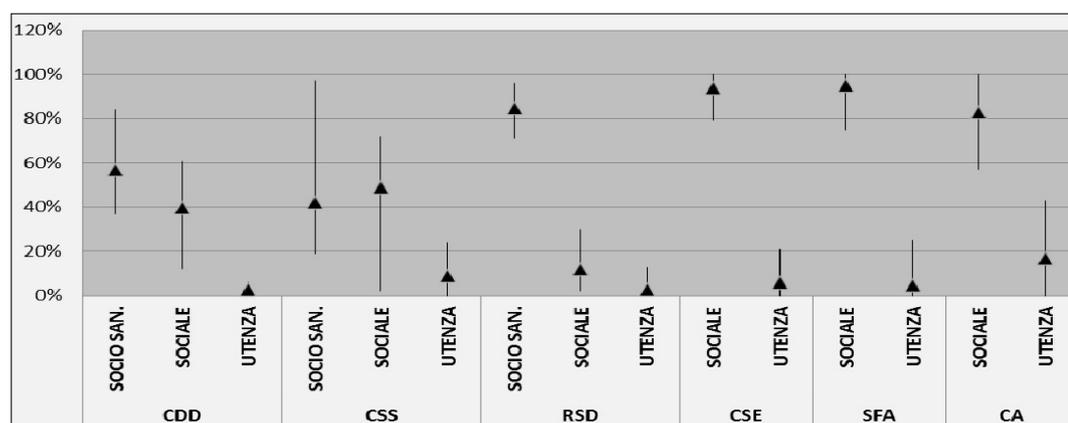


Figura 4
Mix della composizione della spesa per l'assistenza per unità di offerta (2010)

Tabella 4
Risorse annue comunali e dell'utenza per utente (2010)

RISORSE ANNUE PER UTENTE						
2010	CDD		RSD		CSS	
	Comune	Utenza	Comune	Utenza	Comune	Utenza
MEDIA REGIONALE (euro)	8.440,44	569,68	12.008,35	2.952,09	15.073,15	3.337,00
MIN (euro)	5.973,74	46,34	7.063,53	652,15	4.198,00	1.194,14
MAX (euro)	16.217,57	1.717,38	17.696,14	6.875,79	22.676,35	6.544,10

2010	CSE		SFA		CA	
	Comune	Utenza	Comune	Utenza	Comune	Utenza
MEDIA REGIONALE (euro)	6.023,34	482,97	5.111,98	380,76	13.985,38	3.374,48
MIN (euro)	1.034,29	48,27	1.907,00	25,39	4.848,23	240,00
MAX (euro)	11.781,20	1.286,65	10.154,83	1.024,99	22.787,43	6.797,65

il 55% del totale con 255 Cdd, 82 Rsd, 170 Css e 11.650 posti in totale. I servizi sociali offrono 6.404 posti¹⁶ distribuiti tra 154 Cse, 74 Sfa e 195 Ca. La rete si presenta, quindi, caratterizzata da una forte prevalenza di servizi socio-sanitari, tra i quali i soli Cdd offrono 6.390 posti, pari al 39% del totale circa, e delle strutture diurne in generale (11.158 posti totali). Esistono grandi differenze nelle dimensioni dei servizi: gli standard previsti per le strutture diurne sono piuttosto omogenei e prevedono una capienza massima di 30 utenti per Cdd, 30 per Cse e 35 per Sfa, mentre gli standard previsti per le strutture residenziali sono di 10 utenti per Css e per Ca, ma di 60 utenti per Rsd, che assumono così, una rilevanza notevole in termini di posti (3.770 posti per il 20% circa del totale).

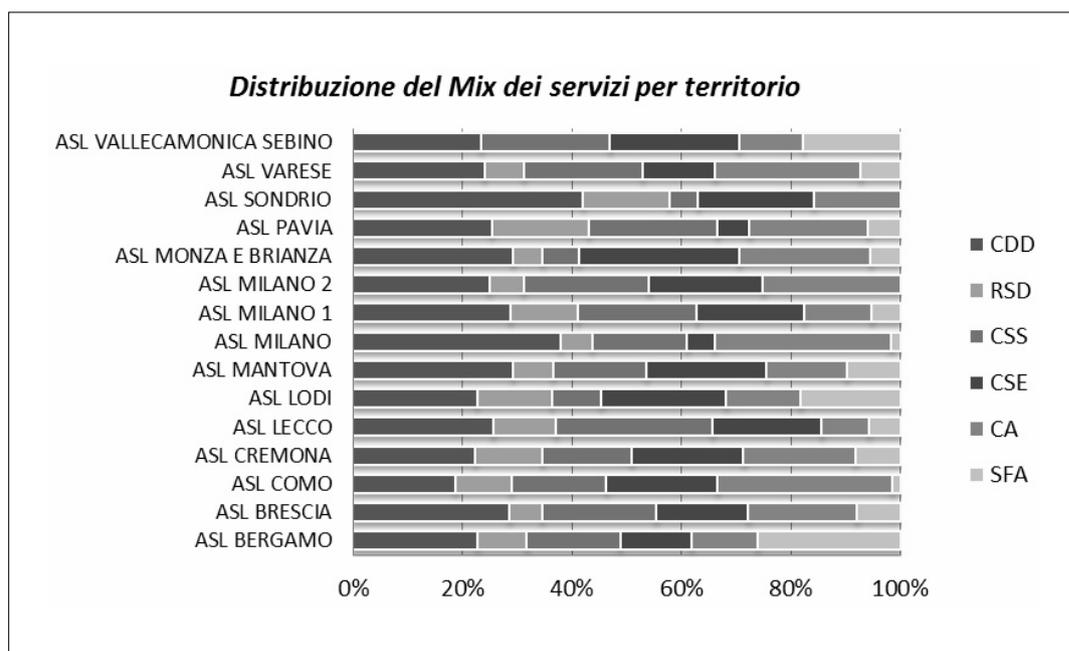
La stima del numero di persone disabili residenti in Lombardia nel 2011, come già riportato precedentemente, è di 90.362. In assenza di dati specifici, è possibile approssimare la domanda potenziale di assistenza (espressa e latente) al dato epidemiologico: dati i 18.054 posti disponibili nelle diverse strutture, il tasso di copertura del bisogno a livello regionale risulta, quindi, pari al 20% circa ed esprime una carenza strutturale di servizi.

La distribuzione delle diverse unità di offerta sui territori Asl mostra evidenti differenze nella presenza delle diverse tipologie. Guardando ai diversi territori, il *mix* dei servizi offerti appare molto disomogeneo. Le differenze più evidenti riguardano gli Sfa (numerossissimi nel territorio di Bergamo, Lodi e della Valcamonica e, al contrario, totalmente assenti nel territorio di Milano 2 e assolutamente marginali a Como e Milano) e le Rsd. In generale, le differenze sono tali da non poter individuare nessun *pattern* riconoscibile, in quanto ogni territorio sembra aver adottato un *mix* diverso dagli altri. Emerge ovunque l'importanza dei Cdd (**figura 5**).

La forte disomogeneità della rete dei servizi emerge con la stessa forza osservando la distribuzione dei posti per le diverse strutture. In quasi tutti i territori Asl, considerato il numero delle strutture ponderato per le loro dimensioni, si evidenzia la prevalenza di servizi socio-sanitari, con alcuni territori che manifestano valori prossimi all'80%, come quelli di Sondrio, di Pavia e di Milano. Altri presentano una situazione più equilibrata, con valori vicini al 50%, tra cui Monza e Brianza, Valcamonica e Bergamo. Prevalgono, poi, le strutture a valenza diurna, in linea con le indicazioni regionali, con eccezione dei territori di Pavia e Como che presentano

Figura 5

Distribuzione del *mix* dei servizi per territorio Asl (2011)



un alto numero di posti in Comunità Alloggio e Rsd (**figura 6**).

Ulteriori differenze tra i territori emergono rapportando il numero dei posti disponibili per le diverse unità di offerta alla popolazione adulta residente. Sulla base dell'assunzione forte che la distribuzione delle persone disabili segua la distribuzione della popolazione adulta totale¹⁷ e che, quindi, il bisogno di servizi dipenda da questa, emerge che la disponibilità di posti è distribuita in modo non coerente e senza un apparente disegno strategico. Questo è vero sia per il totale dei posti disponibili che per specifici servizi, con alcuni territori fortemente sovradimensionati e altri che presentano un'importante carenza strutturale. La tipologia di servizio per la quale emerge una variabilità maggiore è sicuramente lo Sfa, i cui posti hanno un'incidenza marginale rispetto alla popolazione a Milano, Monza e Brianza, Sondrio (dove sono totalmente assenti), Milano 2 e Como. Al contrario, la dotazione di posti è decisamente superiore a quella della popolazione nei territori della Valcamonica, Lodi, Brescia e Bergamo. La città di Milano e il territorio di Milano 1 presentano un esubero di posti in Cdd, Cremona e Milano 1 in Rsd. Il territo-

rio di Lecco ospita il doppio dei posti in Csd rispetto alla popolazione residente, Monza e Brianza il doppio dei posti in Cse e Como il doppio in Ca (**figura 7**).

Le 928 unità di offerta che compongono la rete sono gestite da 391 enti gestori. Questo suggerisce che i produttori dei servizi siano di dimensioni ridotte: in media, infatti, ogni ente gestore gestisce 2,4 strutture con alcune differenze tra le diverse tipologie: le Asl (titolari di Cdd e Rsd) gestiscono in media quattro strutture, con la Asl di Milano che ne gestisce da sola 10. La media è di poco più alta per le fondazioni e le associazioni, mentre è più bassa per Comuni, Comunità montane e aziende *for profit*, dove oscilla tra 1,5 e 1,8 strutture per ente gestore. Un valore medio così basso è determinato dal fatto che su 391 enti gestori ben 363 gestiscono al massimo cinque strutture e che tra questi 207 (il 53% circa) ne gestiscono solo una. Dei produttori 147 operano solo nel settore sociale, 139 solo nel socio-sanitario e i restanti 105 in entrambe le reti di offerta. Similmente 186 produttori su 391 (il 50% circa) operano solamente nell'ambito dei servizi diurni, e 128 solamente in quello dei servizi residenziali. Tra questi, poi, 99 (il 25% dei produtto-

Figura 6
Distribuzione del mix tra sociale e socio-sanitario e tra servizi diurni e residenziali

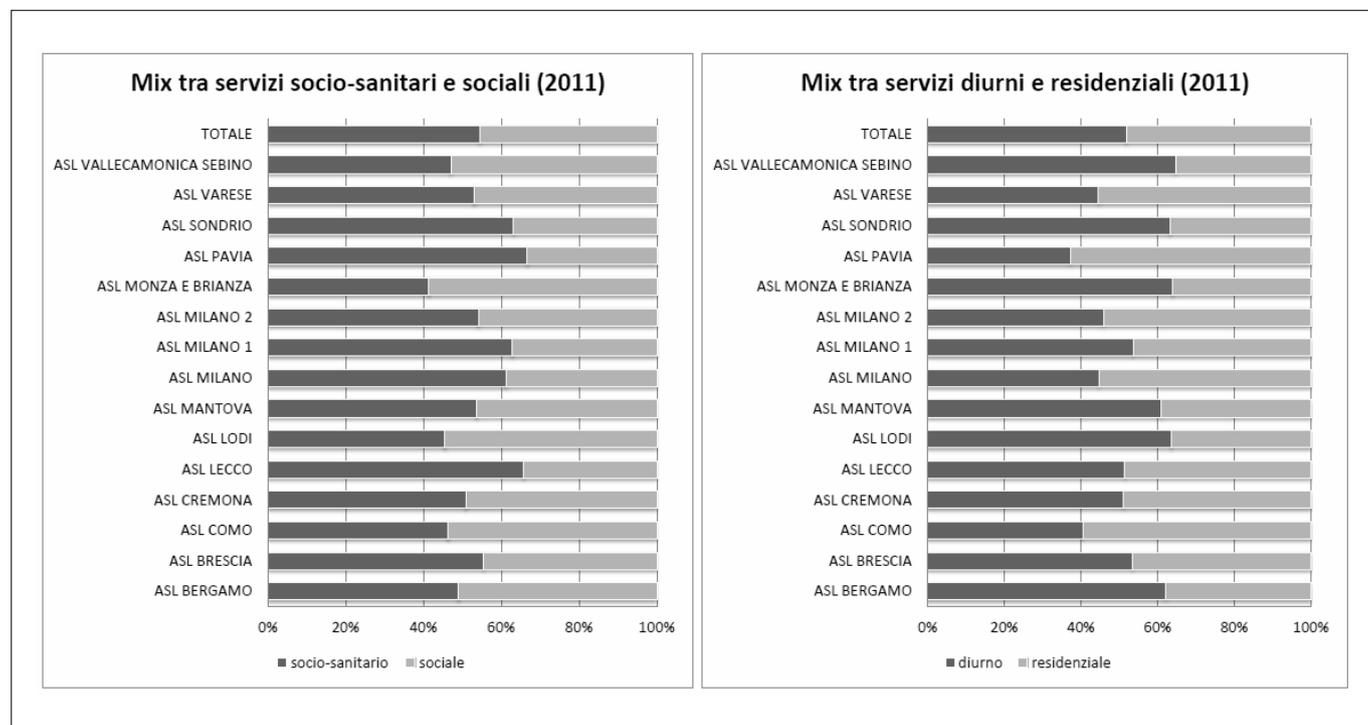
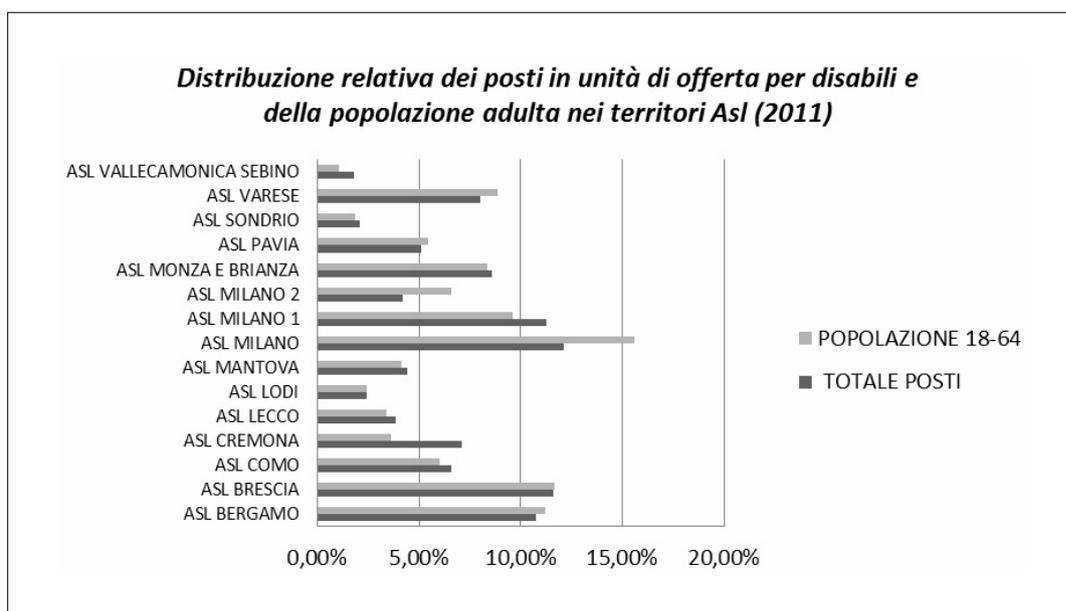


Figura 7

Distribuzione relativa dei posti disponibili nei servizi rapportata alla popolazione adulta per territorio Asl, 2011



ri) operano solo nel segmento sociale e diurno, 70 solamente nel settore socio-sanitario e diurno, 41 solamente nel segmento sociale e residenziale e 50 nel socio-sanitario residenziale. Questi dati suggeriscono che il livello di concentrazione del settore sia molto basso, mentre la specializzazione è molto alta.

7. Criticità del settore

Sebbene la risposta ai bisogni delle persone disabili nella Regione Lombardia sia articolata e abbia avuto una rapida evoluzione negli ultimi quindici anni, emergono diverse criticità nel sistema. Queste dipendono: dall'assetto istituzionale e dalle *policy* adottate, che determinano una netta separazione tra socio-sanitario e sociale, una estesa spesa privata delle famiglie e un'ampia disomogeneità territoriale; dalle caratteristiche dei servizi la cui offerta è rigida, frammentata, con una forte prevalenza del socio-sanitario; dalle caratteristiche dei produttori.

7.1. Assetti istituzionali e *policy*

All'interno della rete di welfare, i soggetti istituzionali svolgono separatamente la funzione di governo, programmazione, committenza-acquisto, regolazione, controllo, produzione e finanziamento (ruolo svolto da tutti gli attori). Si realizzano numerose sovrapposizioni di funzioni che dovrebbero essere

separate, secondo l'impostazione del modello regionale (programmazione, committenza e produzione), oltre che frammentazioni tra livelli che dovrebbero essere ricomposti (la programmazione e la regolazione, per esempio). Questo confonde i rapporti tra Asl, Ambito sociale intercomunale e Comune. La programmazione dei volumi degli interventi riproduce questa disintegrazione: manca un livello di condivisione e Asl, Ambiti e Comuni seguono *iter* separati. Non si attua una vera pianificazione della disponibilità di posti nei diversi servizi, a meno di eccezioni, ma si segue, piuttosto, una logica *spot* di acquisto di pacchetti di possibili inserimenti. Il criterio è quello dello storico, senza alcun punto di contatto tra componente sanitaria e sociale e senza supporto di dati ed evidenze: basti pensare che per la maggior parte dei territori non sono disponibili liste d'attesa aggiornate e dati sulla domanda potenziale. Sono, quindi, le persone disabili che devono adattarsi ai servizi messi a disposizione e non succede, come dovrebbe, il contrario.

Il modello di finanziamento adottato per il sistema ripropone la questione della frammentazione che caratterizza il welfare sociale e socio-sanitario italiano, non solo lombardo: a fronte di volumi di finanziamento che rappresentano una quota modesta del welfare regionale, sono attivati mec-

canismi istituzionali che frazionano l'assegnazione e impegnano gli attori del sistema in uno sforzo concertativo e ricompositivo tra le diverse fonti e tra gli impieghi. I Comuni, che finanziano il 35% del sistema con risorse proprie, sono interlocutori di ultima istanza e si collocano in posizione di subordinazione rispetto a Regione e Asl. Similmente, manca la consapevolezza esplicita del carico finanziario che rimane sulle famiglie, delle risorse proprie utilizzate per completare la risposta al bisogno e delle risorse Inps che confluiscono nel sistema. Attraverso la ricerca di prestazioni aggiuntive adeguate o la messa in atto di meccanismi di *informal care*, la famiglia si trova a ricomporre il sistema e si assume l'effettiva presa in carico della disabilità, con costi monetari e umani sostanziosi. Il sistema degli interventi, così come definito, fa sì che il welfare sia sufficientemente inclusivo per chi, nel tempo, ha ottenuto l'inserimento in un centro diurno o residenziale, ma praticamente assente per chi è escluso dalla rete sociale e socio-sanitaria istituzionalizzata (su 90.362 persone disabili stimate, 72.308 risultano essere fuori dal sistema).

La scomposizione della spesa media tra componente socio-sanitaria, sociale e di compartecipazione dell'utenza evidenzia una forte disomogeneità nei *pattern* di spesa, dovuta alla diversità delle scelte e delle strategie dei territori, ma anche al diverso contenuto delle prestazioni (per esempio, per le Cds la componente socio-sanitaria della spesa varia tra il 40% e l'80% circa, la componente sociale di riflesso tra il 10% e il 60% e la quota a carico dell'utenza si colloca tra lo 0% e il 3%). Il livello di spesa totale procapite, varia, a sua volta, ampiamente, determinando significativi problemi di equità territoriale (variando da un massimo di 67 euro circa a un minimo di 22). Si produce un'effettiva disomogeneità del welfare sul territorio (in termini di articolazione della rete, di disponibilità dei posti, di livello di compartecipazione e di meccanismi di accesso) che produce profonde iniquità e inibisce la libertà di scelta. Il rapporto tra welfare e famiglie è, quindi, sbilanciato sulle seconde, che assorbono le inefficienze e le distorsioni del sistema.

7.2. Le caratteristiche dei servizi

La definizione delle unità di offerta è rigida e lascia poco spazio a sperimentazioni e soluzioni personalizzate; al di fuori dei centri diurni e residenziali citati, non sono previste alternative strutturate e si lascia alle famiglie e alle diverse associazioni il compito di produrre risposte alternative. Se, da un lato, la rete delle unità di offerta viene presentata dal livello regionale come un *unicum* integrato, dall'altro, si sostanzia nei fatti come un insieme di micro reti che assumono configurazioni diverse a seconda del punto di osservazione: la rete sociale e quella socio-sanitaria, quella diurna e quella residenziale, fino alla parcellizzazione in rete provinciale, di Ambito o comunale.

L'articolazione della spesa sostenuta per servizi e prestazioni erogate segnala una forte preponderanza del socio-sanitario rispetto al sociale (84% della spesa totale sostenuta per servizi socio-sanitari). Lo spostamento verso il settore emerge anche dalla articolazione della rete, a partire dalla definizione normativa che destina ai servizi sociali i casi residuali, che non rientrano nelle fattispecie riconducibili al socio-sanitario. Su tutti i territori prevalgono i Centri diurni (corrispondenti al 33% della spesa totale e al 39% circa dei posti disponibili), che finiscono per diventare grandi contenitori in cui vengono inserite problematiche diverse e che si articolano in strutture dai contenuti eterogenei, esplicitati in una variabilità di costi elevata. Mancando una precisa definizione delle risposte assistenziali previste, inoltre, si realizza una sostanziale sovrapposizione tra servizi Cdd e Cse, cui corrisponde un differenziale di costo significativo. All'interno del contesto socio-sanitario si realizza, poi, la separazione della componente sanitaria e sociale, non tanto nel servizio alla persona disabile, quanto piuttosto nella programmazione, nella committenza e nelle modalità di remunerazione delle prestazioni: il fatto che questa sia suddivisa in due componenti, che seguono logiche e criteri diversi a fronte di una unica prestazione, alimenta questa interpretazione e impedisce agli enti gestori di adottare modelli gestionali integrati.

7.3. Le caratteristiche dei produttori

Il sistema di produzione si caratterizza per la presenza di un numero molto alto di piccolissimi produttori (il 53% circa dei produttori ha in gestione un solo servizio), che difficilmente hanno le dimensioni per gestire in modo efficiente i costi di produzione e la qualità del servizio, oltre che per l'esistenza di alcuni enti molto grandi, fondazioni o istituti religiosi, che orientano l'articolazione della rete e, quindi, della spesa, nei territori in cui sono presenti. I Comuni preferiscono l'acquisto di prestazioni tramite il pagamento di rette o la stipula di convenzioni con il singolo gestore (il 63% dei casi per i servizi della rete sociale, Sfa, Cse e Ca).

8. Prospettive di policy

Sulla base delle evidenze e dei dati riportati emerge come tramite alcune innovazioni di *policy* sarebbe possibile superare le criticità presentate.

Sarebbe necessario modificare il processo di programmazione al fine di:

a) unificare le fonti di finanziamento ricomponendo la componente socio-sanitaria e sociale e i diversi attori istituzionali;

b) introdurre momenti di programmazione e controllo condivisi tra Asl e Comuni, e di conseguenza anche con gli Ambiti socio-sanitari.

Si riuscirebbe, in questo modo, a pianificare gli interventi socio-sanitari e sociali in modo integrato su ogni territorio, superando la divisione strutturale che li contraddistingue e valutando gli interventi più adatti ai bisogni emergenti, con il supporto di dati e informazioni.

Le modalità di finanziamento dovrebbero essere riviste:

c) i criteri di assegnazione dei finanziamenti regionali sociali e socio-sanitari devono essere omogeneizzati;

d) i meccanismi di assegnazione dei finanziamenti a Comuni e Asl devono essere semplificati e devono essere sempre più orientati all'integrazione dei Comuni tra di loro e dei Comuni con le Asl, sul modello del *budget* unico per raggiungere un effettivo

pooling delle risorse in grado di aumentare l'efficacia della spesa;

e) i decisori pubblici devono prendere coscienza della rilevanza delle risorse delle famiglie che confluiscono nel sistema, sia come compartecipazione al costo dei servizi sia come sforzo economico complessivo per la risposta assistenziale, e valorizzarle.

Al fine di migliorare il servizio per le famiglie:

f) dovrebbero essere riviste le caratteristiche dei servizi rispetto alle possibili tipologie di utenza, ognuna delle quali necessita di un percorso assistenziale personalizzato;

g) la libertà di scelta, che non si è realizzata nemmeno sul fronte della scelta dell'ente gestore data la carenza strutturale di posti, dovrebbe essere sostenuta e estesa anche alla tipologia di servizi;

h) dovrebbero essere introdotte e diffuse su tutto il territorio regionale figure di coordinamento, sul modello del *case manager*, in grado di garantire una effettiva presa in carico del bisogno.

In questo modo la rete socio-sanitaria e quella sociale potrebbero emergere per le potenzialità e per le differenti risposte assistenziali che le contraddistinguono; contemporaneamente le famiglie uscirebbero dalla condizione di autoreferenzialità.

I meccanismi di produzione attuali vedono un panorama di diversi attori, pubblici e privati, molto frammentati e di piccole dimensioni, con una distribuzione varia sul territorio:

i) gli enti pubblici, Comuni e Asl, dovrebbero ridurre le gestioni dirette ad oggi attive, le cui dimensioni sono spesso insufficienti per garantire una buona gestione. In alternativa, queste possono essere conferite ad aziende intercomunali, con il vantaggio di ottenere un buon livello di integrazione territoriale;

j) gli enti produttori devono essere incentivati ad aumentare le loro dimensioni a sostegno della specializzazione che già hanno raggiunto oltre che a ricomporre la rete assistenziale, integrando la loro presenza sia in ambito sociale che socio-sanitario, per esempio, modificando i criteri di accreditamento

dei servizi o introducendo meccanismi di remunerazione diversi che tengano conto della presa in carico dell'utente. Il *mix* di assistenza potrà così essere valutato in modo più flessibile sul singolo caso sulla base di un unico progetto individuale;

k) i sistemi di remunerazione dei produttori dovrebbero essere uniformati per i diversi servizi sulla base di un unico meccanismo e disciplinati in modo preciso per diverse tipologie di prestazioni, in modo da evitare posizionamenti opportunistici.

Al fine di incrementare l'equità dei criteri di accesso ai servizi e dei livelli di compartecipazione dell'utenza:

l) regolamenti condivisi e criteri uniformi di accesso e di compartecipazione al costo dovrebbero essere definiti su tutto il territorio regionale, per garantire chiarezza e parità di trattamento;

m) l'articolazione della rete sul territorio dovrebbe essere rimodulata sui bisogni a compensazione di evidenti divari attuali conseguenza di staticità e stratificazioni nel tempo.

Infine, sarebbe necessario che gli attori istituzionali ai vari livelli assumessero consapevolezza del *gap* esistente tra il bisogno e l'attuale risposta fornita a livello regionale in termini di spesa e di servizi offerti, situazione che oggi determina l'esclusione di un'ampia parte dei potenziali utenti dal welfare, inserendo la questione nell'agenda di *policy*.

Si tratta ovviamente di prospettive di medio-lungo periodo che richiedono tempi di pianificazione e attuazione lunghi, ma che se non vengono intrapresi, mai arriveranno a regime.

Note

1. Per esempio Ascoli e Ranci (2003, p. 16) scrivono che: «i servizi sociali sono destinati ad assumere un ruolo centrale, tanto più le politiche sociali vanno spostandosi verso servizi a contenuto relazionale e sono finalizzate al reinserimento sociale» e anche che «i servizi sociali sono diventati ingredienti sempre più importanti nella configurazione del welfare state e sarà necessario riorientare la ricerca in questa direzione»; Seeleib-Kaiser (2007) parla di uno *shift* dal *work-welfare nexus* a una dimensione di *welfare care*. Si vedano anche Daly e Lewis (2000) e Daly (2002).
2. In Italia, per esempio, Gori (2010).
3. In questo articolo, con il termine *settore socio-sanitario* ci si riferisce a tutti i servizi e le prestazioni, come definiti dal DPCM del 14 Febbraio 2001 [quei servizi dati dall'insieme di prestazioni sanitarie e sociali «per cui nessuna delle due componenti (sanitaria e sociale) prevale sull'altra, erogabili in modalità ambulatoriale, domiciliare o residenziale, con il concorso di professionalità di entrambi i mondi (sanitario e sociale) e costruendo interventi organici attorno ai soggetti beneficiari, sulla base di valutazioni multidimensionali»] e per i quali la competenza è ripartita tra settore sanitario e sociale. Con il termine *settore sociale* ci si riferisce a tutti i servizi e le prestazioni che includono esclusivamente la componente sociale e per i quali non è prevista alcuna competenza sanitaria. Con il termine *settore socio-assistenziale* si intende la somma dei due precedenti.
4. «I servizi diurni e domiciliari consentono alla persona disabile di rimanere sul proprio territorio, a casa sua, evitando l'istituzionalizzazione. Insieme poi la famiglia trova un appoggio nelle operazioni di cura e uno sgravio per una parte della giornata. I servizi attraverso una serie di attività lavorano attorno ai livelli di autonomia, proponendo spazi occupazionali, momenti animativi e di tempo libero, occasioni di socializzazione sul territorio. [...] Quando poi la famiglia, per l'invecchiamento dei genitori o l'acuirsi delle difficoltà di gestione del congiunto disabile fatica a svolgere in maniera continuativa il proprio ruolo di accudimento, ecco subentrare la possibilità delle strutture residenziali.» (Medeghini, 2006, pp. 189, 190). Considerazioni simili sono emerse anche dal colloquio con esponenti di associazioni lombarde, con professionisti operanti nell'ambito dell'assistenza ai disabili adulti e dopo un confronto con alcune famiglie. Una visione differente, offerta da alcuni intervistati, propone che ad oggi, in Lombardia, la quasi totalità dei disabili frequenti centri appartenenti alla rete di offerta descritta perché, al di fuori di questa, non esistono altri luoghi adatti alla socializzazione e alla vita quotidiana delle persone disabili.
5. La cui popolazione complessiva nel 2010 era di 9.917.714, pari al 16% circa di quella nazionale.
6. Disciplinate in seguito nelle Dell. G.R. 7433/2008 e 20763/2005.
7. Le caratteristiche di ogni tipologia di servizio sono definite nelle seguenti delibere della Regione Lombardia: Dell. G.R. 14369/ 2003, 12620/2003, 18334/2004, 7483/2008, 8501/2009.
8. Le prestazioni socio-sanitarie previste sono remunerate sulla base del sistema lombardo delle classi Sidi o *voucher* socio-assistenziali. Il principio di questi due strumenti è lo stesso: la Asl effettua una valutazione di merito sull'entità dei bisogni assistenziali e di cura di ogni singola persona disabile, anno per anno, sulla base delle informazioni trasmesse dagli enti gestori della struttura in cui questa è inserita. Vengono così assegnate diverse classi di gravità Sidi (classe 1, per i casi più gravi, fino alla classe 5, per i meno gravi) cui viene abbinato un minutaggio assistenziale settimanale minimo con relativa tariffa per giornata assistenziale. Per le Css la valutazione

- Sidi non porta alla definizione di una tariffa ma di un *voucher* mensile.
9. Il Piano di zona è lo strumento di programmazione dei servizi e degli interventi sociali sul territorio introdotto con la Legge 328 del 2000. A valenza triennale, viene redatto per ogni Ambito sociale dai Comuni che lo compongono, sotto la guida dell'Ufficio di Piano di riferimento e con la partecipazione degli attori rilevanti per il welfare. Nel Piano è solitamente contenuta l'analisi dei bisogni sociali del territorio, la definizione degli obiettivi e delle priorità per il triennio con la relativa assegnazione e ripartizione delle risorse, l'individuazione delle unità di offerta, delle forme organizzative per l'erogazione dei servizi nonché delle modalità gestionali più appropriate per il governo del welfare sul territorio.
 10. Del. G.R. 3540, del 30 Maggio 2012 «Determinazioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo».
 11. La rete delle unità di offerta è stata ricostruita a partire dai dati disponibili sul sito della Direzione generale Famiglia e solidarietà sociale della Regione Lombardia con informazioni aggiornate a diverse date: novembre 2011 per Cdd, gennaio 2012 per Css e Rsd, marzo 2012 per le Unità di offerta sociali (Cse, Sfa, Ca).
 12. Ad oggi, le tariffe Sidi per i Cdd prevedono, per la classe 1, una tariffa giornaliera di 58 euro a fronte di 1.300 minuti settimanali di assistenza; per la classe 2, 54,5 euro al giorno per 1.100 minuti assistenziali; per la classe 3, 51 euro per 900 minuti; per la classe 4, 47,5 euro per 750 minuti e, per la classe 5, 45 euro per 600 minuti. Per le Rsd, invece, alla classe 1 corrispondono 2.500 minuti di assistenza settimanali e tariffa di 118 euro; per la classe 2, 2.000 minuti e 90,5 euro; per la classe 3, 71,5 euro e 1.600 minuti; per la classe 4, 1.200 minuti e 56 euro e, per la classe 5, 900 minuti e 45 euro. Per le Css, la valutazione Sidi non definisce una tariffa giornaliera, ma piuttosto un *voucher* mensile di 619 euro, per gli utenti in classe 1 e 2; di 464 euro, per gli utenti in classe 3 e 4, e di 362 euro, per gli utenti in classe 5 (Del. G.R. 399, del 05 Agosto 2010).
 13. I dati di spesa e riferiti alla ripartizione tra i differenti canali di finanziamento riportati in questo paragrafo sono stati stimati a partire da dati raccolti tramite due fonti: la rendicontazione a consuntivo dei dipartimenti Assi delle Aziende Asl e la rendicontazione della Spesa sociale dei Comuni nei confronti della Dg Famiglia, integrazione e solidarietà sociale della Regione Lombardia per l'anno 2010. La stima della distribuzione e dell'importanza relativa delle diverse fonti di finanziamento è stata calcolata, poi, anche sulla base di reperibili nel Bilancio sociale 2009 della stessa direzione generale. Sono state assunte delle ipotesi per evitare doppi conteggi o mancanze. È necessario evidenziare un limite intrinseco nelle fonti di dati utilizzate: queste includono solamente i flussi tracciati dai bilanci comunali e dai bilanci Assi delle Asl. Sono esclusi dalla stima tutti i flussi di spesa dalle famiglie direttamente agli enti gestori o a enti diversi dai Comuni oltre che il flusso di contributi finanziati tramite Fondo sociale erogati direttamente dagli Ambiti agli enti gestori.
 14. La stima della spesa annua per utente assistito è stata calcolata rapportando il totale della spesa stimata al numero dei posti disponibili tra tutte le sei tipologie di servizi. La spesa annua per persona disabile è stata calcolata rapportando alla spesa totale stimata la stima del numero dei disabili residenti in Lombardia, come citata nel § 2. La spesa annua per abitante è stata calcolata rapportando la spesa stimata totale alla popolazione residente in Lombardia nel 2010, come da dati Istat.
 15. La rete delle unità di offerta è stata ricostruita a partire dai dati disponibili sul sito della Dg Famiglia e solidarietà sociale della Regione Lombardia, con informazioni aggiornate a diverse date: novembre 2011 per i Cdd, gennaio 2012 per le Css e le Rsd, marzo 2012 per le Unità di offerta sociali (Cse, Sfa, Ca).
 16. Gli Sfa non sono organizzati sulla base del numero degli utenti ma, piuttosto, sul numero dei progetti. In ogni caso, si assume che i due dati siano sovrapponibili, in quanto a ogni progetto si fa corrispondere un utente.
 17. Ipotesi che trova conferma nei dati disponibili nell'Anagrafe dinamica della disabilità dell'Asl Monza e Brianza.

BIBLIOGRAFIA

- ASCOLI U., RANCI C. (2003), *Il Welfare Mix in Europa*, Carrocci Editore, Roma.
- BARBIERI P. (2010), «Gli interventi per le persone con disabilità: un approfondimento», in C. Gori (a cura di), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti*, pp.401-441, rapporto di ricerca, Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
- DALY M. (2002), «Care as a Good for Social Policy», *Journal of Social Policy*, vol. 31, 2, pp. 251-270.
- DALY M., LEWIS J. (2000), The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, *British Journal of sociology*, vol. 51, 2, pp. 281-298.
- FUJISAWA R., COLOMBO F. (2009), *The Long term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*, OECD health working papers, n. 44.
- GORI C. (a cura di) (2010), *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti*, rapporto di ricerca, Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
- LEONARDI M. (a cura di) (2008), *Libro Bianco sull'Invalidità Civile in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- MEDEGHINI R. (a cura di) (2006), *Disabilità e corso di vita. Traiettorie, appartenenze e processi di inclusione delle differenze*, FrancoAngeli, Milano.
- PAVOLINI E. (2003), *Le nuove politiche sociali. I sistemi di Welfare fra istituzioni e società civile*, il Mulino, Bologna.
- SEELEIB-KAISER M. (2007), *From Conservative to Liberal-Communitarian Welfare: Can the Reformed German Welfare State survive?*, Barnett Papers on Social Research n. 4, Oxford University.
- ZOLI M. (2004), *I sistemi di Welfare state nei paesi dell'Unione Europea*, Luiss Lab on European Economics, working document n. 1.
- ASL MONZA E BRIANZA, *Anagrafe Dinamica delle Disabilità «Anagradis»*.
- REGIONE LOMBARDIA, DG Famiglia e Solidarietà Sociale, *Le strutture, le associazioni e gli enti iscritti nei registri regionali*, www.famiglia.regione.lombardia.it.
- REGIONE LOMBARDIA, DG Famiglia e Solidarietà Sociale, *Unità di Offerta Sociali per la Disabilità*, www.famiglia.regione.lombardia.it

Fonti normative

- Legge regionale 12 marzo 2008 numero 3 «Governo della rete e degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale sanitario».
- Del. G.R. 8501/2009, *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009*.
- Del. G.R. 7433/2008, *Definizione dei requisiti minimi per il funzionamento delle unità di offerta sociali «Servizio di Formazione all'autonomia per le persone disabili»*.
- Del. G.R. 20763/2007, *Definizione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per le persone disabili*.
- Del. G.R. 7483/2008, *Determinazione in ordine all'individuazione delle unità di offerta sociosanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 2 della L. reg. 3/2008*.
- Del. G.R. 14369/2003, *Linee di indirizzo per la definizione delle nuove unità di offerta della rete socio sanitaria per persone disabili gravi: Centri Diurni per Disabili e Comunità Socio Sanitarie Residenziali*.
- Del. G.R. 18334/2004, *Definizione della nuova unità di offerta «Centro Diurno per persone con disabilità»: requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento*.
- Del. G.R. 12620/2003, *Definizione della nuova unità di offerta «Residenza sanitaria assistenziale per persone con disabilità»*.
- Del. G.R. 399/2010, *Disposizioni in merito alla remunerazione a carico del fondo sanitario regionale delle prestazioni erogate (...) nelle residenze sanitarie assistenziali per disabili (R.S.D.), (...), nei centri diurni per disabili (C.D.D.), nelle comunità socio sanitarie per disabili (C.S.S.)*.

Rapporti e dati

- ISTAT (2009), *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*.
- CENSIS (2010), *Le disabilità oltre l'invisibilità istituzionale. Il ruolo delle famiglie e dei sistemi di Welfare*, Primo Rapporto di ricerca, Fondazione Cesare Sereno.
- REGIONE LOMBARDIA, Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale (2009), *Bilancio Sociale 2009*.

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**.

Management della conoscenza e qualità del servizio: un'analisi su un centro di riabilitazione

DARIA SARTI, ANNA ROMITI

The increase of demand for a higher quality of service requests to health organizations to implement managerial systems which are closely involved in managing knowledge. Using a knowledge management approach, in this paper, we analyse the relationship between healthcare service quality - as perceived by providers - and management mechanisms supporting knowledge creation and integration. The data for this study were gathered through a questionnaire filled in by workers of one rehabilitation centre (N = 53). A regression analysis was used to analyse the data. The results show the importance of the relationship between knowledge management practices and healthcare service quality.

Keywords: knowledge management, healthcare organizations, knowledge integration, rehabilitation centre

Parole chiave: management della conoscenza, organizzazioni sanitarie, integrazione della conoscenza, centro riabilitazione

Note sugli autori

Anna Romiti, Dipartimento di Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze, anna.romiti@unifi.it

Daria Sarti, Dipartimento di Scienze Aziendali, Facoltà di Economia, Università di Firenze, daria.sarti@unifi.it

Attribuzione

D. Sarti e A. Romiti condividono la responsabilità dell'articolo. D. Sarti ha scritto il § 3; A. Romiti ha scritto i §§ 1 e 2. Entrambe le autrici hanno curato i restanti paragrafi

1. Introduzione

Negli ultimi anni, l'evoluzione del settore sanitario è stata caratterizzata in particolare modo da due fattori. Da un lato si è assistito a un aumento delle pressioni ambientali sulle aziende sanitarie, che ha richiesto di modificare le modalità di funzionamento di tali organizzazioni. Basti ricordare, a tal proposito, come le riforme, introdotte dagli anni '90 a oggi, abbiano modificato il contesto di riferimento delle organizzazioni sanitarie, introducendo elementi «pro-concorrenziali». Anche per le organizzazioni sanitarie si è rafforzata l'idea che il vantaggio competitivo fosse da ricercarsi sempre più nella «focalizzazione sulle *core competencies*» che caratterizzano tali organizzazioni e in particolare su quelle legate al capitale intellettuale (Belcari, Mele, 2003, p. 67). Dall'altro lato è stato permesso un maggior grado di autonomia alle stesse aziende. I cambiamenti ricordati sono stati all'origine dell'introduzione, anche all'interno delle organizzazioni sanitarie, di funzioni più strettamente gestionali (Del Vecchio, 2002) in grado di «governare» il cambiamento in atto.

In questa evoluzione, un ruolo rilevante è stato assunto dalla qualità del servizio, considerata un elemento ormai imprescindibile anche nell'ambito del settore sanitario e quindi da presidiare in maniera attenta e specifica. Il miglioramento dei servizi sanitari dal punto di vista qualitativo è, infatti, stato considerato «una tensione strutturale... quasi fisiologica» delle strutture che erogano tali servizi, tanto da creare all'interno delle organizzazioni sanitarie funzioni organizzative specifiche dedicate alla «qualità» (Cosmi, 2002). Dal punto di vista

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La percezione della qualità del servizio sanitario da parte dei professionisti
3. La cultura aziendale e i sistemi di gestione della conoscenza come determinanti della qualità del servizio
4. Metodologia
5. Analisi e risultati
6. Discussioni e conclusioni

della qualità ci riferiamo in particolare al concetto «moderno» di qualità del servizio sanitario (Abbafati, Spandonaro, 2011) che, secondo alcuni autori, si basa sulla soddisfazione dei bisogni dei pazienti tenendo però in considerazione un adeguato impiego di risorse (Navarro-Espigares, Hernández Torres, 2011).

In questo lavoro si considerano le modalità con le quali le organizzazioni gestiscono i processi di creazione e trasferimento di conoscenza e l'innovazione nell'impresa per favorire l'erogazione di un servizio di qualità superiore. L'importanza della conoscenza in ambito sanitario deriva in particolare dalle elevate specificità e complessità del servizio offerto il quale richiede che coloro che vi operano siano in possesso di notevoli livelli di conoscenze e competenze specialistiche, riconducibili sia all'affidabilità del servizio, sia alle capacità relazionali. Al contempo, occorre ricordare che la professione sanitaria è caratterizzata, oltre che dalla dimensione *knowledge-intensive*, da un elevato grado di autonomia tradizionalmente garantito agli operatori. La contemporanea presenza di questi elementi rende peculiare la gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie soprattutto in un contesto, come quello attuale, caratterizzato dai cambiamenti sopra delineati. Per questo, negli ultimi anni, in tali contesti, è stato sollecitato un sempre più intenso «confronto interprofessionale» richiedendo sistemi gestionali orientati a garantire l'integrazione fra professionalità distinte (Lega, Prenestini, 2009; De Pietro, 2003).

Questo lavoro è uno studio esplorativo che si pone come obiettivo quello di valutare la prospettiva del professionista sanitario sul contributo che i sistemi per la gestione della conoscenza e una cultura aziendale orientati all'innovazione danno alla qualità della cura.

Nonostante sia stato riconosciuto il ruolo strategico della risorsa umana per la qualità del servizio sanitario, si riconosce ancora oggi un *gap* in letteratura relativo alla capacità dei sistemi manageriali orientati alla creazione, all'integrazione e al presidio delle conoscenze, di contribuire alla qualità di tali servizi.

La considerazione della prospettiva dell'erogatore del servizio è giustificata dal fatto che tale soggetto è collocato in un

«ruolo di confine» della struttura sanitaria e chiamato in prima persona al presidio della qualità del servizio.

I risultati emersi rappresentano utili spunti di riflessione per il management sanitario circa gli elementi della cultura e del management della conoscenza che sono in grado di incidere sulla qualità del servizio, almeno dal punto di vista dell'erogatore dello stesso. Il lavoro conclude con alcune considerazioni sulle implicazioni manageriali, i limiti del lavoro e alcuni possibili ambiti di approfondimento di ricerca.

2. La percezione della qualità del servizio sanitario da parte dei professionisti

Il servizio sanitario è considerato una tipologia di servizio complessa, personalizzata ed erogata per mezzo di diverse transazioni nel tempo, caratteristiche che rendono di cruciale importanza la relazione tra il fornitore del servizio e il consumatore (Crosby *et al.*, 1990) e che ne rendono difficili la definizione e la valutazione (Donabedian, 2005; Gowrinsankara, Town, 1999). Il concetto di qualità, in sanità, è stato definito come «la soddisfazione dei bisogni e degli obiettivi dei pazienti, sia reali che percepiti, attraverso il minor dispendio possibile di risorse» (Navarro-Espigares, Hernández Torres, 2011, p. 389). Tali autori, analizzando la relazione tra indicatori di efficienza e qualità nel settore sanitario, identificano le differenze tra «qualità intrinseca o scientifica» e «qualità estrinseca o percepita». La prima è riferita alle componenti della conoscenza e della tecnologia come mezzi per risolvere i problemi sanitari.¹ La seconda è riferita alla valutazione dei pazienti riguardo al servizio ricevuto.

In questo lavoro siamo in particolar modo interessati a misurare la dimensione della «qualità intrinseca» del servizio poiché, nonostante il ricorso a standard comunemente seguiti nella pratica (per esempio protocolli e linee-guida), la componente della conoscenza e la tecnologia sono in questo contesto prioritarie per prendere le decisioni. La componente intrinseca della qualità del servizio è influenzata dal modo in cui i professionisti sanitari riescono a fare propria e a integrare nella pratica la conoscenza scientifica e tale fenomeno, nei contesti organizzati, dipende

dall'utilizzo e dall'efficacia degli strumenti manageriali orientati a supportare la conoscenza.

In letteratura è stata evidenziata una forte relazione tra la qualità percepita dai professionisti sanitari e i risultati di cura effettivamente raggiunti a favore dei pazienti (Sochalski, 2004). In questo studio la qualità percepita dai professionisti sanitari viene utilizzata come *proxy* della qualità del servizio erogato.

Nonostante sia stata riconosciuta da più parti la presenza di differenze di percezione della qualità tra erogatori del servizio e consumatori (Lee, Yom, 2007) e, in particolare, una percezione della qualità media superiore dei professionisti rispetto ai pazienti (Lee, Yom, 2007; Scammon, Kennard, 1983), c'è comunque accordo sul fatto che i fornitori del servizio siano in una buona posizione per valutare la qualità del servizio che erogano, sia perché sono a diretto contatto con i pazienti, e possono osservare i risultati prodotti (Nashrath *et al.*, 2011), sia perché conoscono le dinamiche organizzative e tecniche a supporto del processo di erogazione.

Gli erogatori del servizio di cura, dunque, possono rappresentare dei testimoni privilegiati per valutare la qualità del servizio che forniscono. Tuttavia, occorre tener presente che i diversi professionisti sanitari (per esempio medici, infermieri e altri professionisti dell'assistenza) hanno percezioni diverse sull'importanza assegnata agli elementi che più contribuiscono alla qualità erogata e ciò origina differenze negli elementi che essi giudicano rilevanti per determinare la qualità (Hensen *et al.*, 2008; Reschovsky, 2001).

D'altra parte, nel contesto nazionale, la presenza di ordini professionali per un gran numero di operatori della sanità, conduce questi a operare seguendo le norme, i vincoli e gli usi propri della comunità di appartenenza (De Pietro, 2003). Essi assumono dunque un'identità professionale che travalica il senso di appartenenza organizzativo.

Pertanto si ipotizza:

Hp1: Esiste una differenza di percezione della qualità del servizio fra le diverse figure professionali che forniscono servizi sanitari.

3. La cultura aziendale e i sistemi di gestione della conoscenza come determinanti della qualità del servizio

L'approccio strategico al management, nell'ambito del settore sanitario, sta diventando un tema di crescente interesse (Pablo *et al.*, 2007). In un contesto caratterizzato da elevata incertezza ambientale e scarsità di risorse, le organizzazioni riconoscono sempre più l'importanza di risorse ed *expertise* interne quali fattori critici determinanti. La riflessione sull'importanza delle conoscenze non è nuova per le organizzazioni sanitarie, nelle quali il ruolo dei singoli professionisti e delle conoscenze di cui sono portatori non è mai stato sottovalutato, ma sempre maggiore importanza viene riconosciuta alla capacità delle aziende di integrare e condividere la conoscenza e le esperienze per favorire l'innovazione e la qualità della cura erogata (Currie, Procter, 2005).

Tuttavia, nonostante un approccio orientato all'analisi e alla gestione delle risorse interne, rappresenti una interessante prospettiva di indagine, risultano ancora da indagare molti aspetti sulla modalità con cui le organizzazioni sanitarie presidiano le proprie risorse e il loro patrimonio di conoscenza per favorire il perseguimento della missione e degli obiettivi aziendali (Pablo *et al.*, 2007). A rendere di particolare interesse la riflessione su questo terreno è la constatazione che nella sanità spesso, all'interno di una stessa organizzazione, si coniugano due anime: la dimensione dell'erogazione della cura e quella della ricerca scientifica. Basti pensare, a titolo esemplificativo alle Aziende ospedaliere universitarie. D'altra parte la dimensione altamente *knowledge-intensive* del lavoro porta inevitabilmente a considerare queste organizzazioni come *bundle* di conoscenze che devono essere gestite e valorizzate.

In una prospettiva strategica vengono individuati due meccanismi organizzativi che consentono di «integrare, costruire e configurare competenze interne ed esterne per rispondere rapidamente agli improvvisi cambiamenti ambientali» (Teece, Pisano, Schuen, 1997, p. 516) e che favoriscono «l'incanalamento e il controllo della conoscenza» (Leonard-Barton, 1995). Questi so-

no: i sistemi manageriali e la cultura organizzativa.

Il presente lavoro tenta di verificare se quei meccanismi a supporto della creazione e condivisione della conoscenza e dunque della «ricerca scientifica», siano strumenti in grado di supportare anche il processo di erogazione della cura, il cui output viene qui ricondotto alla componente intrinseca della qualità del servizio (Navarro-Espigares, Hernández Torres, 2011).

I sistemi a supporto del management della conoscenza, qui utilizzati, sono riconducibili a un *framework* costituito da quattro dimensioni manageriali (Jerez-Gomez, Céspedes-Lorente, Valle-Cabrera, 2005): (1) l'impegno del vertice dell'organizzazione al presidio delle conoscenze; (2) la visione di sistema dell'organizzazione; (3) il trasferimento e l'integrazione di conoscenza e (4) la predisposizione all'apertura e alla sperimentazione.

Nel loro contributo gli autori considerano le quattro dimensioni come segue. L'impegno del vertice dell'organizzazione al presidio delle conoscenze si riferisce al riconoscimento, da parte dei manager, dell'importanza di una cultura che «promuova l'acquisizione, la creazione e il trasferimento di conoscenza» (Jerez-Gomez, Céspedes-Lorente, Valle-Cabrera, 2005, p. 717). La visione di sistema implica la promozione di una identità comune tra i lavoratori e la capacità dei soggetti che compongono la struttura di lavorare insieme in maniera coordinata e interconnessa. Il trasferimento e l'integrazione di conoscenza si riferiscono alla presenza, nell'impresa, di meccanismi che favoriscono l'interazione trasversale fra i soggetti. La predisposizione all'apertura e alla sperimentazione implica lo sviluppo di un clima orientato ad accogliere, con favore, nuove idee, permettendo così un costante miglioramento della qualità del servizio.

Secondo gli autori, questo sistema formato da quattro dimensioni, fra loro complementari, favorisce l'apprendimento organizzativo (Jerez-Gomez, Céspedes-Lorente, Valle-Cabrera, 2005).

Gli strumenti sopra richiamati sono stati utilizzati in letteratura per analizzare le modalità attraverso le quali si acquisisce e diffonde conoscenza all'interno delle imprese e per il contributo offerto da tali strumenti

alla qualità del servizio anche in ambito sanitario. Per esempio la visione di sistema da parte dei professionisti, la loro capacità di lavorare in team multidisciplinari e multi-professionali capaci di superare le barriere tradizionalmente presenti in tali contesti, tra professioni diverse (Lega, De Pietro, 2005) è stata ritenuta in grado di favorire il miglioramento della qualità della prestazione e della sicurezza della cura (Smith, 2003).

All'interno di questo lavoro ipotizziamo che alcuni, e non tutti, fra gli strumenti manageriali che abbiamo individuato sopra, riferibili al management della conoscenza, abbiano un impatto rilevante sulla qualità del servizio almeno nella percezione dell'erogatore.

In particolare riteniamo che in un contesto organizzativo nel quale siano promossi un clima e una cultura che favoriscano «l'apertura e la sperimentazione» e sistemi di integrazione della conoscenza tra professionisti dedicati alla cura vi possa essere un accrescimento della conoscenza scientifica (Jerez-Gomez, Céspedes-Lorente, Valle-Cabrera, 2005) che abbia effetti positivi sulla qualità del servizio. È stato infatti riconosciuto che sebbene, da una parte, la progressiva suddivisione dei processi di cura abbia portato a un servizio sanitario più qualificato, dall'altra, la frammentazione delle specializzazioni ha generato il bisogno di meccanismi di integrazione e coordinamento della stessa (Kinston, 1983).

Hp2: I sistemi manageriali a supporto della condivisione della conoscenza per il servizio di cura hanno, nel complesso, un ruolo significativo nello spiegare la qualità del servizio percepita dall'erogatore.

Hp3: I sistemi manageriali a supporto dell'apertura e della sperimentazione presente nell'organizzazione sono rilevanti nello spiegare la qualità del servizio percepita dall'erogatore.

Hp4: L'integrazione della conoscenza fra professionisti è rilevante nello spiegare la qualità del servizio percepita.

Le organizzazioni sanitarie sono oggi caratterizzate da un duplice sistema di valori. Da una parte, vi sono i valori aziendali che hanno spinto verso una progressiva «managerializzazione» dei ruoli medico-profes-

sionali. Dall'altra parte, vi sono i valori professionali, in primo luogo quelli contenuti nel moderno giuramento di Ippocrate. «Tali valori, mettono al primo posto i bisogni dei pazienti e, di conseguenza, enfatizzano l'autonomia di giudizio e la libertà decisionale del medico al fine di rispondere a tali necessità, rispetto ai vincoli economici e agli obiettivi aziendali» (Prenestini, 2011, p. 29). Il superamento di tale sistema duale, volto a risolvere la «frammentazione tipica delle burocrazie professionali» attraverso un «compromesso» (Stolte, 1979), che favorisca un allineamento tra interessi organizzativi e autonomia professionale (Lega, De Pietro, 2005), è stato riconosciuto aver effetti positivi anche sulla qualità del servizio sanitario (Lega, Prenestini, 2009). Questo è rafforzato ancora di più da un contesto di mercato che è caratterizzato da una crescente complessità dal lato dell'offerta (data dallo sviluppo di nuove tecnologie, per esempio) e da una domanda sempre più informata del paziente che richiede ai professionisti di integrare le proprie conoscenze e cooperare con gli altri colleghi.

La cultura organizzativa, e in particolare una cultura orientata all'integrazione delle

competenze, è dunque il fattore più significativo in tali contesti d'impresa poiché rappresenta un elemento centrale per la gestione della conoscenza delle imprese e di conseguenza per la garanzia di un servizio di qualità (Gold, Malhotra, Segars, 2001). In tal senso, si ipotizza che:

Hp5: Il ruolo di una cultura aziendale orientata all'integrazione di conoscenza è determinante nello spiegare la qualità del servizio percepita dall'erogatore.

Hp6: In questo contesto il ruolo della cultura ha un impatto superiore, rispetto alle altre determinanti, nello spiegare la qualità del servizio percepita dall'erogatore.

La **figura 1** mostra la logica che guida il nostro modello teorico.

4. Metodologia

4.1. Campione e dati

Per gli scopi della nostra ricerca è stato analizzato un centro di riabilitazione. Si tratta di un'organizzazione che coniuga al suo interno due «anime», una vocata all'eroga-



Figura 1
Le determinanti della qualità del servizio sanitario in un'ottica competence based

zione di interventi di riabilitazione l'altra rivolta alla ricerca scientifica di eccellenza.

Al fine di testare le nostre ipotesi, è stato somministrato un questionario all'intero staff del centro, formato in gran parte da medici, infermieri, operatori socio-sanitari e fisioterapisti. Nel mese di marzo 2012 sono stati distribuiti 200 questionari. Di questi sono stati compilati e restituiti al gruppo di ricerca 53 questionari (corrispondenti a un tasso di risposta del 27%). Dei questionari restituiti ne sono stati utilizzati 48 per i fini della presente analisi, poiché gli altri risultavano incompleti.

Nel campione analizzato, la maggioranza dei soggetti sono donne (73%) e l'età media di essi è di 40 anni (SD = 9.71 anni). Tali soggetti lavorano in media nell'attuale posto di lavoro da 10 anni (SD = 9.04 anni). I titoli di studio maggiormente presenti nel

campione sono la laurea (40%) e il diploma di scuola secondaria superiore (27%). Dal punto di vista del ruolo, il 10% dei soggetti sono medici, il 21% sono fisioterapisti, il 25% sono infermieri, il 27% sono operatori socio-sanitari e il 17% sono dedicati ad altri ruoli (es. logopedisti). La maggioranza dei soggetti ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato (88%), il 6% è a tempo determinato e il restante 6% ha un rapporto libero-professionale. Il 19% dei soggetti ha ruoli di coordinamento all'interno del centro.

4.2. Misure

Questo studio ha utilizzato scale già validate in precedenti ricerche come mostrato in **tabella 1**. Le modalità di risposta per le domande relative alle variabili indipendenti e alla variabile dipendente del nostro studio

Tabella 1

Variabile dipendente e variabili indipendenti dello studio

Variabili	Alpha	Media	Item	Ref.	Esempi
Qualità della cura percepita	.830	3.18	4	Reschvosky <i>et al.</i> (2001)	«È possibile fornire una cura di alta qualità a tutti i miei pazienti» «Ho a disposizione un tempo adeguato per stare con i pazienti (es. durante le visite)»
Trasferimento e integrazione di conoscenza	.864	2.90	4	Flatten <i>et al.</i> (2010)	«Nella nostra organizzazione le idee e i concetti vengono comunicati a livello trasversale fra i vari reparti/unità» «I responsabili della nostra organizzazione enfatizzano l'importanza del supporto reciproco fra i vari reparti/unità per la risoluzione di problemi»
Impegno del vertice dell'organizzazione al presidio delle conoscenze	.851	2.98	5	Jerez-Gomez <i>et al.</i> (2005)	«I responsabili frequentemente coinvolgono il loro staff in importanti processi decisionali» «I responsabili dell'organizzazione sono a favore del cambiamento per stare al passo con le nuove esigenze e le evoluzioni del contesto»
Visione di sistema	.848	2.98	3	Jerez-Gomez <i>et al.</i> (2005)	«Tutti i lavoratori di questa organizzazione ne conoscono gli obiettivi almeno a livello generale» «Tutte le parti che compongono questa struttura sono fra loro interconnesse e lavorano insieme in modo coordinato»
Predisposizione all'apertura e alla sperimentazione	.792	3.26	4	Jerez-Gomez <i>et al.</i> (2005)	«Questa organizzazione è a conoscenza di quello che viene fatto da altri nel settore, nella convinzione che ciò sia utile e di interesse» «Questa organizzazione promuove la sperimentazione e l'innovazione come modalità per migliorare i processi di lavoro»
Cultura aziendale orientata all'apertura e condivisione	.940	3.17	12	Gold <i>et al.</i> (2001)	«In questa organizzazione i lavoratori vengono incoraggiati a esplorare e sperimentare» «In questa organizzazione i lavoratori vengono incoraggiati a interagire con altri gruppi di lavoro»

sono state espresse su una scala di giudizio da 1 = fortemente d'accordo a 5 = fortemente in disaccordo.

Variabile dipendente

Qualità della cura percepita – Questa variabile è stata misurata utilizzando una scala di quattro domande sviluppata da Reschvosky *et al.* (2001). L'alfa di Cronbach è risultata 0.830. Questa dimensione misura la qualità della cura percepita dall'erogatore del servizio, per esempio in termini di tempo che è possibile dedicare ai pazienti e di autonomia concessa all'erogatore nel prendere le decisioni che sono necessarie per far fronte ai bisogni dei pazienti.

Variabili indipendenti

Trasferimento e integrazione di conoscenza – Questa variabile è stata misurata sulla base di una scala composta da quattro domande ricavate dal lavoro di Flatten *et al.* (2010). L'alfa di Cronbach è 0.864. Questa scala misura il grado di integrazione e coordinamento delle conoscenze tra le varie unità/reparti presenti nell'impresa e l'importanza che il personale assegna al supporto reciproco per la risoluzione dei problemi.

Impegno del vertice dell'organizzazione al presidio delle conoscenze – Questo costrutto è stato misurato con una scala composta da cinque domande sviluppata da Jerez-Gomez, Céspedes-Lorente, Valle-Cabrera (2005). L'alfa di Cronbach è 0.851. Questa variabile misura il livello di importanza che il vertice assegna alla conoscenza e all'innovazione quali elementi di base per guidare il cambiamento aziendale e l'impegno posto dal medesimo vertice per far sì che il presidio della conoscenza venga percepito da tutta l'organizzazione come importante.

Visione di sistema – Questa scala di misura, composta da tre domande, è stata sviluppata da Jerez-Gomez, Céspedes-Lorente, Valle-Cabrera (2005). L'alfa di Cronbach è 0.848. Questa variabile misura la conoscenza da parte dei dipendenti degli obiettivi aziendali e la loro consapevolezza circa il contributo che essi forniscono nel loro raggiungimento.

Predisposizione all'apertura e sperimentazione – Questa variabile è stata misurata con quattro domande ricavate sempre dal lavoro di Jerez-Gomez *et al.* (2005). L'alfa di Cronbach è 0.792. Con questa dimensione si vuole misurare il livello di orientamento all'innovazione presente nell'impresa valutando per esempio il grado di apertura nell'apprendere da altre imprese o da altre fonti esterne.

Cultura aziendale – La variabile relativa alla cultura organizzativa è stata ricavata da un lavoro di Gold, Malhotra, Segars, (2010) in cui si misura tale costrutto con l'utilizzo di una scala a 13 domande. Per questa analisi, un *item* che presentava elevati livelli di similarità con un altro dei 13 *item* della scala, relativo all'integrazione fra gruppi di lavoro, non è stato considerato. La scala utilizzata è dunque composta da 12 domande. L'alfa di Cronbach è 0.940. Questa dimensione misura la presenza, nell'impresa, di una cultura aziendale, orientata alla conoscenza, alla sperimentazione e all'apprendimento, come mezzo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Variabili di controllo

Variabili socio-demografiche – Dati su età, genere, anzianità aziendale, titolo di studio, tipo di contratto, ruolo sanitario ricoperto dai soggetti sono stati raccolti e inclusi nell'analisi.

5. Analisi e risultati

Per l'analisi dei dati è stata usata la versione 18.0 del *software* SPSS. Le statistiche descrittive sono riportate nella **tabella 2**.

Per eliminare eventuali dubbi sulla multicollinearità del modello presentato, è stata effettuata una verifica calcolando il *variance inflation factor* (VIF). Il valore massimo del VIF nel modello è stato del 5.16, che è al di sotto del livello limite massimo indicato di 10 (Hair *et al.*, 2006).

Tutte le variabili utilizzate, sia quella dipendente, sia quelle indipendenti, sono state misurate sulla base di scale composte da più domande. Pertanto, in un primo *step* dell'analisi, si è proceduto a calcolare la me-

dia aritmetica per ogni gruppo di risposte riferite alla stessa variabile.

Nel secondo *step* sono stati testati gli effetti delle variabili di controllo sulla qualità percepita. Nella nostra analisi la qualità percepita dai professionisti sanitari è stata considerata come *proxy* per la misura della qualità del servizio. D'ora in poi, dunque, si farà riferimento alla qualità come la qualità percepita dall'erogatore del servizio.

Ai fini dell'analisi di regressione, sono state prese in considerazione le variabili di controllo (genere, età, tipo di contratto, titolo di studio, ruolo, anzianità aziendale) che, sulla base di precedenti studi, risultano influenzare la qualità del servizio. Su queste è stata fatta un'analisi di correlazione tra tali variabili e la qualità del servizio. Quindi, sono state incluse nell'analisi di regressione solo le variabili che influenzavano la qualità del servizio. L'aggiunta delle altre variabili di controllo non avrebbe, infatti, incrementato il potere predittivo del modello.

Tabella 2

Descrittive delle variabili socio-demografiche del campione

Genere	
Donne	73%
Uomini	27%
Titolo di studio	
Scuola dell'obbligo	17%
Scuole professionali	2%
Diploma	27%
Laurea	40%
Post laurea	15%
Ruoli	
Medici	10%
Fisioterapisti	21%
Infermieri	25%
Operatori socio-sanitari	27%
Altro	17%
Rapporto di lavoro	
Indeterminato	88%
Determinato	6%
Libero-professionale	6%
Ruoli di coordinamento	
Sì	19%
No	81%

Da questa prima analisi si evidenzia che, per il contesto analizzato, l'appartenenza a categorie professionali diverse non impatta sulla percezione della qualità del servizio ($p > 0.1$). Tale risultato non supporta, dunque, la prima ipotesi secondo la quale esiste una differenza di percezione della qualità del servizio fra le diverse figure professionali che forniscono servizi sanitari.

Anche l'età, l'anzianità aziendale e la tipologia di contratto non risultano significative rispetto alla variabile dipendente. Appaiono, invece, correlati significativamente alla qualità del servizio il genere e lo studio e pertanto sono stati considerati nell'analisi quali variabili di controllo.

Per testare le successive ipotesi, è stata effettuata una regressione multivariata gerarchica in tre *step* di analisi. Con tale analisi statistica le variabili indipendenti vengono inserite nell'equazione secondo un ordine assegnato dal ricercatore sulla base di precedenti considerazioni teoriche e logiche. L'analisi si effettua attraverso più passi, o *step*, fra loro sequenziali. Ogni variabile indipendente, o gruppo di variabili indipendenti o di controllo, inserite di volta in volta nel modello di regressione, viene valutato per il contributo incrementale che tali variabili hanno nello spiegare la variabile dipendente rispetto alle variabili indipendenti inserite precedentemente.

Nella presente analisi, al primo *step* sono state inserite le variabili di controllo (genere e titolo di studio). Nel secondo *step* sono state inserite le quattro variabili identificate come le dimensioni dei sistemi per il management della conoscenza. Infine, al terzo *step*, è stata aggiunta la dimensione della cultura.

I risultati dell'analisi di regressione sul campione complessivo sono presentati nella **tabella 3**. I risultati del primo *step* mostrano che la varianza, misurata attraverso l'indice R^2 corretto, relativa alle sole variabili di controllo, è del 17% ed è significativa ($p < 0.01$). Nel secondo *step*, con l'introduzione delle variabili relative ai sistemi di gestione delle conoscenze, la varianza aumenta considerevolmente (+ 12%) fino a raggiungere il 29% ($p < 0.01$). Questo risultato supporta l'ipotesi 2, secondo la quale i sistemi per il management della conoscenza hanno un ruolo significativo nello spiegare la qualità percepita del servizio.

Nel terzo e ultimo *step*, che introduce la dimensione della cultura, la varianza arriva al 34% ($p < 0.01$), con un incremento ulteriore del 6%. Pertanto, anche l'ipotesi 5 risulta verificata, e il ruolo della cultura si evidenzia come determinante nello spiegare il modello proposto.

Andando poi ad analizzare il peso giocato dai singoli elementi nello spiegare il fenomeno, si evidenzia come i risultati della regressione, allo *step* 2, indichino che, delle quattro dimensioni che abbiamo preso a riferimento per identificare i sistemi di gestione della conoscenza, la predisposizione all'apertura e alla sperimentazione risulta avere un impatto positivo sulla percezione della qualità del servizio. In tal senso, si può affermare che l'ipotesi 3 è verificata. Infatti, per questa variabile, il *p-value* risulta inferiore a 0.1 (si veda tabella 3). Vista la numerosità esigua del campione di analisi, sono state considerate di interesse, in termine di significatività, anche le variabili che presentano un *p-value* inferiore a 0.1. Inoltre, fra le dimensioni che caratterizzano i sistemi di management della conoscenza, quella relativa al trasferimento e integrazione di conoscenza ha un impatto negativo sulla percezione della qualità del servizio ($p < 0.05$). Di conseguenza, l'ipotesi 4 non è verificata.

Infine, gli altri aspetti relativi ai sistemi di gestione della conoscenza – visione di sistema e impegno del vertice dell'organizzazione al presidio delle conoscenze – non

hanno un ruolo significativo nello spiegare la qualità percepita. Il *p-value*, infatti, risulta in entrambi i casi superiore a 0.05.

Occorre precisare inoltre che, nel momento in cui viene presa in considerazione la variabile cultura, l'aspetto della predisposizione all'apertura e alla sperimentazione perde di significatività nello spiegare la qualità percepita, mentre rimane significativa, ma negativamente correlata, la dimensione del trasferimento e integrazione di conoscenza ($p < 0.05$). Al terzo *step*, infatti la cultura contribuisce in modo significativo a spiegare il modello ($p < 0.05$), e lo spiega con un peso maggiore rispetto a tutte le altre determinanti ($r = 0.58$). Pertanto, si afferma che l'ipotesi 5 e 6 sono verificate, ovvero che il ruolo e il peso giocato, rispetto alle altre variabili, dalla cultura aziendale, orientata all'integrazione di conoscenza, sia centrale nello spiegare la qualità del servizio percepita dall'erogatore.

6. Discussioni e conclusioni

Il presente lavoro tenta di colmare un vuoto nella letteratura che vede un numero limitato di studi che si sono occupati delle competenze organizzative a supporto della qualità del servizio sanitario nella prospettiva dell'erogatore.

I risultati mostrano che i caratteri socio-demografici, ossia genere e livello di studio, hanno un impatto piuttosto rilevante sulla

	Predittori	Step 1		Step 2		Step 3	
Step 1	Genere	,33	*	,32	*	,28	*
	Titolo di studio	,37	**	,31	*	,30	*
Step 2	Trasferimento e integrazione di conoscenza			-,35	*	-,42	*
	Predisposizione all'apertura e alla sperimentazione			,31	+	,08	
	Impegno del vertice dell'organizzazione al presidio delle conoscenze			,37		,20	
	Visione di sistema			-,11		-,24	
Step 3	Cultura					,58	*
	R^2 corretto	,17	**	,29	**	,34	***
	Variazione di R^2	,17		,12		,06	

Nota: + $p < 0.1$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Tabella 3
Risultati della regressione
(N = 48)

percezione della qualità del servizio erogato. Tali evidenze sono coerenti con precedenti indagini empiriche che evidenziano il maggior livello di soddisfazione sul lavoro – aspetto altamente correlato alla qualità del servizio – delle donne rispetto agli uomini in contesti simili. Per l'aspetto relativo all'influenza positiva del livello di studio sulla qualità percepita si dimostra che, all'aumento del livello di istruzione, aumenta la qualità del servizio percepita. Questo risultato da un lato è coerente con alcuni contributi che evidenziano come all'aumento del livello di istruzione degli individui aumenti la centralità della dimensione intrinseca della motivazione (Frey, 2005). Dall'altro lato tale evidenza mostra che la natura stessa della professione e i sistemi valoriali delle figure a più alta professionalità e più elevato livello di istruzione, spingono tali soggetti ad avere una forte tensione alla qualità intrinseca del servizio.

Ciò, dunque, evidenzia che la qualità percepita non è tanto riconducibile alle norme, ai vincoli e agli usi propri della comunità professionale di appartenenza dei professionisti, ma piuttosto al livello di istruzione che porta i singoli professionisti ad avere accesso a conoscenze specialistiche e a maturare una *self confidence* nell'esercizio dell'autonomia professionale. Dunque, nell'agire secondo «scienza e coscienza» per soddisfare i bisogni dell'utente, sembra essere l'aspetto della «scienza» a prevalere in termini di qualità del servizio piuttosto che quello della «coscienza» se intesa in termini delle norme suggerite dalla comunità professionale di appartenenza (De Pietro, 2003).

Ciò rappresenta uno spunto di interesse per la gestione delle persone in sanità, dove la forte identità professionale ha sempre rappresentato un elemento di difficile gestione.

Con l'inserimento, nell'analisi di regressione, delle variabili relative ai sistemi di management a supporto della conoscenza, si denota un incremento del potere esplicativo del modello statistico rispetto al fenomeno della qualità percepita del servizio.

Questo dimostra, dunque, che questi sistemi e, in particolare, la predisposizione all'apertura e alla sperimentazione e il trasferimento e l'integrazione di conoscenza (quest'ultima con una relazione di segno negativo) contribuiscono in modo statistica-

mente significativo a spiegare il fenomeno. Pertanto, per il contesto analizzato, caratterizzato da una vocazione scientifica, gli strumenti che supportano l'innovazione e la sperimentazione risultano essere funzionali anche alla percezione della qualità del servizio erogato. Tale aspetto, dunque, dovrebbe richiamare l'attenzione delle strutture sanitarie a investire in questa duplice anima organizzativa (ovvero quella della cura e quella della ricerca scientifica) che, seppure nella complessità gestionale, favorisce l'ottenimento di risultati sul terreno della qualità.

Nello stesso *step* di analisi, si dimostra, contrariamente a ciò che inizialmente era stato ipotizzato, una relazione significativa e negativa fra i sistemi di trasferimento e di integrazione delle conoscenze e la qualità percepita. Una spiegazione, di questo risultato, può essere ricondotta ai caratteri peculiari delle organizzazioni sanitarie, caratterizzate, negli ultimi anni, dalla presenza di un conflitto fra una spinta al cambiamento che mira a introdurre in azienda logiche di funzionamento sempre più orientate a tecniche di gestione manageriale e la difesa da parte dei professionisti della propria autonomia professionale (Lega, De Pietro, 2005). Nelle organizzazioni sanitarie è, infatti, la natura professionale e il *corpus* di conoscenze posseduto dai professionisti a guidare l'integrazione. In tali contesti, in cui il coordinamento si basa su una standardizzazione delle norme di condotta e di conoscenze di base comuni e modalità di integrazione basate sull'adattamento reciproco (De Pietro, 2003), risulta di difficile comprensione la formalizzazione di sistemi organizzativi volti a tali scopi.

Pertanto, quei sistemi di integrazione che sono ritenuti utili ai fini di un'organizzazione innovativa, non sono altresì ritenuti adeguati, dai professionisti sanitari, per favorire un contesto di lavoro che generi un servizio di qualità. Si evidenzia, infatti, una relazione negativa fra sistemi di integrazione della conoscenza e qualità del servizio percepita dall'erogatore. C'è tuttavia da domandarsi se tali sistemi di integrazione, che risultano, almeno in linea teorica, coerenti con lo sviluppo della ricerca scientifica, e quindi efficaci in contesti sanitari in cui sono presenti la dimensione della cura e quella scientifica, siano altresì efficaci in contesti caratterizzati dalla sola componente della cura. In questi ultimi

contesti, infatti, ci potrebbe essere il rischio che tali sistemi di integrazione vengano visti in una logica di funzionamento tipica di una burocrazia giuridico-amministrativa, ovvero come sistemi orientati al controllo piuttosto che meccanismi in grado di avere un effetto positivo anche sulla qualità del servizio. Questo aspetto potrebbe rappresentare un ambito di approfondimento per il futuro.

I risultati mostrano, dunque, che i sistemi di gestione della conoscenza sono critici, ma ancor di più lo è la cultura. In base all'analisi effettuata, l'elemento che maggiormente determina la qualità del servizio percepita dagli erogatori è la cultura e, in particolare, gli elementi che sono riconducibili a un'organizzazione che, anche a livello di vertice, riconosce l'importanza della conoscenza e ne promuove la condivisione.

Questo studio può, quindi, essere un utile strumento per i manager delle organizzazioni sanitarie per comprendere come far fronte alle sfide poste dalle nuove dinamiche ambientali.

Le limitazioni di questo studio sono legate al fatto che i risultati fanno riferimento a un unico centro di riabilitazione in Italia e, quindi, non è possibile generalizzarli a riguardo. Tuttavia, il modello presentato può essere utilizzato in futuro quale spunto per ulteriori indagini.

Note

1. Infatti, nonostante la continua tensione verso la standardizzazione (la medicina basata sulle evidenze e le linee guida cliniche), la pratica clinica rimane dominata dall'autonomia del professionista.

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

- ABBAFATI C., SPANDONARO F. (2011), «Capitale sociale e qualità dei sistemi sanitari: una prima ipotesi di causalizzazione», *Mecosan*, 78, pp. 57-74.
- BELCARI G., MELE T. (2003), «Knowledge management e aziende sanitarie pubbliche: l'esperienza della Asl di Pisa», *Mecosan*, 45, pp. 59-75.
- COSMI L. (2002), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: la qualità», *Mecosan*, 11(43), pp. 83-95.
- CROSBY L.A., EVANS K.R., COWLES D. (1990), «Relationship quality in services selling: an interpersonal influence perspective», *Journal of Marketing*, 54 (3), pp. 68-81.
- CURRIE G., PROCTER S.J. (2005), «The antecedents of middle managers' strategic contribution: the case of a professional bureaucracy», *Journal of Management Studies*, 7 (42), pp. 1325-1356.
- DE PIETRO C. (2003), «Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale», *Mecosan*, 48, pp. 7-35.
- DEL VECCHIO M. (2002), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del Ssn: il senso di una ricerca», *Mecosan*, 43, pp. 11-16.
- DONABEDIAN A. (2005), «Evaluating the quality of medical care», *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 691-729.
- FLATTEN T.C., ENGELEN A., ZAHRA S.A., BRETTEL M. (2010), «A Measure of absorptive capacity: scale development and validation», *European Management Journal*, 29, pp. 98-116.
- FREY B.S. (2005). *Non solo per denaro. Le motivazioni disinteressate dell'agire economico*, Mondadori, Milano.
- GOLD A.H., MALHOTRA A., SEGARS A.H. (2001), «Knowledge Management: an organizational capabilities perspective», *Journal of Management Information Systems*, 1 (18), pp. 185-214.
- GOWRISANKARAN G., TOWN R.J. (1999), «Estimating the quality of care in hospitals using instrumental variables», *Journal of Health Economics*, 18, pp. 747-767.
- HAIR J., BLACK W., BABIN B., ANDERSON R., TATHAM R.L., BLACK R. (2006) *Multivariate data analysis*, (6th edition), Upper Saddle River, Prentice-Hall, NJ.
- HENSEN P., SCHILLER M., METZE D., LUGER T. (2008), «Evaluating hospital service quality from a physician viewpoint», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21 (1), pp. 75-86.
- JEREZ-GÓMEZ P., CÉSPEDES-LORENTE J., VALLE-CABRERA R. (2005), «Organizational learning capability: a proposal of measurement», *Journal of Business Research*, 58, pp. 715-725.
- KINSTON W. (1983), «Hospital organization and structure and its effect on inter-professional behaviour and the delivery of care», *Social Science and Medicine*, 17 (16), pp. 1159-1170.
- LEE M.A., YOM Y.E. (2007), «A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit

- the hospital: A questionnaire survey», *International Journal of Nursing Studies*, 44, pp. 545-555.
- LEGA F., DE PIETRO C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74, pp. 261-281.
- LEGA F., PRENESTINI A. (2009), «Medico-manager, medico e manager o management del medico?», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano.
- LEONARD-BARTON D. (1995), *Wellsprings of knowledge. Building and sustaining the sources of innovation*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- NAVARRO-ESPIGARES J.L., HERNÁNDEZ TORRES E. (2011), «Efficiency and quality in health services: a crucial link», *The Service Industries Journal*, 31(3), pp. 385-403.
- NASHRATH M., AKKADECHANUNT T., CHONTAWAN R. (2011), «Perceived nursing service quality in a tertiary care hospital, Maldives», *Nursing & Health Sciences*, 13, pp. 495-501.
- PABLO A.L., REAY T., DEWALD J.R., CASEBEER A.L. (2007), «Identifying, Enabling and Managing Dynamic Capabilities in the Public Sector», *Journal of Management Studies*, 5 (44), pp. 687-708.
- PRENESTINI A. (2011), «Cultura organizzativa e cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 20(80), pp. 27-46.
- RESCHOVSKY J., REED M., BLUMENTHAL D., LANDON B. (2001), «Physicians' assessments of their ability to provide high-quality care in a changing Health Care System», *Medical Care*, 39(3), pp. 254-269.
- SCAMMON D., KENNARD L. (1983), «Improving Health Care strategy through assessment of perceptions of consumer, providers and administrators», *Journal of Health Care Marketing*, 3(4), pp. 9-17.
- SMITH R. (2003), «What doctors and managers can learn from each other», *British Medical Journal*, 326, pp. 610-611.
- SOCHALSKI J. (2004), «Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of Nursing Care in hospitals», *Medical Care*, 42(2), pp. 1167-1173.
- STOLTE J.B. (1979), «The physician and hospital management», *Acta Hospitalia*, pp. 75-86.
- TEECE D.J., PISANO G., SHUEN A. (1997), «Dynamic capabilities and strategic management», *Strategic Management Journal*, 7 (18), pp. 509-533.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Giampiero Cillione

DIRITTO SANITARIO

MAGGIOLI, SANTARCANGELO DI ROMAGNA, 2012, € 32,00, PP. 324 - ISBN/EAN: 8838771715

Il sistema di tutela della salute si regge su una cornice costituzionale ancor oggi all'avanguardia, che ha consentito di sviluppare nel tempo assetti e regole preposti a garantire le prestazioni di cura e presa in carico in favore delle persone e della collettività, nell'ambito dei quali gli operatori, le strutture e i diversi livelli di competenza istituzionale provvedono all'esercizio delle funzioni e delle attività necessarie a dare copertura ai bisogni della popolazione. Il volume ne ricostruisce in maniera chiara e sintetica le norme fondamentali, dalle responsabilità dello Stato, delle Regioni, degli enti locali e delle aziende sanitarie, per poi descrivere le caratteristiche organizzative della sanità pubblica e le prestazioni considerate essenziali per l'utente e ripercorrere, infine, le regole dell'esercizio professionale, accompagnandole con l'illustrazione delle più recenti tendenze di mutamento del sistema, valutazioni critiche e le indicazioni giurisprudenziali più significative. Il testo si rivolge sia agli operatori del Ssn che a tutti coloro che, a vario titolo, sono chiamati a conoscere il diritto sanitario.

INDICE INTRODUZIONE: CIFRE, FONTI E COMPLESSITÀ DEL BENE SALUTE - 1. LA TUTELA DELLA SALUTE: PROFILI COSTITUZIONALI ED EVOLUZIONE ISTITUZIONALE - 2. IL SISTEMA DI RIPARTIZIONE DELLE COMPETENZE ISTITUZIONALI - 3. L'ORGANIZZAZIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA - 4. LE PRESTAZIONI SANITARIE - 5. IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE - 6. LE PROFESSIONI SANITARIE: DISCIPLINA, RESPONSABILITÀ E PROSPETTIVE

Mario Del Vecchio

SETTORE, SISTEMA E AZIENDA. LOGICHE DI GOVERNANCE IN SANITÀ

EGEA, MILANO, 2012, € 17,00, PP. 126 - ISBN/EAN: 9788823843417

In tutte le società avanzate, la sanità si colloca più sul versante dello Stato e delle scelte collettive che su quello del mercato e degli interessi particolari. Gli approcci di governance (contrapposti a quelli di government) suggeriscono ai soggetti pubblici di abbandonare l'idea che le scelte collettive possano essere realizzate attraverso il solo esercizio di poteri sovraordinati. Si tratta, invece, di guardare a sistemi complessi, siano essi tutta la sanità o una azienda sanitaria pubblica, nella prospettiva di un ordine che deve essere conquistato o fatto emergere e che non può più essere imposto. Con queste premesse il libro guarda alla sanità nel nostro Paese, collocando il Ssn nel quadro del più complessivo settore sanitario considerato come il vasto insieme di soggetti pubblici e privati coinvolti nei processi attraverso i quali individui e collettività fruiscono di servizi e prestazione che attengono ai bisogni di salute. La governance all'interno del Ssn viene, successivamente, interpretata alla luce del modello aziendale, quale ipotesi principale attorno alla quale si sono costruite le relazioni che legano i livelli regionali alle aziende sanitarie, modello che sembra ora essere messo in discussione e che necessita di essere difeso. Da ultimo, sono considerate le strutture e gli

assetti di governo a livello aziendale, rispetto ai quali emergono spinte crescenti volte ad assicurare una maggiore collegialità, preservando al contempo la necessaria efficienza e unitarietà dei processi decisionali al vertice della gestione.

INDICE INTRODUZIONE - 1. SANITÀ, MODELLI E LOGICHE DI GOVERNO - 1.1. LA SALUTE COME BISOGNO PRIMARIO - 1.2. I MODELLI PER IL GOVERNO DEI SISTEMI SANITARI - 1.3. UNA PROSPETTIVA DI INTERPRETAZIONE: LA GOVERNANCE - 1.4. SETTORE, SISTEMA E AZIENDE NELLA SANITÀ ITALIANA - 2. IL SETTORE SANITARIO - 2.1. INTRODUZIONE - 2.2. IL FORMARSI E L'ESTENDERSI DEL SETTORE SANITARIO - 2.3. I CONSUMI PRIVATI IN SANITÀ E I CANALI DI FINANZIAMENTO - 2.4. LA FILIERA E LA DIMENSIONE VERTICALE - 2.5. SETTORE, SISTEMA E AZIENDE: REGOLAZIONE E RESPONSABILITÀ SULL'EQUILIBRIO - 3. IL SISTEMA - 3.1. IL MODELLO AZIENDALE - 3.2. DUE FASI PER IL MODELLO AZIENDALE - 3.3. IL MODELLO AZIENDALE IN DISCUSSIONE - 3.4. PRIORITÀ E SISTEMI DI MISURAZIONE: DUE CONDIZIONI INDISPENSABILI - 3.5. IL FONDAMENTO DI QUALUNQUE MODELLO AZIENDALE: LA DIMENSIONE ECONOMICA - 4. L'AZIENDA - 4.1. LA GOVERNANCE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE - 4.2. LE NUOVE ESIGENZE - 4.3. I PROFESSIONISTI NEL GOVERNO AZIENDALE - 4.4. PER UNA CONCLUSIONE: LA NECESSITÀ DI UN IMPEGNO - BIBLIOGRAFIA

Tarricone Rosanna (a cura di)

**POLITICHE PER LA SALUTE E SCELTE AZIENDALI
IMPATTO SULL'INNOVAZIONE E DIFFUSIONE DELLE TECNOLOGIE MEDICHE**

EGEA, MILANO, 2012, € 33,00, PP. 288 - ISBN/EAN: 9788823843417

L'innovazione tecnologica è al centro dell'attenzione sia per le politiche pubbliche sia per le scelte di investimento e consumo delle aziende sanitarie. Nonostante la rilevanza del tema, poche sono le evidenze disponibili per chi deve adottare scelte di policy e di razionalizzazione della spesa sanitaria a livello centrale e regionale o per chi può orientare le scelte d'investimento tecnologico a livello aziendale. Questo volume sintetizza i risultati di una ricerca condotta da Cergas (Centro di ricerca sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università Bocconi in collaborazione con la Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici (DGFDM) del Ministero della salute, finalizzata a promuovere una conoscenza più approfondita del mercato dei dispositivi medici e delle scelte di consumo delle aziende sanitarie, sviluppando un approccio critico alla valutazione delle politiche che direttamente o indirettamente producono un impatto sul mercato dei dispositivi medici, in termini di strategie e comportamenti organizzativi delle imprese produttrici e delle aziende sanitarie, qualità e innovazione dei prodotti, scelte e preferenze dei professionisti e dei pazienti.

INDICE PREFAZIONE, DI MARCELLA MARLETTA - 1. LE IMPRESE PRODUTTRICI DI DISPOSITIVI MEDICI E LE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO E DEL MERCATO, DI PAOLA ROBERTA BOSCOLO E ROSANNA TARRICONE - 1.1. I DISPOSITIVI MEDICI: CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO E IL CONTRIBUTO ALLA SALUTE E ALLA CRESCITA ECONOMICA - 1.2. CARATTERISTICHE DELLE IMPRESE PRODUTTRICI DI DISPOSITIVI MEDICI - 1.3. IL MERCATO DEI DISPOSITIVI MEDICI - 1.4. LE DETERMINANTI DELL'EVOLUZIONE DEL MERCATO DEI DISPOSITIVI MEDICI - 1.5. RIFLESSIONI CONCLUSIVE - 2. LA RICERCA EMPIRICA SUI DISPOSITIVI MEDICI IN ITALIA, DI CLEA DE LUCA E R. TARRICONE - 2.1. PREMessa - 2.2. OBIETTIVI DELLA RICERCA - 2.3. LE TECNOLOGIE INDAGATE - 2.4. IL CAMPIONE - 2.5. METODI E STRUMENTI DI INDAGINE - 3. LA DIMENSIONE DEL SETTORE DEI DISPOSITIVI MEDICI, DI P.R. BOSCOLO, MICHELA CANOBBIO E ORIANA CIANI - 3.1. CENNI METODOLOGICI - 3.2. I DISPOSITIVI DELL'AREA CARDIOLOGICA NEL SSN: DATI DI SPESA E VOLUMI - 3.3. I DISPOSITIVI DELL'AREA ORTOPEDICA NEL SSN: DATI DI SPESA E VOLUMI - 3.4. I DM NEL SSN: DATI DI SPESA E VOLUMI. NEUROCHIRURGIA E NEUROLOGIA INTERVENTISTICA - 3.5. CONCLUSIONI - 4. I PROCESSI DI VALUTAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE, DI P.R. BOSCOLO, O. CIANI E ALEKSANDRA TORBICA - 4.1. LA VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE -: DEFINIZIONE E PRINCIPI FONDANTI - 4.2. L'HTA IN ITALIA: RUOLI E RESPONSABILITÀ DELLE AUTORITÀ CENTRALI, REGIONALI E LOCALI - 4.3. METODI, RACCOLTA DATI, E CRITICITÀ - 4.4. CONCLUSIONI - APPENDICE - 5. I PROCESSI DI APPROVVIGIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI, DI FABIO AMATUCCI E MARTA MARSILIO - 5.1. L'EVOLUZIONE ISTITUZIONALE DEI MODELLI DI APPROVVIGIONAMENTO - 5.2. FORME CONTRATTALI ED ELEMENTI DI VALUTAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI E DELLE TECNOLOGIE - 5.3. RACCOLTA DATI, METODI E CRITICITÀ - 5.4. ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI - 5.5. CONCLUSIONI - 6. L'ATTIVITÀ SPERIMENTALE SUI DISPOSITIVI MEDICI, DI PATRIZIO ARMENI, MARIANNA CAVAZZA E CLAUDIO JOMMI - 6.1. PREMessa - 6.2. GAP DI LETTERATURA - 6.3. MATERIALI E METODI - 6.4. I RISULTATI DELLA SURVEY SULLE AZIENDE SANITARIE - 6.5. I RISULTATI DELLA SURVEY SULLE IMPRESE PRODUTTRICI - 6.6. CONCLUSIONI E IMPLICAZIONI DI POLICY - 7. LINEE STRATEGICHE DI EVOLUZIONE DEL SETTORE DEI DISPOSITIVI MEDICI IN ITALIA, DI R. TARRICONE

Stefano Villa

**L'OPERATIONS MANAGEMENT A SUPPORTO DEL SISTEMA DI OPERAZIONI AZIENDALI
MODELLI DI ANALISI E SOLUZIONI PROGETTUALI PER IL SETTORE SANITARIO**

CEDAM, PADOVA, 2012, € 20,00, PP. 228 - ISBN: 978-88-13-33301-0

L'operations management (OM) è quella funzione aziendale che si occupa della progettazione, programmazione, gestione e controllo di tutti i processi produttivi che trasformano input/fattori di produzione in output (un bene o un servizio). L'obiettivo dell'OM è quello di progettare e organizzare le attività in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente (senza sprechi di risorse) ed efficace (capace di rispondere ai bisogni/attese dei clienti). Nel caso delle aziende sanitarie l'OM si occupa della programmazione, gestione e controllo della aree produttive (ad esempio posti letto o sale operatorie) dove si realizzano i percorsi di diagnosi, cura e assistenza con l'obiettivo di assicurare un flusso di fattori produttivi (cose e persone) sicuro, appropriato, tempestivo ed efficiente. In una situazione di contrazione delle risorse disponibili e dell'affermarsi di nuovi modelli di organizzazione delle cure (per esempio ospedale per intensità delle cure) un efficace governo delle piattaforme logistico-produttive diventa essenziale. Il testo espone, nel caso delle aziende sanitarie, le tipiche scelte dell'OM riguardanti il lay-out e l'organizzazione degli spazi, il dimensionamento e la programmazione della capacità produttiva, l'organizzazione delle attività produttive, le tecnologie e i sistemi informativi, presentando una serie di strumenti di analisi e soluzioni progettuali utili al cambiamento delle operations. Temi affrontati non solo nella prospettiva della gestione o in quella tecnico-ingegneristica, ma inseriti all'interno del più generale schema concettuale dell'ordine sistemico d'azienda. In particolare, si sottolinea l'importanza di sviluppare strategie di operations in coerenza con le specificità dei processi di produzione sanitari, la natura pubblica di una parte rilevante delle strutture d'offerta e le caratteristiche degli assetti organizzativi aziendali.

INDICE PREFAZIONE DI ELIO BORGONOVÌ - CAPITOLO I. IL SISTEMA DI OPERAZIONI AZIENDALI - 1. IL SISTEMA AZIENDA 1.2. L'OPERATIONS MANAGEMENT: INQUADRAMENTO GENERALE - 3. I PROCESSI PRODUTTIVI: DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE - 4. LE SCELTE PRODUTTIVE - 4.1. DIMENSIONAMENTO E PROGRAMMAZIONE DELLA CAPACITÀ PRODUTTIVA - 4.2. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE - 4.3. SISTEMI INFORMATIVI ED INNOVAZIONE TECNOLOGICA - 4.4. LAY-OUT ED ORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI - 4.5. SCELTE STRATEGICHE, TATTICHE ED OPERATIVE 5. APPROCCI E STRUMENTI PER L'OM - CAPITOLO II. I PROCESSI PRODUTTIVI NELLE AZIENDE SANITARIE - 1. CLASSIFICAZIONE DEI PROCESSI PRODUTTIVI NELLE AZIENDE SANITARIE - 2. SPECIFICITÀ E VINCOLI NELLA GESTIONE DEI PROCESSI NELLE AZIENDE SANITARIE - 2.1. COMPLESSITÀ E SPECIFICITÀ DEI PROCESSI DI PRODUZIONE SANITARI - 2.2. IMPATTO DELLA DIMENSIONE PUBBLICA SUI PROCESSI ASSISTENZIALI - 3. LA GESTIONE DELLA VARIABILITÀ IN SANITÀ - 4. LE FASI DI UN PROGETTO DI ANALISI E RI-PROGETTAZIONE DEI PROCESSI - CAPITOLO III. L'OPERATIONS MANAGEMENT IN SANITÀ - 1. OPERATIONS MANAGEMENT IN SANITÀ: UNA DEFINIZIONE - 2. PERCHÉ OCCUPARSI DI OPERATIONS MANAGEMENT IN SANITÀ? - 3. LE DIMENSIONI DI PERFORMANCE DELL'OM IN SANITÀ - 4. LE SCELTE PRODUTTIVE NELLE AZIENDE SANITARIE - 4.1. DIMENSIONAMENTO E PROGRAMMAZIONE DELLA CAPACITÀ PRODUTTIVA - 4.2. LAY-OUT ED ORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI - 4.3. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE - 4.4. TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATIVI - 5. IL MODELLO «LEAN THINKING» IN SANITÀ - CAPITOLO IV. LA LOGISTICA DEL PAZIENTE: STRUMENTI DI ANALISI E SOLUZIONI PROGETTUALI - 1. LA METODOLOGIA DI ANALISI - 1.1 L'ANALISI A LIVELLO DI PIPELINE PRODUTTIVE: IL CASO DEL PERCORSO CHIRURGICO - 1.2. L'AREA PRODUTTIVA SALA OPERATORIA - 1.3. L'IMPORTANZA DELLA VISIONE DI SISTEMA - 2. L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DELLE CURE - CAPITOLO V. IL RUOLO DELL'OPERATIONS MANAGEMENT NEL SISTEMA AZIENDA - 1. IL CONCETTO DI UNITARIETÀ D'AZIENDA 2. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA - 3. L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE - 4. L'OPERATIONS MANAGEMENT ALL'INTERNO DELLE STRATEGIE AZIENDALI - 5. OPERATIONS MANAGEMENT ED ECONOMICITÀ DELLE AZIENDE - POSTFAZIONE - DI EUGENIO ANESSI PESSINA - BIBLIOGRAFIA

È L'ORA DEL RINNOVO

OGGETTO: campagna promozionale **valida fino al 31 gennaio 2013**: rinnovo dell'abbonamento a **RAGIUFARM + RAGIUFARM CLICK** a prezzo bloccato.

Egregio lettore,

la sua esperienza operativa nell'ambito del sistema farmaco-farmacia-farmacista, 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 **RAGIUFARM**, Rassegna giuridico farmaceutica, svolge come Ella sa, in tale campo, da anni, una funzione leader.

RAGIUFARM, nei suoi oltre 20 anni di vita, ha saputo imporsi come strumento autorevole di approfondimento giuridico-amministrativo, per tutti coloro che operano nel mondo farmaceutico.

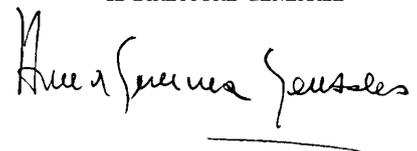
In più, **RAGIUFARM** si è dotata del supporto informatico **RAGIUFARM click**, la copia esatta della rivista su CD-rom, in formato PDF, che Le permetterà una pratica consultazione della rivista anche sul Suo PC, con tutti i vantaggi che da ciò derivano.

Tali ragioni L'hanno convinta ad essere già abbonata a **RAGIUFARM** o La convinceranno a diventarlo; mi auguro che i vantaggi della convenienza dell'offerta (a prezzo bloccato) La convincano a sottoscrivere subito l'abbonamento per il 2013 a **RAGIUFARM**, per sé e per i suoi collaboratori.

Farlo subito, utilizzando la cedola sottostante e pagando entro il 31 gennaio 2013, Le risulterà notevolmente vantaggioso e non interromperà l'invio dei fascicoli.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, novembre 2012

**CAMPAGNA PROMOZIONALE
VALIDA FINO AL 31 GENNAIO 2013**

RAGIUFARM 2013

**RAGIUFARM + RAGIUFARM CLICK
A PREZZO BLOCCATO**

Programma abbonamento 2013

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 **RAGIUFARM cartaceo** al prezzo di € 325,00 anziché € 330,00;
 - n. abbonamenti a **RAGIUFARM cartaceo + RAGIUFARM click** al prezzo complessivo di € 425,00 anziché € 430,00;
 - n. abbonamenti a **RAGIUFARM click** al prezzo di € 380,00 (per chi non intenda abbonarsi alla versione cartacea di **RAGIUFARM**).
- 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.

..... li

Codice Fiscale

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine a prezzo ridotto è valido soltanto se accompagnato dal pagamento entro il 31 gennaio 2013. La presente offerta non è valida per gli ordini che pervengano tramite libreria e non è cumulabile con altre campagne promozionali in corso.

Soltanto fino al
31 gennaio 2013

Rassegna Giuridica della Sanità

RAGIUSAN

Rivista mensile di dottrina, giurisprudenza
e documentazione di interesse socio-sanitario

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

WHO Collaborating Centre for Health legislation

diretta da **Luigi D'Elia**

Oggetto: **Campagna promozionale «a prezzo bloccato» con ulteriori sconti per abbonamenti plurimi, con pagamento entro il 31 gennaio 2013.**

Egregio Dottore,

nel mese di dicembre scade il suo abbonamento a **Ragiusan** – Rassegna giuridica della sanità.

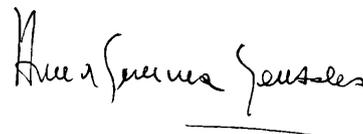
La Sipis srl, come è tradizione, offre il rinnovo dell'abbonamento «a prezzo bloccato» con ulteriori sconti per i sottoscrittori di più abbonamenti, con pagamento entro il **31 gennaio 2013**.

Completi e ci spedisca subito la cedola allegata e provveda nel contempo al pagamento; usufruirà dei vantaggi dell'offerta a Lei riservata.

Mi auguro che i vantaggi della convenienza della offerta «a prezzo bloccato» La convincano a rinnovare subito o a far sottoscrivere dalla Sua azienda un abbonamento plurimo a **Ragiusan 2013** alle condizioni vantaggiosissime, riportate nella cedola allegata.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



Roma, novembre 2012

**CAMPAGNA PROMOZIONALE
VALIDA FINO AL 31 GENNAIO 2013**

RAGIUSAN 2013

«A PREZZO BLOCCATO»

Programma abbonamento 2013

Spediz. in abb. post., art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03, conv. in L. n. 46/04

● Vi prego di voler mettere in corso, alle condizioni che lo regolano:

n. 1 abbonamento
al costo di € 810,00
(anziché € 820,00)

n. 2 abbonamenti
al costo di € 1.498,50
(sconto del 15% sul secondo abbonamento)

n. 3 abbonamenti
al costo di € 2.106,00
(sconto del 25% sul terzo abbonamento)

● 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

FIRMA E TIMBRO

Partita IVA

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

L'ordine a prezzo ridotto è valido se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 31 gennaio 2013.

La presente offerta non è valida per gli ordini che pervengono tramite libreria e non è cumulabile con altre campagne promozionali in corso.

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.