

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XXII – N. 86 APRILE-GIUGNO 2013

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Obiettivo sostenibilità: responsabilizzazione e sfide per il cambiamento invece che auspici e vincoli

Elio Borgonovi

SAGGI

- 11** Il cambiamento dei sistemi di programmazione e controllo nel processo di adattamento al contesto sanitario: un approccio integrato-interattivo
Cristina Campanale, Lino Cinquini

- 33** La presa in carico dei pazienti cronici: il disegno dei CReG lombardi e i possibili scenari di governance
Francesco Longo, Clara Carbone, Francesca Ferrè, Alberto Ricci

- 53** La funzione finanza nelle Aziende ospedaliero-universitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo

Giusy Cavallaro, Annarita Trotta

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 73** Il fenomeno delle dimissioni ospedaliere ritardate nella regione Emilia-Romagna
M. Mongardi, J. Lenzi, E. Di Ruscio, P. Rucci, M. Vizioli, C. Randazzo, E. Toschi, T. Carradori, M. P. Fantini

- 87** Lean Thinking in Radiologia: allineare i servizi fuori linea al percorso di cura del paziente in Pronto soccorso

D. Ricci, S. Magazzini, A. Coppi, A. Bogani, F. Bellomo, G. Dellino, A. Sergi

- 103** Dal controllo della spesa al governo clinico delle cure primarie: esperienza alla ASL 4 Terni

Flavia Simonetta Pirola, Vincenzo Panella, Sergio Luzzi Galeazzi

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 127** Novità bibliografiche

- 130** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Paola Adinolfi

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

Elio Borgonovi

EDITORIAL BOARD

Antonio Barretta

Antonio Botti

Stefano Calciolari

Pier Luigi Catalfo

Denita Cepiku

Lino Cinquini

Corrado Cuccurullo

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Federico Lega

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Anna Prenestini

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Domenico Salvatore

Massimo Sargiacomo

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Alice Porto

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 2013 versare l'importo di € 360,00 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 fotocopia la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

Obiettivo sostenibilità: responsabilizzazione e sfide per il cambiamento invece che auspici e vincoli

ELIO BORGONOVÌ

Uno dei temi centrali nel dibattito sul servizio di tutela della salute è senza dubbio quello della sostenibilità, che nasce da un apparente paradosso articolato in due dimensioni. Il progresso tecnico-scientifico rende possibile affrontare con successo problematiche di salute sempre più numerose e di crescente complessità. Ciò aumenta non solo la domanda di servizi per affrontare patologie acute, ma anche la domanda correlata a situazioni di disabilità, cronicità, non autosufficienza. La seconda dimensione è in un certo senso la conseguenza della prima e riguarda il progressivo invecchiamento della popolazione che accresce i bisogni di salute. Chi partecipa a convegni, conferenze, seminari di studio ha numerose occasioni per imbattersi in analisi e proiezioni che danno una «strana sensazione di malessere», poiché «vivere più a lungo» e avere la possibilità di «convivere con condizioni croniche, potendo contare su un relativo stato di benessere», sembrano circostanze divenute quasi una colpa, in quanto considerate una determinante dell'aumento della spesa.

Ovviamente tutti i relatori, consci della possibile «strana sensazione di malessere», si affrettano a sottolineare che le previsioni e proiezioni hanno lo scopo di dare evidenza al problema e alla sua entità, per favorire la ricerca di soluzioni adeguate. Strettamente collegato al tema della «sostenibilità» è quello della «compatibilità» (trade off) tra soluzioni di breve e di medio-lungo periodo, tra urgenza delle soluzioni e loro rilevanza, tra criteri/vincoli economici e quelli sociali, tra peso da dare ai vincoli e agli incentivi, tra autonomia e responsabilizzazione, tra motivazione intrinseca ed estrinseca delle persone. Il binomio sostenibilità-compatibilità viene in genere affrontato richiamando due concetti principali, quello del «cambiamento delle regole», che governano la domanda e l'offerta di servizi di salute, e quello delle «riforme strutturali», che hanno lo scopo di modificare i trend evolutivi.

Sembra difficilmente contestabile la considerazione che, dopo la crisi scoppiata nel 2007, le politiche nei sistemi di tutela della salute dei Paesi europei, di quelli Ocse e, si può dire, della maggior parte dei Paesi, siano state motivate principalmente dalle esigenze di breve periodo e dalla prevalenza dei criteri economici. Anche i governi che hanno posto l'accento sulla necessità di operare «riforme strutturali» di fatto hanno finito per dare priorità a interventi aventi l'obiettivo di risanamento dei conti pubblici. In un certo senso si è trattato di una riformulazione del principio enunciato da J.M. Keynes, secondo il quale «poiché nel lungo periodo siamo tutti morti» è opportuno sostenere lo sviluppo con interventi che nel breve periodo aumentano la domanda aggregata (per esempio, tramite l'espansione della spesa pubblica), la creazione di posti di lavoro e l'attivazione di un circolo virtuoso dell'economia. La riformulazione di questo principio potrebbe essere enunciata nei seguenti termini: poiché l'attesa di vita si è allungata, per poter beneficiare effettivamente di questa prospettiva, occorre adottare politiche di breve periodo di risanamento dei conti pubblici (in particolare la riduzione della spesa pubblica e, al suo interno, la riduzione di quella per la salute). Se

non si raggiungono equilibri di breve periodo non è possibile arrivare al lungo periodo. Le motivazioni che hanno spinto la maggior parte dei governi (e per i Paesi europei in difficoltà la ormai famosa o temuta trojka UE-BCE-FMI) a orientarsi in questa direzione partono dal presupposto che le riforme strutturali sono condizioni per recuperare la sostenibilità di lungo periodo ma che, a loro volta, esse non possono realizzarsi nei Paesi che non sono in grado di raggiungere l'equilibrio dei propri conti pubblici nel breve periodo.

Non appare invece fuori luogo riflettere sulla fondatezza del trade off implicito di queste politiche. Infatti, le ragioni di urgenza e di necessità non esimono dall'attuare una valutazione degli effetti di medio-lungo periodo, logicamente correlabili agli interventi di breve periodo. Senza discutere le ragioni di politica economica o relative ai debiti sovrani che hanno portato alle politiche di rigore, si può oggi affermare con certezza che i tagli della spesa pubblica imposti alla Grecia e al Portogallo stanno generando pesantissimi effetti in termini di accessibilità della popolazione di quei Paesi ai servizi sanitari. Poiché ogni mese si rincorrono le statistiche che riportano i dati sulla quota di popolazione costretta a rinunciare a cure essenziali per la salute e dati allarmanti su patologie e aggravamenti degli stati di salute provocati dal mancato ricorso alle cure, appare superfluo ricordare in questo editoriale cifre sulle quali il lettore può aggiornarsi direttamente. Per quanto riguarda i farmaci, dopo un primo periodo in cui i produttori non avevano accettato di ridurre i prezzi, di fronte alla caduta del potere di acquisto delle famiglie, dal 2012 sono state decise politiche di abbassamento drastico dei prezzi, che sembrano aver raggiunto solo parzialmente l'obiettivo di renderli disponibili per i pazienti. Infatti, è contemporaneamente aumentato il fenomeno cosiddetto delle «esportazioni parallele», in cui una parte rilevante dei farmaci acquistati in Grecia, a prezzi inferiori a quelli negli altri Paesi europei, è poi esportata in questi in forme illecite, o al limite del lecito, consentendo profitti a chi effettua queste operazioni a discapito degli abitanti della Grecia. Un fenomeno simile è in atto in Portogallo, mentre per ora la situazione in Irlanda, Spagna e Italia non è arrivata a un punto così critico.

Nel nostro Paese, invece, si possono già valutare gli effetti provocati dalla adozione dei «piani di rientro» nelle Regioni che presentavano un disavanzo strutturale. Poiché le ragioni di urgenza di breve periodo hanno fatto prevalere la dimensione «finanziaria» dei piani di rientro, si sono avuti effetti, ormai dimostrabili con numerosi dati raccolti da organismi indipendenti, di accertamenti e cure non garantiti negli ultimi mesi dell'anno e rinviati ai primi mesi dell'anno successivo (soprattutto da parte di strutture private accreditate ma anche di aziende pubbliche sottoposte a vincoli di bilancio), e di riduzione dei livelli essenziali di assistenza effettivamente garantiti. Le politiche guidate dalla logica di breve periodo della «necessità e urgenza finanziaria» hanno portato a una situazione di «assistenza a macchia di leopardo», ossia con livelli effettivi molto diversi in diverse aree geografiche del Paese (oltre allo strutturale divario tra Regioni del Nord e Regioni del Sud, stanno aumentando le divaricazioni tra differenti aree all'interno della stessa Regione), con possibilità di assistenza differenziata nei diversi periodi dell'anno (si è ormai diffusa l'affermazione secondo cui è più sfortunato chi si ammala negli ultimi mesi dell'anno), con accessibilità differente a seconda delle classi di reddito e sociali (solo una parte della popolazione può infatti usufruire di fondi integrativi o può ricorrere al pagamento diretto di prestazioni, spesa out of pocket). In tutte le Regioni, poi, i vincoli finanziari sembrano aver penalizzato in misura proporzionalmente più rilevante gli interventi di prevenzione, il che ha già avuto effetti in termini di aumento di alcune patologie, il cui trattamento comporta costi superiori ai risparmi dovuti alla mancata prevenzione. Se a questi effetti si aggiungono le difficoltà a effettuare manutenzioni ordinarie di ospedali, ambulatori, attrezzature, apparecchiature e altri beni durevoli, e a investire in nuove tecnologie e metodiche assistenziali che potrebbero migliorare la qualità dell'assistenza, congiuntamente a una riduzione di costi, si accrescono i dubbi sulla efficacia di tali politiche nel medio-lungo periodo. Se, infatti, alle previsioni/proiezioni sull'invecchiamento della popolazione e sulla dinamica delle patologie si aggiungessero anche previsioni sulla distribuzione temporale dei risparmi di breve periodo, da un lato, e dell'aumento di spesa nel medio-lungo periodo, dall'altro, nonché sul crescente divario tra i livelli essenziali di assi-

stenza previsti per legge o dichiarati nei piani e i livelli effettivamente garantiti, si avrebbero informazioni più adeguate per valutare il trade off tra breve e lungo periodo.

Troppo spesso ai concetti di necessità e urgenza vengono collegate soluzioni semplicistiche (molti analisti e opinionisti usano affermare che «le soluzioni esistono, sono chiare e univoche, basta la volontà politica per attuarle») dimenticando l'esigenza altrettanto forte di trovare soluzioni di breve periodo che siano compatibili, anche con un miglioramento, o almeno un non peggioramento, della situazione di lungo periodo sul piano finanziario e della capacità di risposta a bisogni di salute crescenti. Il superamento dei sistemi di pianificazione formale di lungo periodo con un più realistico approccio, che prevede interventi con efficacia immediata, è accettabile solo a condizione che non si rinunci a ricercare quelle soluzioni di breve periodo compatibili con un non peggioramento degli equilibri di medio-lungo periodo sul piano dei processi reali (livelli di assistenza) e dei processi finanziari (compatibilità della spesa per la tutela della salute pubblica e privata con l'equilibrio dei bilanci pubblici e dei bilanci delle famiglie).

Poiché il fine di un Ssn, qualunque sia il modello adottato, è indiscutibilmente quello di recuperare, mantenere e promuovere il benessere fisico, psichico e spirituale (in senso religioso o laico) delle persone e poiché la spesa per la salute (impiego delle risorse) è intrinsecamente uno dei fattori che stimolano la produttività e la crescita (una popolazione con un buono stato di salute contribuisce a sostenere un «ciclo virtuoso» di produzione-consumo-risparmio-investimenti), il confronto tra effetti di breve e di lungo periodo delle politiche e delle riforme richiede che siano definiti ed esplicitati preventivamente i risultati desiderati e le conseguenze non desiderate. È erroneo sopravvalutare gli effetti finanziari di breve periodo (tipicamente raggiungimento dell'equilibrio di bilancio) e sottovalutare gli effetti finanziari di medio-lungo periodo (pressione sull'aumento della spesa per l'aggravamento delle problematiche di salute della popolazione) e/o, soprattutto, gli effetti sul piano della tutela di un diritto fondamentale della persona. La contrapposizione tra politiche guidate dal principio secondo cui «di equilibri (economici) un Paese può morire» e il principio contrario secondo cui «di rigore (sul piano finanziario) un Paese può morire» assume ormai la posizione di ideologia tecnocratica. L'unico modo per evitare la natura ideologica di tali politiche è quello di definire un sistema di cose che si vogliono misurare: durata/attesa della vita, prevalenza di certe patologie, indici di mortalità e morbilità (scelti tra quelli considerati più significativi), prevalenza di patologie per classi di età (multi o pluripatologie per la popolazione anziana), indici di accessibilità ai servizi, numero e qualità di prestazioni per le situazioni di trattamento delle acuzie, della cronicità, della disabilità, della lungo degenza, dotazione di strutture di offerta, livelli di attività, ricoveri ospedalieri, accertamenti, visite specialistiche e altre prestazioni senza ricovero, spesa totale procapite e incidenza sul Pil. Per queste e per altre variabili si possono poi prevedere misure di dinamica nel tempo (gli indici migliorano o peggiorano), confronti tra Regioni, confronti con altri Paesi, confronti riferiti a standard (di spesa procapite, dotazione di servizi, dotazione di personale, ecc.). Definire a priori e concordare un set di variabili considerate rilevanti, di indicatori e di parametri consente di valutare ex ante le politiche che si intendono adottare e, soprattutto, di valutare l'impatto di queste politiche (valutazioni in itinere ed ex post). Le valutazioni ex ante consentono di evitare politiche i cui effetti positivi di breve periodo sono inferiori agli effetti negativi di medio-lungo periodo, tenuto conto anche della attualizzazione dei flussi finanziari. Esse stimolano la ricerca di quelle alternative che permettono di avere effetti positivi nel breve e lungo periodo, o almeno effetti positivi di breve periodo superiori a quelli negativi di medio-lungo. Infine, evitano l'approccio asimmetrico, che è stato dominante in questi anni di crisi finanziaria, economica e dei debiti sovrani, secondo cui per il breve periodo si valutano gli effetti finanziari, trascurando di valutare gli effetti sullo stato di salute nel medio-lungo periodo. Una metrica articolata nelle diverse dimensioni che devono qualificare le politiche e le riforme di sistemi complessi evita, quindi, di trascurare il trade off tra sostenibilità economica e sostenibilità sociale che, in ultima analisi, è anche sostenibilità politica. Non esistono politiche «economiche e della spesa pubblica» sostenibili senza una sostenibilità «politica» che, a sua volta, non può prescindere dalla soste-

nibilità sociale. Anche il Presidente della BCE, Mario Draghi, ha riconosciuto questa situazione durante l'Audizione al Parlamento europeo del giorno 8 luglio, dove ha affermato che «il disagio sociale è una tragedia [...] i Governi non devono disfare i progressi raggiunti sul risanamento inevitabile dei conti pubblici [...] ma deve essere fatto in modo favorevole alla crescita [...] tenuto conto della tragedia rappresentata in molti Paesi dalle difficoltà sociali e dalla disoccupazione giovanile».

I processi di cambiamento e le riforme possono essere promossi con diversi strumenti, quali leggi, decreti e altri atti normativi, linee-guida e indirizzi, piani e programmi, la cui efficacia dipende dalla qualità con cui sono realizzate le diverse fasi:

- come si analizza e interpreta la realtà per far emergere i problemi critici da affrontare;
- come si attiva la creatività di tutti i soggetti coinvolti o interessati per far emergere tutte le iniziative valide;
- come si aggrega il consenso per arrivare a una decisione;
- come vengono attuate/implementate le riforme o i cambiamenti desiderati, evitando gli effetti «non desiderati», che vanno conosciuti, previsti e contrastati.

Spesso i processi di cambiamento e le riforme falliscono proprio perché i problemi sono definiti in modo non corretto. Per esempio, si parte dall'enunciazione che il problema critico dell'Italia è la riduzione della spesa pubblica per ridurre i tributi, quando invece il problema critico è quello della «qualificazione» della spesa pubblica, che significa capacità di ridurre gli sprechi e le inefficienze o, in caso di rigidità della spesa, capacità di aumentare la produttività, ossia di generare esternalità positive per il sistema economico. In una recente analisi del Cergas è stato messo in evidenza che la differenza tra i sistemi di welfare italiano, francese e tedesco non è data dalla differenza del livello di spesa, ma dalla sua composizione. In Francia e in Germania una parte significativa della spesa pubblica è utilizzata per dare servizi reali alla popolazione, mentre in Italia una parte più rilevante è costituita dai trasferimenti finanziari alle famiglie (ad esempio assegni di accompagnamento, pensioni di invalidità, ecc.) di entità limitata, che non consentono alle famiglie stesse di soddisfare i bisogni. La frammentazione dei flussi finanziari determina una condizione negativa per la sostenibilità totale del sistema. Infatti, da un lato, le famiglie e le persone non hanno a disposizione servizi pubblici di qualità e, dall'altro, hanno trasferimenti finanziari insufficienti ad acquistare sul mercato i servizi necessari. In assenza di interventi idonei a qualificare la spesa, per poterla ridurre in modo razionale, l'eventuale riduzione indiscriminata (si usa in questo caso il termine «tagli lineari») può comportare benefici di breve periodo, per esempio anche la riduzione dei tributi, ma peggiora la situazione di medio-lungo periodo.

Si può ancora rilevare che il problema dell'Italia non è costituito da una elevata spesa per la tutela della salute, sia pubblica sia totale, quanto dalla diversa capacità delle Regioni, o di aziende sanitarie all'interno delle Regioni, di utilizzare la spesa in modo appropriato per dare servizi di alta qualità. Quindi il problema non è quello di ridurre la spesa per la salute, né quello di perseguire l'equilibrio finanziario delle Regioni che presentano disavanzi, quanto quello di attivare interventi mirati al recupero di appropriatezza e di efficienza. Questa considerazione sembra banale ma evidenzia la necessità di seguire una sequenza logica corretta. Applicare il principio di starve the beast (letteralmente, affamare la bestia, ossia l'eccessiva spesa per la salute) con l'obiettivo, o la speranza, di «indurre» o «costringere» il sistema a migliorare, significa dimenticare una espressione della saggezza popolare, secondo cui «è la somma che fa il totale» e non viceversa. Analogamente, spesso dico agli studenti che chiedono un innalzamento del voto, o una domanda aggiuntiva per non abbassare la media, che sono i voti che fanno la media e non viceversa. La formulazione corretta del problema del Ssn può essere invece la seguente: se in una Regione la spesa farmaceutica convenzionata o ospedaliera è molto elevata rispetto alla media nazionale, a Regioni simili o a un valore assunto come riferimento (standard), come è possibile ridurre la spesa senza danneggiare i pazienti con patologie croniche o le famiglie a basso reddito. Proseguendo negli esempi, si può dire che il problema non è quello di passare dai tagli lineari della spesa

alla cosiddetta spending review, ma quello di verificare se esistono nel sistema persone dotate di conoscenze, competenze, capacità, motivazioni idonee a individuare le spese non appropriate e le sacche di inefficienza. La spending review, infatti, non è un processo che può essere applicato da «un commissario ad acta» o da un team di esperti, ma da un commissario o un team di esperti dotati delle professionalità per attivare processi che danno concretezza alla spending review. Individuare le voci di spesa inappropriate e inefficienti è una professione diversa da quella richiesta per incentivare e motivare decine e centinaia di persone a effettuare la spending review.

Questa considerazione introduce alla seconda fase. Non è realistico ipotizzare che in un sistema complesso che intende garantire la tutela della salute come diritto della persona, la soluzione dei problemi, in particolare quello della sostenibilità di breve e medio-lungo periodo, possa seguire il processo top down. Non può esistere una «intelligenza superiore», un gruppo limitato di esperti e tecnici in grado di formulare una «soluzione razionale o ottimale» e di convincere un gruppo di «politici illuminati» disposti ad applicarle. Un sistema complesso e articolato può migliorare solo se gli esperti, i tecnici, i politici illuminati svolgono il ruolo di attivatori e catalizzatori di energie positive esistenti nel sistema. Il problema reale è molto più profondo della distinzione tra processo top down e bottom up, dei distinguo tra Governo che decide con il metodo della semplice consultazione o con quello della concertazione, della enunciazione secondo cui «il politico guarda alle prossime elezioni mentre lo statista guarda alle prossime generazioni». In una realtà estremamente differenziata, rappresentata da bisogni di salute che cambiano rapidamente e spesso in modo non prevedibile, il problema reale è quello di fare in modo che le persone che hanno responsabilità di diverso livello – dai medici, infermieri e personale di assistenza diretta in ospedale o sul territorio, al personale che svolge funzioni amministrative, tecniche o, comunque, di supporto all'assistenza diretta, ai responsabili di Unità organizzativa semplice e complessa, di distretti, di dipartimenti, di Pdta, alla dirigenza di vertice delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, ai dirigenti degli assessorati regionali alla salute, ai dirigenti del Ministero della salute – non si abituino a «fare ciò che hanno sempre fatto», ad applicare protocolli, linee-guida, leggi, procedure amministrative, a eseguire decisioni e indirizzi di altri, ma si sentano impegnati a ricercare e proporre soluzioni innovative. Senza una forte carica di innovazione consentita dalla creatività delle persone, nessun sistema complesso può essere sostenibile nel breve e medio-lungo periodo in termini di tutela sempre migliore del diritto alla salute e di compatibilità con le risorse disponibili.

Certamente la scelta di processi decisionali top down, bottom up o misti e l'adozione di un modello di semplice consultazione o di concertazione non sono indifferenti e hanno un diverso impatto sul piano della generazione e dell'innovazione a tutti i livelli. Tuttavia, i processi di cambiamento e di riforma richiedono il consenso che, in una realtà complessa e articolata, può essere ottenuto solo tramite alleanze. Senza eccessivi approfondimenti di carattere sociologico e politologico, e senza dover ricorrere a sofisticate analisi sui risultati elettorali, si può dedurre che in una «società liquida», come definita da Z. Bauman, è più facile avere maggioranze «contro» che costruire maggioranze «per» qualcosa. Ciò risponde anche alla logica del certo e dell'incerto. Infatti, è abbastanza semplice e relativamente certo individuare ciò che non va attualmente, mentre è evidente che gli effetti delle riforme e dei processi di cambiamento sono per loro definizione incerti. Quindi, l'elemento critico per realizzare i cambiamenti e per attuare le riforme è costituito dalla capacità di «costruire alleanze». In questo senso si può dire che il manager professionale, il politico illuminato, lo statista sono persone abili non solo nel far emergere ciò che serve alla società, all'economia e al sistema di tutela della salute in questo caso specifico, ma sono anche in grado di costruire alleanze per ottenere il risultato desiderato. Uno statista che pensa alle future generazioni e non si preoccupa, o non è capace, di costruire il consenso finisce anche per danneggiare le generazioni presenti oltre che quelle future. Un politico illuminato incapace di vincere le elezioni non riesce a esprimere le proprie potenzialità positive, può al massimo diventare un «profeta inascoltato». Un manager (privato o pubblico) che identifica soluzioni

razionali o ottimali, ma che è convinto di poter attuare i propri piani e programmi con il solo potere gerarchico, potrà conseguire buoni risultati nel breve periodo, ma sicuramente non favorisce la sostenibilità di medio-lungo periodo. Nel sistema di tutela della salute vanno perciò perseguite non tanto e non solo le alleanze tra partiti o forze politiche chiamate ad approvare riforme ma, soprattutto, le alleanze con i pazienti e i movimenti che ne tutelano i diritti, i medici, gli infermieri e gli altri operatori che giorno per giorno sono in frontiera per realizzare servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con i manager di vario livello all'interno delle aziende sanitarie locali e territoriali, delle Regioni, del Ministero, con le università e i centri di ricerca biomedica, o comunque rilevanti per la salute, con le imprese dei diversi settori economici collegati alla «filiera della salute». Un principio semplice per realizzare le alleanze che viene spesso enunciato è quello di individuare «soluzioni win-win» che portino vantaggi a tutti. Si tratta tuttavia di un principio per molti aspetti utopistico, mentre sembra più realistico suggerire un principio secondo cui occorre individuare soluzioni che siano vantaggiose per alcuni, appaiano vantaggiose per altri, garantiscano contropartite accettabili per tutti coloro che possano temere svantaggi o perdite di privilegi dai cambiamenti e dalle riforme. Invocare moralisticamente la disponibilità di qualcuno a rinunciare ai propri interessi «per il bene comune» serve a poco, specialmente quando si devono affrontare problemi di tutela della salute in cui le aspettative e gli interessi di molti soggetti hanno un intrinseco valore morale. I richiami moralistici hanno una contraddizione intrinseca se rivolti a persone che, quando difendono interessi illegittimi o privilegi, dimostrano di essere insensibili a richiami morali.

L'ultima fase dei processi di riforma è stata più volte oggetto di editoriali di Mecosan e, perciò, in questa sede si richiama un aspetto spesso dimenticato. Anche le riforme progettate nel migliore dei modi, ed eventualmente decise con una larga condivisione, producono degli effetti non previsti, non di rado contrari agli obiettivi conseguiti. L'attuazione delle riforme e il governo dei processi di cambiamento richiedono pertanto la capacità di prevedere i possibili comportamenti contrari a quelli desiderati e di predisporre adeguate misure per contrastarli sul nascere. Nel settore della tutela della salute un esempio citato in numerosissimi studi è quello della applicazione dei Drg che, in tutti i Paesi nei quali il sistema è stato introdotto, ha incentivato due tipi di comportamenti negli erogatori di servizi (provider): lo spostamento verso Drg per i quali la tariffa era stata determinata in termini molto convenienti rispetto ai costi di produzione (divario tra tariffa, costo variabile o costo complessivo d'azienda) e aumento dei volumi di produzione, nei casi in cui non erano previsti tetti complessivi al finanziamento. In mancanza di adeguati sistemi di controllo, in molte Regioni italiane è aumentata la percentuale di parti cesarei rispetto ai parti naturali, giustificati solo dalla tariffa Drg molto più conveniente. Oppure ricoveri di uno o due giorni per trattamenti che, tecnicamente, potevano essere effettuati in day hospital, attribuzione di patologie secondarie a pazienti con la sola o prevalente motivazione di spostarli in una classe Drg più conveniente. Conoscere a fondo le determinanti delle scelte aziendali è essenziale per comprendere i possibili comportamenti che rendono più difficile la sostenibilità di medio-lungo periodo. Questa considerazione spiega i fallimenti di molti innovatori e riformatori considerati (o sedicenti) «illuminati» che, assumendo responsabilità politiche o manageriali nel settore di tutela della salute, hanno promosso processi di cambiamento con un saldo negativo tra benefici e costi di breve e di lungo periodo. Non basta la buona volontà o il potere formale per attuare processi di cambiamento finalizzati a mantenere e rafforzare la sostenibilità di un sistema, occorrono conoscenze «specifiche» e non l'applicazione di modelli generali che, eventualmente, si siano dimostrati validi in altri settori o in altri contesti economici, sociali, politici, istituzionali.

Per essere policy maker che promuovano efficaci, realistici e attuabili processi di cambiamento, occorre far evolvere la logica sintetizzata dai seguenti verbi:

– auspicare (tutti possono auspicare, anche coloro che non vogliono cambiare, o, detto in altro modo, «di buone intenzioni è lastricata la strada che porta all'inferno» e, nel caso specifico, quella che porta al fallimento delle riforme);

- penalizzare/imporre vincoli, che può essere una necessità di breve periodo ma diventa un tragico errore quando permane per periodi troppo lunghi;
- responsabilizzare in senso positivo o attivo, che significa avere una concezione antropologica positiva, ossia essere convinti che prevalgono le persone guidate da valori positivi, rispetto a quelle condizionate da valori negativi, con riguardo alla possibilità di trovare un equilibrio tra attese, interessi particolari e interesse generale/bene comune (una migliore salute per ogni persona e per un numero sempre più ampio di persone);
- sfidare, che significa essere convinti che le persone diano il meglio di sé quando devono evitare rischi esiziali (per esempio, si dice che l'Italia in genere reagisce quando, sul piano economico, arriva sull'orlo del burrone) o quando sono chiamate a contribuire a grandi progetti per sé e per la società cui appartengono.

Contrariamente a quanto alcuni si ostinano ad affermare, la difesa di un Ssn universalistico non significa affatto «dare tutto a tutti» e nemmeno riduttivamente «dare a tutti quel poco che è consentito da risorse sempre più limitate», ma significa riconoscere che la tutela della salute (non la salute, che è indipendente da fattori controllabili dall'uomo) è un diritto universale e che i livelli di assistenza che il sistema riesce a garantire dipendono indubbiamente dalla limitatezza delle risorse (dato, per altro, non oggettivo, poiché influenzato dalle politiche di allocazione delle risorse pubbliche e dalle scelte di allocazione dei redditi da parte delle famiglie), ma anche dalla qualità delle politiche che un Paese e ogni Regione è in grado di mettere in campo. Politiche che, se hanno la natura di «sfide per un sistema sempre migliore», sono in grado di mobilitare e mettere in circolo energie umane e risorse di ogni tipo, che restano invece nascoste o sprecate quando le riforme appaiono come semplici auspici, impongono vincoli che finiscono per penalizzare i migliori, riducono l'autonomia e, quindi, non sono in grado di responsabilizzare in senso attivo i pazienti, i medici, gli infermieri e gli altri professionisti della salute, i manager, le aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, le Regioni.

Un sistema che, inoltre, deve essere solidaristico. Concetto, questo, che non significa trasferire risorse alle Regioni, alle aziende più deboli o a quelle che presentano disavanzi, né definire semplicemente principi e criteri (per esempio, finanziamento su costi standard) che premiano le realtà più efficienti e penalizzano quelle meno efficienti. Un sistema solidaristico significa che lo Stato nei confronti delle Regioni, le Regioni nei confronti delle aziende, le aziende nei confronti dei propri presidi, distretti, ambiti territoriali di cure primarie, adottano politiche di riequilibrio nei trasferimenti finanziari, per fare in modo che questi finanziamenti servano a rafforzare e a riequilibrare la capacità di offrire risposte sempre migliori ai bisogni di salute individuali e delle comunità (salute pubblica).

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CER GAS, 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, accertata la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima ai 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). È consigliata agli Autori una lettera di risposta al referaggio in cui si indichino le modifiche apportate e la ragione dei suggerimenti non accolti. 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, CER GAS - 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 e 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 tra le cinquemila e le settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti, con i rispettivi titoli, su file separato dal testo. 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, 2009). 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. (2009), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo*, 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), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.

Articoli in riviste

DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2003), «Italian public healthcare organizations: specialization, institutional de-integration, and public networks relationships», *International Journal of Health Services*, 41 (4), pp. 757-74.

Rapporti/Atti

OECD (2012), *Gender Publication - Closing the Gender Gap: Act Now*, 17 December, OECD, Paris.
WHO/EUROPE (2009), «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

Non pubblicati

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.

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 cambiamento dei sistemi di programmazione e controllo nel processo di adattamento al contesto sanitario: un approccio integrato-interattivo

CRISTINA CAMPANALE, LINO CINQUINI

This article analyzes the process of change of Planning and Control by the adaptation of tools to the peculiarities of health care setting and the impact on the professionals' culture.

The research provides evidence of a process of change of Planning and Control tools conducted through an integrative interactive approach, based on a cooperation and communication between health professionals and financial controllers, that aims at building a bridge between administrative and professional cultures and supporting a reciprocal colonization between professionals and managerial culture. Evidence also shows that the assessment of the impact of the integrative-interactive approach on the professional culture requires a depth analysis of the organizational and the external context.

Parole chiave: cambiamento in sistemi e strumenti di programmazione e controllo, cambiamento culturale, sanità

Keywords: change in planning and control systems and tools, cultural change, healthcare

Note sugli autori

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - Istituto di Management: Cristina Campanale è dottore di ricerca ed assegnista - c.campanale@sssup.it; Lino Cinquini è professore ordinario di Economia Aziendale - l.cinquini@sssup.it

1. Introduzione

Negli ultimi anni il ruolo degli strumenti di Programmazione e Controllo (PeC) in sanità è stato ampiamente studiato, sia a livello internazionale (Agrizzi, 2008; Broadbent *et al.*, 1991; Broadbent, 1992; Jacobs, 1995; Kurunmaki *et al.*, 2003; Laughlin *et al.*, 1992; 1994; Jacobs, 1995) che nazionale (Tasselli, 2012; Lecci, Morelli, 2011; Cotta, 2010; Macinati *et al.*, 2012). Ciò è avvenuto soprattutto alla luce delle numerose riforme che hanno interessato la sanità pubblica negli ultimi quindici anni e che hanno avuto come perno centrale l'incremento dell'efficienza e una migliore gestione dei costi e delle performance nelle Aziende Sanitarie. In questa dinamica le organizzazioni sanitarie, al fine di incontrare gli obiettivi imposti dalle riforme, hanno progressivamente introdotto e rafforzato l'uso degli strumenti di PeC con l'obiettivo di responsabilizzare i professionisti sanitari (medici e infermieri) rispetto ai costi e alle performance determinati dalle loro attività e di orientare la loro cultura e i conseguenti processi decisionali verso logiche manageriali. In questo contesto si inseriscono gli studi di Power e Laughlin (1992), Laughlin (1991) e Broadbent (2005), i quali definiscono la «colonizzazione» della cultura come il fenomeno per cui, tramite degli strumenti di PeC, i principi imposti dalle riforme penetrano nella cultura dei professionisti sanitari modificandola in direzione di una loro progressiva «managerializzazione».

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il ruolo della Programmazione e Controllo in sanità: background
3. La metodologia della ricerca
4. I risultati
5. Discussione e conclusioni

Questa ricerca si colloca nel filone degli studi sopra menzionati con l'obiettivo di approfondire il processo mediante il quale avviene la «colonizzazione» della cultura professionale per mezzo degli strumenti di PeC. Con tale obiettivo questa ricerca analizza nel dettaglio il processo di introduzione degli strumenti di PeC e in particolare il modo in cui le Aziende Sanitarie hanno agito sugli strumenti di PeC, ricercando adattamenti e modifiche per stimolare un cambiamento culturale dei professionisti sanitari verso un comportamento orientato non solo da logica clinica ma anche manageriale e incrementando, quindi, l'utilizzo di questi strumenti a fini decisionali.

Infatti, secondo quanto sostiene Laughlin (1991), il «processo» di cambiamento è esso stesso «parte» del cambiamento; per questo motivo analizzare il processo adottato nell'introduzione degli strumenti di PeC e il loro adattamento alle organizzazioni sanitarie può fornire nuovi spunti di riflessione. Primo, può supportare l'analisi di quali elementi, oltre alle riforme, possono influenzare il processo di introduzione degli strumenti di PeC. Secondo, può fornire spunti di riflessione per comprendere le ragioni per cui gli strumenti di PeC possono fallire o avere successo nell'influenzare la cultura professionale medica. Tuttavia, anche se numerose ricerche hanno analizzato l'impatto degli strumenti di PeC (che incorporano gli obiettivi delle riforme sanitarie) sulla cultura dei professionisti sanitari, queste non presentano analisi sufficienti del processo attraverso cui tali strumenti sono stati introdotti e adattati al contesto delle Aziende Sanitarie (cfr. Broadbent *et al.*, 1991; Laughlin *et al.*, 1992; Jacobs, 1995; Kurunmaki *et al.*, 2003; Agrizzi, 2008; Macinati *et al.*, 2012).

L'analisi del processo di cambiamento degli strumenti di PeC che caratterizza questa ricerca evidenzia che possono sussistere dei percorsi di cambiamento culturali alternativi al percorso di «colonizzazione» prospettato da Power e Laughlin (1992), Broadbent e Laughlin (1991) e Laughlin (2005), nei quali non si ha un semplice adattamento della cultura a ciò che viene imposto dall'esterno ma una convergenza tra principi manageriali e professionali.

Considerando gli obiettivi dello studio, è stata adottata una metodologia di tipo inter-

pretativo che meglio si adatta alla comprensione degli strumenti di PeC nel loro contesto sociale e organizzativo. La raccolta dei dati è avvenuta tramite interviste semi strutturate che hanno interessato i professionisti sanitari a vari livelli (*top e middle manager, infermieri*) e uffici del Controllo di Gestione; inoltre, ha coinvolto 10 Aziende unità sanitarie locali (Ausl) e 2 Aziende ospedaliere universitarie (Aou) della Regione Toscana (su un totale di 12 Ausl e 4 Aou).

In particolare, questo lavoro si è posto le seguenti domande di ricerca:

- come si è svolto il processo di introduzione degli strumenti di PeC, il loro adattamento alla realtà delle organizzazioni sanitarie e quali elementi, oltre alle riforme, hanno influenzato tale processo e il suo risultato?

- quali aspetti possono favorire o limitare la capacità degli strumenti di PeC di influenzare la cultura professionale?

- in che modo il processo di introduzione e adattamento degli strumenti di PeC può influenzare il processo di cambiamento culturale nelle organizzazioni sanitarie?

L'aspetto relativo a come gli strumenti di PeC sono stati adattati alle aziende sanitarie è particolarmente rilevante in quanto, come evidenziato da Pettersen (1995), gli strumenti tipici provenienti dal contesto privato non risultano adeguati a un contesto di natura pubblica, *non profit* e indirizzato alla salute dei cittadini, quale è quello sanitario.

L'articolo è organizzato come segue: il § 2 descrive il quadro di riferimento delle riforme che hanno interessato la sanità italiana fin dagli anni '90, il concetto di «colonizzazione» (Power, Laughlin, 1992; Laughlin, 1991; Broadbent, 2005) e riporta una panoramica dei principali studi, nazionali e internazionali, che descrivono il ruolo degli strumenti di PeC nelle Aziende Sanitarie. Descrive nel dettaglio la metodologia della ricerca, basata su un approccio di tipo qualitativo in cui le evidenze sono state raccolte per mezzo di interviste semi strutturate che hanno coinvolto 22 professionisti sanitari e 13 uffici del Controllo di gestione della Regione Toscana. Il § 4 descrive l'approccio adottato dalle Aziende Sanitarie nell'adattamento degli strumenti di PeC al contesto sanitario e l'impatto di tale approccio sugli strumenti stessi e sulla

cultura dei professionisti sanitari. Al termine è svolta una riflessione sull'impatto del processo di adattamento degli strumenti di PeC sui processi di cambiamento culturale, evidenziando possibili percorsi alternativi rispetto al percorso di «colonizzazione» della cultura.

In questo lavoro, faremo riferimento agli strumenti di PeC in senso ampio, in termini di «insieme di pratiche come il *costing* e il *budgeting*, il cui uso sistematico mira al conseguimento di determinati obiettivi» (Chenhall, 2003).

2. Il ruolo della Programmazione e controllo in sanità: *background*

Fin dagli anni '90 la sanità in Italia ha visto una serie di riforme che hanno inciso profondamente sul suo assetto. Infatti, dopo la riforma del 1978, i Decreti 502/1992 e 229/1999 hanno avviato il così detto processo di «aziendalizzazione», il cui perno centrale risiedeva in una maggiore responsabilità delle Regioni per i risultati conseguiti (Coppola *et al.*, 2008) con l'obiettivo di stimolare un più efficiente uso delle risorse (Marcon, Panozzo, 1998) e supportare la sostenibilità del sistema.

Tuttavia, l'impatto di queste riforme è stato limitato, in quanto i disavanzi continuavano a essere ripianati dalle Regioni e dallo Stato (Arachi, Zanardi, 2000). Anche successivamente, quando il Decreto 56/2000 sul federalismo fiscale decretò nuovamente la responsabilità delle Regioni per eventuali disavanzi, lo Stato continuò ad assegnare alle Regioni fondi straordinari per coprire i *deficit* di bilancio.

Con l'obiettivo di migliorare i meccanismi sopra descritti, negli ultimi dieci anni è stato introdotto un sistema concertativo Stato-Regioni finalizzato a definire l'ammontare complessivo dei finanziamenti e la loro distribuzione alle Regioni. Nell'ambito di tale sistema fino a oggi sono stati incrementati progressivamente gli adempimenti a carico delle Regioni. Come richiamato anche nel Patto per la salute 2010-2012, essi impongono alle Regioni l'obbligo la tenuta e la rendicontazione allo Stato di informazioni contabili e sanitarie tramite strumenti come il Conto economico (CE), lo Stato patrimoniale (SP), i Livelli di assistenza (LA) e i flussi

Sdo (Scheda di dimissione ospedaliera). L'obiettivo è attuare un più dettagliato sistema di controlli basato su molteplici aspetti come l'equilibrio economico e la capacità di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) (Reginato, Nonnis, 2012).

Nell'ultimo triennio la pressione sulle Aziende sanitarie si è ulteriormente rafforzata con la Decisione di Finanza Pubblica per il triennio 2011-2013 e, successivamente, con il Ddl di conversione in legge della *Spending review* e i Patti di stabilità imposti alle autonomie locali sanitarie, i quali hanno introdotto misure di razionalizzazione in ambiti quali la spesa farmaceutica, il personale, i posti letto.

In questo arco di tempo gli strumenti di PeC hanno assunto il ruolo di «veicoli di aziendalizzazione» (Lecci, Morelli, 2011), ovvero di strumenti in grado di supportare le aziende sanitarie nel perseguimento degli obiettivi di efficienza imposti dalle riforme sanitarie (Casati, 2000; Annessi Pessina, Pinelli, 2002; Lecci, Longo, 2004) e nell'analisi e gestione dei risultati e dei costi (Kerschner, Rooney, 1987). Tal fine è stato perseguito facendo leva su una maggiore *accountability* degli attori aziendali rispetto ai loro risultati, attraverso una declinazione degli obiettivi di efficienza ad alcuni medici (i direttori di Unità operativa) responsabili per i risultati ottenuti e le risorse utilizzate, così come era avvenuto per i «direttorati medici» nel Regno Unito (Jacobs, 1995). In Italia gli strumenti di PeC hanno iniziato ad assumere sempre maggiore rilevanza, come dimostrato dalla progressiva introduzione e diffusione nelle Aziende Sanitarie degli uffici di Controllo di gestione e degli strumenti di analisi di costi e performance, non solo a livello ospedaliero (Annessi Pessina, Pinelli, 2003; Cinquini, Vainieri, 2008), e del *budget* (Galli, Vendramini, 2005).

Rispetto a questo apparato di riforme che hanno più o meno intensamente interessato i sistemi sanitari occidentali, molte ricerche hanno studiato la capacità degli strumenti di PeC di supportare un cambiamento nella cultura dei professionisti sanitari, introducendo in questa le nuove logiche manageriali imposte dalle riforme stesse.

In particolare, Power e Laughlin (1992), Broadbent e Laughlin (2005) e Laughlin (1991) definiscono la capacità degli stru-

menti di PeC di modificare la cultura dei professionisti coerentemente con i principi delle riforme come «colonizzazione» della cultura aziendale. L'assunto basilare di tale prospettiva è che nelle organizzazioni i comportamenti siano guidati dalla cultura e dai valori degli individui, entrambi indissolubilmente legati tra loro e che, pertanto, per orientare i comportamenti verso determinati obiettivi sia necessario agire su una modificazione della cultura dei soggetti nell'organizzazione.

Gli autori summenzionati definiscono la «colonizzazione» come un cambiamento forzato e inevitabile della cultura aziendale. Nel *framework* proposto il cambiamento culturale inizia a seguito di un «elemento di disturbo» imposto dal Governo, come per esempio una legge o una riforma, che mira a impattare sulla gestione delle aziende, tipicamente ciò che avviene nel settore pubblico (Broadbent, Laughlin, 2005; Laughlin, 1991). In risposta a questo «elemento di disturbo» i soggetti che detengono il «controllo» degli strumenti di PeC (nel nostro caso gli uffici del Controllo di gestione) declinano i contenuti delle riforme in tali strumenti, con l'obiettivo di provocare un cambiamento forzato nella cultura dei professionisti e, successivamente, nei loro comportamenti (e poter così raggiungere gli obiettivi imposti dalle riforme). La cultura dei professionisti che non può opporsi a causa della natura coercitiva delle riforme «accetta» il cambiamento. Per esempio, una crisi finanziaria che rende necessaria una gestione più attenta delle risorse impone inevitabilmente un cambiamento nei principi fondamentali che compongono la cultura dei professionisti e guidano i loro comportamenti. In questo caso, anche se la cultura è «forzatamente» modificata, si ha un nuovo equilibrio tra aspetti intangibili (la cultura) e tangibili (comportamenti) che genererà un assetto stabile in grado di portare l'organizzazione a perseguire efficientemente gli obiettivi.

L'introduzione degli strumenti di PeC riesce ad avere «successo» e a guidare l'organizzazione verso il perseguimento degli obiettivi imposti dalle riforme se è in grado di modificare la cultura aziendale (Preneštini, 2011) e far sì che gli attori aziendali «aderiscano» al cambiamento (Rao, 1996). Qualora gli strumenti di PeC non riescano a

modificare la cultura aziendale, ma solo gli aspetti più tangibili come i comportamenti, si può verificare una situazione che viene definita di «ri-orientamento» (Broadbent, Laughlin, 2005; Laughlin, 1991): in tal caso i comportamenti degli individui possono essere effettivamente adempienti rispetto agli indirizzi delle riforme ma la cultura più profonda risulta immutata. Ciò viene in evidenza in quanto l'atteggiamento degli attori aziendali risulta solo formalmente aderente con le riforme, ovvero di *compliance*, ma rimane fondamentalmente critico. In questo caso si verifica una sorta di disequilibrio o «non coerenza» tra aspetti tangibili (comportamenti) e intangibili (cultura e concezioni profonde) che progressivamente riporterà gli attori aziendali a replicare i comportamenti precedenti. A tal proposito Broadbent (1992) evidenzia come un avvenuto cambiamento culturale implichi contemporaneamente che: i professionisti «utilizzano» gli strumenti di PeC come una «normale routine» (gli aspetti più visibili e osservabili); i professionisti «interpretano» i principi inclusi negli strumenti di PeC coerentemente con gli obiettivi di efficienza e controllo dei costi in esso contenuti (gli aspetti più intangibili). La comprensione degli aspetti intangibili può emergere attraverso una più attenta analisi dei comportamenti degli individui. Per esempio, Broadbent (1992) ha analizzato l'imposizione, da parte del Governo, di norme contenenti vincoli di *budget* per la funzione di ristorazione negli ospedali, prendendo in considerazione due gruppi di individui: responsabili amministrativi e responsabili operativi nella funzione ristorazione. Le sue evidenze suggeriscono che, anche se entrambi i gruppi in esame riconoscevano la necessità di contenimento dei costi nella costruzione del loro *budget* (gli aspetti visibili), l'interpretazione delle informazioni di costo nei due gruppi era diversa; in particolare, i manager operativi continuavano a sfiorare sistematicamente i vincoli di *budget*. Tale comportamento dimostrava che loro non avevano intimamente accettato i nuovi principi imposti dal Governo mentre continuavano ad agire unicamente secondo la loro cultura professionale nei processi decisionali, ritenendo non prioritari i vincoli esterni.

Come in precedenza osservato, molte ricerche in campo internazionali hanno ana-

lizzato la capacità degli strumenti di PeC, che incorporano i principi introdotti dalle riforme, di influenzare la cultura dei professionisti (Agrizzi, 2008; Broadbent *et al.*, 1991; Broadbent, 1992; Jacobs, 1995; Kurunmaki *et al.*, 2003; Laughlin *et al.*, 1992; 1994; Greenwood *et al.*, 1998) e generare una «colonizzazione» mediante assorbimento della logica manageriale nella logica clinica (Kurunmaki, 2004). Anche studi a livello nazionale hanno preso in esame la capacità degli strumenti di PeC di generare un cambiamento culturale, senza tuttavia far riferimento nello specifico alla «colonizzazione» (Lecci, Morelli, 2011; Tasselli, 2012; Cotta, 2010; Macinati *et al.*, 2012). Il successo o il fallimento degli strumenti di PeC nel perseguire tale scopo sono in parte riconducibili al contesto esterno, in parte riconducibili al contesto organizzativo. Tuttavia, in letteratura si ritrovano numerosi studi sul tema che si focalizzano solamente su alcuni aspetti di contesto esterno o organizzativo.

Per quanto concerne gli studi che si sono focalizzati sugli aspetti correlati al contesto esterno gli elementi considerati sono:

1) la pressione imposta dall'esterno rispetto al cambiamento (Greenwood *et al.*, 1998; Kurunmaki *et al.*, 2003; Lecci, Morelli, 2011; Broadbent, 1992);

2) la concreta modalità di applicazione delle riforme (Agrizzi, 2008; Kurunmaki *et al.*, 2003; Laughlin *et al.*, 1992; 1994).

Per quanto riguarda la pressione imposta dall'esterno, Greenwood e Hinings (1998), Kurunmaki *et al.* (2003), Lecci e Morelli (2001) sostengono che in contesti dove vi è un'elevata pressione rispetto al raggiungimento di certi obiettivi, vi è maggiore probabilità di ottenere un cambiamento culturale, soprattutto quando gli obiettivi sono indicati esplicitamente e in modo coercitivo e non generico (Lecci, Morelli, 2001).

Per quanto riguarda la modalità di applicazione delle riforme, Agrizzi (2008), Kurunmaki *et al.* (2003), Laughlin *et al.* (1992, 1994) sostengono che riforme troppo radicali, ovvero riforme che impongono un rapido e profondo cambiamento rispetto a una situazione preesistente, rischiano di fallire nell'ottenimento dei risultati che si pongono, mentre riforme più graduali hanno maggiori

probabilità di essere metabolizzate e accettate, producendo i risultati prospettati dai riformatori.

Il radicalismo delle riforme può infatti portare a ottenere comportamenti di rigetto del cambiamento culturale (Laughlin *et al.*, 1992; 1994) o all'ottenimento di risultati diversi da quelli auspicati (Agrizzi, 2008).

Per esempio, Laughlin *et al.* (1992, 1994) riportano il fallimento delle riforme che hanno interessato la Medicina generale negli anni Novanta, le quali hanno generato una forte opposizione da parte di questa branca della medicina. Queste riforme introdussero una chiara definizione dei compiti della Medicina generale e incrementarono le responsabilità correlate alle attività, introducendo un importante punto di rottura rispetto a un passato in cui lo Stato aveva sempre protetto questo settore conferendogli un'elevata autonomia. I Medici di medicina generale percepirono il radicalismo di queste riforme come un punto di rottura nel rapporto di fiducia che lo Stato aveva sempre avuto nei loro confronti e, invece di adeguarsi, continuarono a lottare per la loro indipendenza e resistettero alle riforme.

Agrizzi (2008) invece evidenzia come riforme troppo repentine, trovando le organizzazioni impreparate, possano spingerle ad assumere provvedimenti urgenti e poco oculati che portano a risultati diversi da quelli auspicati dai riformatori. In particolare l'autrice ha esaminato gli effetti del sistema di *rating* introdotto nel 2001 dal Governo del Regno Unito, con l'obiettivo di controllare le performance degli ospedali e collegarle a un sistema di premi e punizioni. L'elevata pressione introdotta dal nuovo sistema trovò gli ospedali impreparati e li portò a introdurre dei provvedimenti mirati a raggiungere gli obiettivi fissati dal sistema di *rating*, i quali tuttavia portarono a effetti negativi sulla qualità delle cure e costi aggiuntivi per la «non qualità». Per esempio, gli ospedali si concentrarono su processi di cura svolti in *day hospital* con l'obiettivo di ridurre la durata delle liste di attesa, oppure chiusero dei reparti con l'obiettivo di ridurre i costi.

Per quanto riguarda gli studi che si sono focalizzati sugli aspetti correlati al contesto organizzativo i principali elementi da considerare riguardano:

1) la presenza o meno di un «promotore» del cambiamento;

2) il coinvolgimento dei professionisti sanitari;

3) la complessità organizzativa, che può essere caratterizzata da molteplici culture che coabitano e che possono anche confliggere.

Per quanto riguarda il primo punto, il «promotore del cambiamento» è un soggetto (nel caso di un'Azienda sanitaria, un medico) che interiorizza i principi manageriali e si impegna per diffonderli nella sua organizzazione (Jacobs, 1995). In questa prospettiva se la diffusione dei principi manageriali avviene a opera di un professionista sanitario che promuove il cambiamento, ci sono maggiori probabilità che gli altri professionisti accettino tali principi, in quanto non percepiscono il tentativo di cambiare la loro cultura come un'intrusione nella loro autonomia (Freidson, 1975).

Fiore (2008) ha osservato l'introduzione di un sistema di *Total Quality Management* in tre ospedali italiani e ha proposto in modo simile la figura del «leader istituzionale», ovvero un soggetto, dotato di capacità comunicative, in grado di generare fiducia negli strumenti manageriali attraverso la costruzione di valori e punti di riferimento intorno a cui realizzare una squadra coesa. Fiore (2008), quindi, evidenzia non solo l'importanza di un *leader* o di un promotore del cambiamento, ma anche l'importanza di un adeguato sistema di comunicazione che crei condivisione rispetto a un set di principi e di valori e che permetta il perseguimento degli obiettivi aziendali, come evidenziato anche da Henrisken *et al.* (2004) e da Jakobsen *et al.* (2011).

Per quanto riguarda il secondo punto – il coinvolgimento dei professionisti sanitari – alcuni autori sostengono che una maggiore partecipazione degli individui alla costruzione degli strumenti di PeC rappresenti un elemento cardine attraverso cui fare leva per favorire cambiamenti culturali (Tasselli, 2012; Lecci, Morelli, 2011; Cotta, 2010) e spingere l'organizzazione a un maggiore impegno verso il conseguimento degli obiettivi oggettivati mediante tali strumenti (Macinati *et al.*, 2012). Questa partecipazione potrebbe avvenire tramite:

– un maggior confronto tra livelli inferiori e livelli superiori;

– una maggior opportunità di *voice* (ovvero una maggiore opportunità di esprimere la propria opinione o opposizione riguardo agli strumenti);

– una maggior possibilità di influenzare gli strumenti (Tasselli, 2012).

Macinati *et al.* (2012), in una ricerca condotta presso un'Azienda ospedaliera italiana, hanno evidenziato come un coinvolgimento solo formale dei responsabili di *budget* nel processo di negoziazione degli obiettivi, ovvero un processo che nella sostanza rimane *top-down*, abbia notevoli risvolti negativi. Infatti questo fa sì che i medici ritengano che il loro contributo non sia in grado di influenzare il processo di negoziazione, creando quindi un clima di sfiducia nel processo di *budgeting*. Tale clima si traduce in una percezione critica degli obiettivi di *budget*, percepiti come poco realistici, scarsamente utili e non adeguati al contesto sanitario in evoluzione, e anche in una scarsa attenzione agli obiettivi economici. Invece, il pieno coinvolgimento di tutti gli attori nelle iniziative di innovazione degli strumenti di gestione dei costi potrebbe favorire il successo di queste iniziative in termini di capacità di generare un cambiamento nell'organizzazione (Lecci, Morelli, 2011).

Infine, per quanto riguarda il terzo punto – complessità organizzativa caratterizzata da molteplici culture che coabitano – Broadbent (1992) afferma che, nell'organizzazione, differenti sub-culture possano coabitare e, quindi, reagire con spinte diverse di cambiamento all'introduzione di logiche manageriali. Lecci e Morelli (2011) definiscono queste sub-culture *arrangement* e Prenestini (2011) afferma che queste siano spesso associate a differenti livelli di potere.

In questo caso il cambiamento culturale può interessare solo certi livelli organizzativi (Broadbent, 1992), ovvero solo alcuni soggetti, ma non tutta l'organizzazione, determinando una sorta di *decoupling* in cui una parte dell'organizzazione affronta positivamente un cambiamento culturale, mentre un'altra parte vi si oppone. A tal proposito Lecci e Morelli (2011) hanno analizzato in un'azienda ospedaliera l'introduzione di un progetto pilota per una gestione più efficien-

te dei farmaci. In questa ricerca gli autori hanno evidenziato il ruolo chiave del Controllo di gestione come elemento di aggregazione tra diverse culture, fondamentale per l'efficace implementazione di innovazioni nei sistemi di *costing*. Infatti, soprattutto quando il cambiamento è sostenuto solamente da un gruppo, il rischio è che questo risulti indirizzato al soddisfacimento di interessi specifici e non di tutta l'organizzazione. Come emerge dalla loro ricerca, l'assenza di un Controllo di gestione «aggregante» ha fatto sì che l'innovazione nei sistemi di *costing* sia limitata a una sola area, la Farmacia, e che essa sia stata caratterizzata da un'elevata personalizzazione.

Questo evidenzia l'importanza del ruolo del Controllo di gestione come «collante» tra i vari attori o gruppi aziendali, in generale tra cultura «amministrativa» e «sanitaria», che coesistono nell'azienda sanitaria. In questa prospettiva il ruolo del Controllo di gestione può favorire un dialogo tra principi professionali della cultura medica e quelli di efficienza dei processi imposti dalle riforme, a condizione che sussista la capacità di individuare strumenti di PeC più «integrati», ovvero adeguati rispetto alle attitudini dei professionisti medici ma, nel contempo, in grado di supportare l'orientamento ai principi di efficienza ed economicità richiesti per la gestione delle Aziende Sanitarie.

3. La metodologia della ricerca

Questa ricerca adotta una metodologia di tipo interpretativo che considera in generale gli strumenti di *accounting* come «costrutti sociali» e implica, quindi, che la loro comprensione si basi sulla percezione che gli attori aziendali hanno rispetto a tali strumenti (Ryan *et al.*, 1992). Per tale motivo il metodo utilizzato in questa ricerca è di tipo qualitativo e si basa principalmente su interviste semi strutturate, finalizzate a comprendere la percezione degli attori aziendali degli strumenti di PeC, associate a ulteriori documenti aziendali utilizzati a integrazione dell'analisi. Lo svolgimento delle interviste su cui si basa la ricerca ha costituito il primo *step* di un progetto di ricerca più ampio, che non è oggetto di questo articolo, finalizzato a individuare le principali criticità negli strumenti di PeC e all'individuazione di soluzioni.

Le interviste semi strutturate sono state sviluppate rispetto a due gruppi principali di attori:

- 1) professionisti sanitari (medici e infermieri) a diversi livelli organizzativi;
- 2) responsabili degli uffici del Controllo di gestione.

In riferimento al primo gruppo, sono stati considerati i professionisti sanitari appartenenti a tre livelli gerarchici: *Top Managers* (Direttori sanitari e Direttori di dipartimento), *Middle Managers* (Direttori di unità operativa) e *infermieri* senza responsabilità di *budget*. Analizzare diversi livelli è importante in quanto questi potrebbero avere diverse culture e, quindi, una diversa percezione riguardo agli strumenti di PeC (Broadbent, 1992). L'obiettivo delle interviste è stato di comprendere (a) il processo di cambiamento degli strumenti di PeC nelle aziende sanitarie, (b) quali elementi organizzativi, oltre alle spinte provenienti dalle riforme, hanno agito sul processo di cambiamento degli strumenti di PeC e (c) qual'è stato l'impatto degli strumenti PeC sulla cultura dei professionisti sanitari. L'appendice A fornisce alcuni esempi di domande poste durante le interviste.

Le interviste sono state rivolte a professionisti e manager appartenenti al sistema sanitario della Regione Toscana. All'interno del contesto di riforme nazionali in precedenza descritte (§ 2), la Regione Toscana si è particolarmente distinta nell'introduzione di strumenti miranti a responsabilizzare i professionisti sanitari. È utile in proposito richiamare l'implementazione, a partire dal 2005, di un sistema di valutazione della performance che prevede una valutazione sistematica delle aziende sanitarie su molteplici dimensioni, dalla qualità delle cure all'efficienza con cui sono fornite, e che è collegato al sistema di incentivazione dei Direttori generali (Nuti, 2008; Nuti *et al.*, 2012).

Dall'altro lato le Aziende sanitarie, a fronte della pressione proveniente dalla Regione, hanno agito sulla responsabilizzazione dei professionisti sanitari, con una forte diffusione degli strumenti di PeC e, in particolare, dello strumento del *budget*, che prevede un sistema di incentivazione rispetto al raggiungimento di obiettivi di efficienza ed effica-

cia. Per tali motivi analizzare l'impatto degli strumenti di PeC in questa Regione risulta particolarmente interessante.

Con l'obiettivo di costruire una visione generale del fenomeno oggetto di analisi, alle interviste sono state invitate e hanno partecipato tutte le 12 Ausl e le 4 Aziende ospedaliere universitarie Toscane. Le interviste includevano numerosi aspetti relativi agli strumenti di PeC, per cui ai fini delle domande di ricerca presentate nell'articolo sono state utilizzate le evidenze provenienti da 10 Ausl e 2 Aziende ospedaliere universitarie, in quanto maggiormente rilevanti. È stato inoltre realizzato un approfondimento, tramite *focus group*, in un Dipartimento di una Ausl particolarmente attenta al tema oggetto di studio.

In totale sono stati intervistati 22 professionisti sanitari e 12 *controller* degli uffici del Controllo di gestione. I professionisti sanitari includono: 6 Direttori sanitari, 2 Direttori di dipartimento, 5 medici che lavorano *part time* nell'ufficio del Controllo di gestione, 3 Direttori di Unità operativa responsabili di una specialità medica e 5 infermieri.

Gli infermieri appartengono a una Unità operativa gestita da un Direttore, sono responsabili per l'assistenza al paziente durante la degenza e ricoprono attività manageriali come la gestione dei posti letto e la gestione delle scorte, pur non avendo una responsabilità formale per i risultati della loro Unità operativa. Gli uffici del Controllo di gestione e i professionisti sanitari sono stati intervistati separatamente.

Tabella 1
Fonti dei dati

Fonti	Numerosità
Professionisti sanitari intervistati	22
Direttore sanitario o di ospedale	7
Direttori di Dipartimento (aziende diverse)	2
Medici <i>part time</i> che lavorano nel Controllo di gestione	5
Direttori di unità operativa (Azienda 12 - Dipartimento 1)	3
Infermieri (Azienda 12 - Dipartimento 1)	5
Controlli di gestione (1 persona per ufficio)	12
Esempi di <i>report</i>	46
Esempi di schede di budget	21
Regolamenti del budget	7
Breve questionario inviato ai <i>controller</i> (1)	12

(1) Breve questionario conoscitivo inviato ai *controller* prima delle interviste e finalizzato a ottenere una visione generale relativamente alla posizione organizzativa dell'ufficio dei *controller* e alle principali attività svolte.

La durata media di ogni intervista è stata di circa un'ora e quaranta minuti, tutte le interviste sono state registrate e trascritte. La continua collaborazione che l'Istituto di management - Laboratorio management e sanità ha con la Regione Toscana e con le Aziende sanitarie toscane ha facilitato l'accesso ai dati. L'eventuale rischio, insito nella collaborazione tra ricercatori e attori aziendali, di ottenere dati non veritieri risulta limitato in quanto, come descritto sopra, l'obiettivo delle interviste era quello di individuare i problemi principali degli strumenti di PeC per impostare un successivo lavoro finalizzato alla loro soluzione, per cui era interesse degli attori aziendali esplicitare chiaramente le problematiche principali degli strumenti di PeC. Inoltre, al fine di mettere l'intervistato a proprio agio, rendere l'intervista più efficace ed evitare di influenzare le risposte, anche alla luce del rapporto di collaborazione già esistente tra ricercatori e intervistati, sono state adottate alcune accortezze durante lo svolgimento dell'intervista.

Per esempio, la registrazione dell'intervista è stata preceduta dalla richiesta di autorizzazione e gli intervistati sono stati assicurati circa l'anonimità delle loro dichiarazioni. Inoltre, per non porre pressioni sugli intervistati, questi sono lasciati liberi di ampliare la loro discussione e spaziare su temi non propriamente mirati a rispondere alle nostre domande, pur rientrando nei limiti dell'oggetto dell'intervista. Per evitare di influenzare gli intervistati, i ricercatori hanno inoltre tenuto un atteggiamento «neutrale», evitando di esprimere opinioni sul tema.

Ogni intervista è stata condotta da due ricercatori, i quali hanno anche preso appunti che sono stati successivamente confrontati. I dati derivanti dalle interviste sono stati integrati da altre fonti, raccolte prima delle interviste (documentazione aziendale e brevi questionari), che sono state discusse durante le interviste a supporto delle asserzioni degli intervistati e per una loro validazione (Ryan, 2002). Tali documenti sono stati analizzati manualmente creando una tabella di confronto tra le aziende che evidenziassero alcuni aspetti chiave, come la tipologia di indicatori utilizzati nel *budget* e le tipologie di strumenti utilizzati.

La **tabella 1** sintetizza il complesso delle fonti dei dati utilizzate.

L'analisi di ogni intervista è stata svolta dal ricercatore che aveva condotto l'intervista e validata da un altro ricercatore che non aveva partecipato, al fine di aumentare l'accuratezza dei risultati. L'analisi si è svolta in due fasi principali. Nella prima fase è stata preparata una bozza di documento che riassumeva le risposte alle domande dei questionari. Considerando il numero limitato di interviste e la loro natura semi strutturata, l'analisi è stata svolta manualmente, senza ricorso a software specifici, redigendo delle tabelle che mettevano a confronto i risultati rispetto alle tematiche trattate nelle interviste. Questo documento è stato successivamente presentato durante una *workshop*, a cui sono stati invitati tutti gli intervistati con l'obiettivo di condividere, discutere e validare i risultati (Ryan *et al.*, 2002).

Nella seconda fase tale documento è stato rielaborato in funzione delle domande di ricerca. In particolare sono state tracciate le evidenze relative al processo di cambiamento degli strumenti di PeC e l'impatto che tali strumenti hanno avuto sulla cultura dei professionisti sanitari.

L'utilizzo di interviste semistrutturate, come principale fonte di dati, ha permesso di concentrarsi sulle tematiche di interesse per questa ricerca, ma anche di evidenziare e approfondire ulteriori elementi critici relativi agli strumenti di PeC che hanno costituito aspetti interessanti per la presente ricerca.

4. I risultati

In questo paragrafo illustreremo i risultati osservati coerentemente con le domande di ricerca (cfr. § 1). In particolare affronteremo separatamente i seguenti temi:

- il processo di adattamento al contesto sanitario degli strumenti di PeC mediante un approccio «integrato-interattivo» e gli elementi che lo hanno influenzato;

- l'impatto del processo di adattamento degli strumenti di PeC, secondo l'approccio sopra indicato, sulle caratteristiche degli strumenti di PeC (il risultato del cambiamento negli strumenti di PeC);

- l'impatto del processo di adattamento sulla cultura dei professionisti sanitari.

Il termine «azienda» sarà utilizzato nel proseguo in termini generali sia per le Ausl che per le Aou.

4.1. Il processo di adattamento al contesto sanitario degli strumenti di PeC mediante un approccio integrato-interattivo e gli elementi che lo hanno influenzato

In questo paragrafo analizzeremo il processo emergente di adattamento degli strumenti di PeC avviato dalle Aziende Sanitarie al fine di influenzare la cultura dei professionisti sanitari coerentemente con gli obiettivi imposti dalle riforme.

Due importanti punti di forza dell'approccio emergente dalla ricerca meritano di essere evidenziati: la comunicazione (Fiore, 2008) e il ruolo che assume l'ufficio del Controllo di gestione (Lecci, Morelli, 2011), che creano una sorta di «alleanza» tra uffici del Controllo di gestione e professionisti medici, come evidenziato dalla seguente citazione: *«La cosa più importante è una relazione di alleanza con i clinici [...] la composizione del nostro gruppo ha permesso lo sviluppo di un nuovo modo di definire gli obiettivi»* (Controllo di gestione, Azienda D).

L'approccio osservato si basa su un processo di condivisione di obiettivi e che mira a perseguire diversi obiettivi. Un primo obiettivo è una maggiore responsabilizzazione dei professionisti sanitari. Infatti la collaborazione tra uffici del Controllo di gestione e professionisti avvia un percorso di formazione di questi ultimi e, rendendoli più partecipi, favorisce la comprensione dei principi di managerialità insiti nei sistemi di PeC, come evidenziato dalla seguente citazione: *«Il mio slogan è “Tutti dobbiamo fare un programma, Facciamolo insieme!” [...] Se tutti collaboriamo in un'azione integrata possiamo essere in grado di rendere i medici più responsabili e consapevoli dei costi»* (Controllo di gestione, Azienda B).

Un secondo obiettivo è la creazione di strumenti più orientati alla cultura clinica e finalizzati a supportare decisioni nell'ottica dell'efficienza e dell'efficacia, come evidenziato dalle seguenti citazioni: *«Il vero e proprio processo di budget è quando noi (uffici del Controllo di gestione e professionisti sanitari) ci incontriamo intorno a un tavolo per discutere sugli obiettivi. In questi anni*

sto sviluppando una integrazione con i medici, perché questa integrazione permette il conseguimento di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza dei percorsi. La mia idea è che il processo di budget non è solo una formalità amministrativa» (Controllo di gestione, Azienda B);

«Dal 1995, noi [Direzione Sanitaria] stiamo lavorando con i uffici del Controllo di Gestione alla struttura dei report. L'obiettivo è quello di produrre informazioni più orientate alla cultura clinica. Questi report sono utilizzati sia per valutare i risultati che per prendere le decisioni» (Direttore sanitario, Azienda B);

«Abbiamo iniziato a lavorare su una sorta di distinta base per i servizi. Abbiamo iniziato con il Dipartimento chirurgico e abbiamo lavorato con il dott. XXX (Capo Dipartimento). Insieme abbiamo mappato i costi per un certo numero di interventi chirurgici. Il prossimo passo sarà quello di utilizzare queste informazioni per costruire il budget, ci stiamo muovendo in quella direzione [...]» (Controllo di gestione, Azienda L).

Dalle citazioni riportate emerge anche chiaramente il ruolo importante giocato dagli uffici del Controllo di gestione nel perseguimento di un processo di integrazione tra cultura manageriale e clinica, che costituisce un ulteriore elemento fondamentale dell'approccio osservato.

In quattro casi (Aziende D, E, L e P), l'integrazione tra uffici del Controllo di gestione e professionisti è stata ulteriormente rafforzata dal coinvolgimento di un medico nell'ufficio Controllo di gestione, come riportato nella seguente affermazione fatta da un medico che lavora *part time* nel controllo di gestione: «Lavoro nel Controllo di gestione da tre anni. Questo mio ruolo ha favorito una maggiore integrazione tra uffici del Controllo, uffici del Controllo di gestione e medici e una maggiore fiducia negli uffici del Controllo, uffici del Controllo di gestione, grazie appunto al mio ruolo di medico e al legame con gli altri medici. La negoziazione di budget è migliorata. Inoltre questa relazione ha favorito una migliore individuazione degli obiettivi e delle persone in grado di influenzare questi obiettivi, migliorando quindi i risultati finali» (Medico *part time* n. 2 che lavora nel Controllo di gestione, Azienda D).

Abbiamo denominato l'approccio al processo che emerge dalle evidenze illustrate come «integrato-interattivo». Esso può essere definito come un approccio basato sulla collaborazione e comunicazione tra professionisti sanitari (coloro che ricevono le informazioni) e uffici del Controllo di gestione (coloro che forniscono le informazioni) mirato ad apportare un adattamento degli strumenti di PeC, che consenta di integrare conoscenze cliniche e manageriali per lo sviluppo di strumenti che meglio si adattano alle caratteristiche delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti che vi lavorano, pur continuando a essere indirizzati verso una più efficiente gestione delle risorse.

L'integrazione viene perseguita attraverso un sistematico processo di comunicazione (Laughlin, 1991; Smith, 1982) tra professionisti sanitari e uffici del Controllo di gestione mediante cui è possibile costruire, attraverso un reciproco adattamento (Pettersen, 1995), una visione organizzativa basata su valori condivisi (Dunphy, Doug, 1988).

Questo approccio «integrato-interattivo» è comune, con diversa intensità, a tutte le organizzazioni sanitarie osservate. Questo potrebbe costituire una limitazione dell'analisi, in quanto manca una comprensione del fenomeno, anche attraverso l'analisi di possibili differenze tra le organizzazioni. D'altra parte esiste in Regione Toscana una elevata mobilità del personale tra le organizzazioni sanitarie e un coinvolgimento di professionisti e responsabili degli uffici del Controllo di gestione in molti tavoli e gruppi di lavoro regionali che generano uno scambio intenso di conoscenze ed esperienze.

4.2. L'impatto del processo di adattamento degli strumenti di PeC secondo l'approccio integrato-interattivo sulle caratteristiche degli strumenti di PeC: il cambiamento risultante

L'approccio «integrato-interattivo», adottato nel processo di adattamento degli strumenti di PeC alla realtà sanitaria, ha impattato principalmente sulla tipologia di informazioni e sulle modalità con cui esse sono fornite nei report.

Per quanto riguarda il primo aspetto relativo alla tipologia di informazioni, le Aziende sanitarie hanno progressivamente introdotto

nei *report* le informazioni di tipo non finanziario (per esempio informazioni sulle attività svolte) associate a informazioni di carattere finanziario.

Power e Laughlin (1992) sostengono che l'associazione di informazioni finanziarie e non finanziarie permette la «cattura e riformulazione delle attività cliniche in termini economici», supportando i medici nella comprensione delle informazioni finanziarie.

Le seguenti affermazioni sottolineano la crescente attenzione all'associazione tra informazioni di tipo finanziario e di tipo non finanziario.

«Ora il documento del budget è più semplice, vi è un numero limitato di indicatori, con il 90% di indicatori clinici e 10% di indicatori economici» (medico *part time* n. 1 che lavora nel Controllo di gestione, Azienda D).

L'associazione tra informazioni di tipo finanziario e non finanziario permette di introdurre una valutazione economica di comportamenti clinicamente scorretti ed evidenziare come questi, oltre a pregiudicare la qualità delle cure, impattino negativamente sull'efficienza, come evidenziato dalla seguente citazione: «È molto difficile misurare l'attività professionale, ma se è possibile misurare, per esempio, il numero di riammissioni in ospedale per la stessa patologia in un breve periodo di tempo, si può valutare la qualità. Per esempio, per valutare come un medico segue il suo paziente e verifica che stia seguendo correttamente la terapia prescritta, possiamo analizzare i casi in cui il paziente interrompe il trattamento, e valorizzare in termini economici lo spreco di risorse nel caso, e tracciare la responsabilità del medico» (Direttore sanitario, Azienda A).

Conferma di ciò è rinvenibile in **tabella 2**, costruita sulla base dei documenti aziendali e dei risultati della indagine fatta con gli uffici del Controllo di gestione (elencati come fonte di dati nella tabella 1). In essa si osserva come il *budget* delle organizzazioni sanitarie indagate includa diversi tipi di obiettivi, sia a livello di Dipartimento che di Unità operativa: ci sono obiettivi in termini di attività, per esempio l'incremento o la riduzione di un certo trattamento o servizio, sia in termini di costi e consumo di risorse. Questo evidenzia il collegamento tra attività e risorse impiegate, permettendo così di comprendere meglio

i costi e, attraverso la gestione delle attività, attuare le strategie per il loro contenimento.

Altri obiettivi possono essere collegati alla gestione delle risorse: per esempio, per quanto riguarda le risorse umane, un obiettivo potrebbe essere la riduzione del tasso di assenteismo e per quanto riguarda le tecnologie strumentali un aumento del loro tasso di utilizzo.

Ci possono essere anche obiettivi in termini di «coordinamento e integrazione» delle attività. Ciò è particolarmente importante nel settore della sanità, dove il percorso clinico comprende attività svolte da diversi attori e finalizzate a un comune risultato, ovvero la salute del paziente.

Per quanto riguarda le modalità con cui le informazioni sono fornite, i *report* sono caratterizzati da una maggiore rilevanza e semplicità nelle informazioni prodotte. La citazione che segue esprime le percezioni verso una tipologia di *report*, introdotto per i Direttori di Unità operativa, che contiene solo un numero limitato di obiettivi economici e un elevato numero di indicatori clinici, più controllabili da parte dei destinatari: «Ora si sentono in grado di controllare le misure [...] Prima il budget (per i Direttori di Unità operativa) includeva una decina di pagine di indicatori che i medici non leggevano nemmeno [...] vedevano tale documento come un'imposizione [...] quest'anno con questa nuova struttura, composta da un numero limitato di indicatori i medici riescono a capire di che cosa stiamo parlando» (Controllo di gestione, Azienda R).

Questa modifica è intervenuta in quanto gli uffici del Controllo di gestione si sono resi conto che *report* complicati e lunghi avevano un'utilità limitata e non venivano letti,

Tabella 2
Tipologie di obiettivi riportati nelle schede di budget

Gli obiettivi si riferiscono a:	N. di aziende che fissano la tipologia di obiettivi	%
Attività cliniche	14	100%
Costi	14	100%
Gestione delle risorse umane	9	64%
Gestione delle risorse strumentali	7	50%
Gestione delle tecnologie sanitarie	8	57%
Coordinamento e integrazione	12	86%
Altri	3	21%

mentre *report* più semplici e sintetici avevano maggiori probabilità di essere apprezzati. Questo comportamento dimostra una sensibilità degli uffici del Controllo di gestione verso la cultura dei professionisti sanitari. Questa attenzione è una conseguenza del processo comunicativo (Laughlin, 1991; Smith, 1982) tra professionisti e uffici del Controllo di gestione che caratterizza l'approccio «integrato-interattivo». Gli effetti dell'approccio «integrato-interattivo», adottato nel processo di adattamento degli strumenti di PeC, suggeriscono che la cultura professionale, se adeguatamente coinvolta, può «colonizzare» i sistemi di PeC. Mentre le riforme nazionali e regionali hanno influenzato il contenuto di base degli strumenti di PeC, imponendo la loro strumentalità a obiettivi di «efficienza» e contenimento della spesa, a sua volta la cultura aziendale ha influenzato la struttura e le caratteristiche degli strumenti di PeC, introducendovi elementi coerenti rispetto alla gestione «professionale» dell'attività sanitaria.

Nonostante l'approccio «integrato-interattivo» abbia portato dei miglioramenti al processo di *budget*, che oggi è sempre più basato su una stima delle attività cliniche per l'anno successivo piuttosto che su dati storici, vi sono ancora delle criticità relative al processo di comunicazione e diffusione degli obiettivi. Infatti, mentre i Direttori di Dipartimento sono ampiamente partecipi nell'individuazione degli obiettivi e delle risorse assegnate, tramite una contrattazione diretta con il Direttore generale, così non avviene per livelli più bassi, i quali spesso si vedono calare obiettivi già contrattati tra Direttore generale e di Dipartimento cui devono far fronte con il loro contributo.

Sarebbe invece auspicabile che il Direttore di Dipartimento condividesse gli obiettivi del suo Dipartimento con tutto il suo personale ancora prima di contrattare gli obiettivi con la Direzione generale.

Essendo la comunicazione un elemento fondamentale nell'approccio «integrato-interattivo» adottato nel processo di cambiamento degli strumenti di PeC, il processo di comunicazione degli obiettivi tra superiori e livelli inferiori rappresenta un aspetto critico che potrebbe limitare l'impatto culturale degli strumenti di PeC.

4.3. L'impatto del processo di adattamento sulla cultura dei professionisti sanitari

Una ulteriore riflessione sulla base delle evidenze della ricerca riguarda la capacità degli strumenti di PeC di colonizzare la cultura dei professionisti sanitari a seguito dell'approccio «integrato-interattivo».

Per poter asserire l'esistenza di un cambiamento culturale, supportato dagli strumenti di PeC, ovvero di una «colonizzazione» della cultura, è necessario considerare sia gli aspetti più visibili e osservabili – gli «artefatti» e i valori espliciti che regolano i comportamenti – che gli aspetti più intangibili, ovvero i principi base e le concezioni più profonde che orientano la cultura dei soggetti (Lecci, Morelli, 2011; Schein, 1985; Broadbent, 1992). Come evidenziato da Broadbent (1992) è infatti necessario valutare due elementi: l'«utilizzo» degli strumenti di PeC come una «normale routine» (gli aspetti più visibili e osservabili) e l'«interpretazione» dei suoi principi, coerentemente con gli obiettivi di efficienza e controllo dei costi, e il loro incorporarsi nella cultura organizzativa (gli aspetti più intangibili).

In primo luogo questo implica che il semplice «uso» degli strumenti di PeC non significa un cambiamento, perché l'uso degli strumenti di PeC è spesso un'imposizione proveniente dal contesto esterno all'organizzazione, in questo caso dal Governo nazionale e regionale, che impone il raggiungimento di alcuni obiettivi rispetto ai quali l'introduzione degli strumenti di PeC è funzionale. Quindi, per valutare l'esistenza di un cambiamento culturale è necessario capire non solo «se» gli strumenti sono usati ma soprattutto capire «come» i professionisti sanitari «interpretano» gli strumenti di PeC, ovvero se l'interpretazione è coerente con i principi in essi incorporati (Broadbent, 1992).

In questa prospettiva, le evidenze della nostra ricerca mostrano che l'«utilizzo» degli strumenti di PeC caratterizza tutti i professionisti sanitari, i quali giornalmente utilizzano queste informazioni per i processi decisionali con il supporto dei Uffici del Controllo di Gestione, come riportato dalle seguenti citazioni: «*[I professionisti sanitari] Cercano di capire che cosa hanno sbagliato [...] dove e quando possono migliorare, non agiscono solo in modo difensivo. Lavorano molto, al fi-*

ne di migliorare le loro prestazioni. Di solito ci chiedono consigli al fine di comprendere i dati e come possono migliorare» (Controllo di gestione, Azienda O);

«Durante l'anno i report periodici vengono analizzati, quando sottolineano lo scostamento tra risultati effettivi e obiettivi: di solito noi (Uffici del Controllo di Gestione) analizziamo i risultati insieme a medici per cercare di capire perché abbiamo ottenuto un certo risultato, per esempio se vediamo che vi è un costo maggiore di un determinato farmaco, lui (il medico) deve spiegare perché sta usando un certo farmaco e non un altro» (Controllo di gestione, Azienda M).

Allo stesso tempo le evidenze suggeriscono che nelle organizzazioni sanitarie analizzate coesistono diverse «interpretazioni» delle informazioni prodotte dagli strumenti di PeC: i Direttori sanitari, i Direttori di Dipartimento e gli infermieri comprendono e accettano tali principi, mentre i Direttori di Unità operativa non ne percepiscono l'importanza e hanno un atteggiamento critico. Questo significa che la cultura aziendale è «parzialmente» cambiata, coerentemente con i principi ispiratori delle riforme (Francesconi, 1993; 2000).

Per quanto riguarda i Direttori sanitari e i Direttori di Dipartimento, l'analisi delle informazioni provenienti dagli strumenti di PeC è ritenuta fondamentale nella loro attività ed è divenuta parte dei loro principi base e di loro concezioni più profonde nell'agire organizzativo. Come emerge dalle seguenti asserzioni, l'informazione sui costi è considerata importante per supportare la distribuzione delle risorse, la valutazione del lavoro dei collaboratori e per migliorare l'efficienza dei percorsi clinici: «I nostri uffici del Controllo di gestione ci forniscono tutte le informazioni di cui abbiamo bisogno nel nostro processo decisionale. Sappiamo esattamente che cosa fa un Dipartimento (le attività fatte) e quanto consuma, o l'apertura e la chiusura della sala operatoria [...] le utilizziamo (queste informazioni) per l'assegnazione delle risorse [...] per separare i buoni dai cattivi [...] decido anche l'assegnazione delle risorse sulla base di come funziona un reparto: per esempio, il mio Dipartimento chirurgico funziona molto bene, semi chiedesse un cammello volante glielo prenderei [...]» (Direttore sanitario, Azienda A).

Per quanto riguarda i Direttori sanitari e i Direttori di Dipartimento, l'attenzione ai costi negli ultimi anni è aumentata. Tuttavia, nel contesto preso a riferimento per questa ricerca la necessità di contenimento dei costi non ha avuto l'impatto negativo sulla qualità come prospettato da Agrizzi (2008). Il costo del trattamento non è percepito come una limitazione nelle scelte del medico: se il trattamento è reputato veramente necessario per la salute del paziente viene comunque erogato, ma l'attenzione sugli aspetti organizzativi (come la produttività del personale e l'utilizzo delle risorse) è elevata, al fine di perseguire l'appropriatezza dei trattamenti e, di conseguenza, la possibile riduzione degli sprechi e una migliore gestione dei costi. In questo senso emerge un'ulteriore punto di forza dell'approccio «integrato-interattivo», nel senso che la sua forza implicita di facilitazione dell'introduzione di strumenti a supporto di decisioni per il contenimento dei costi, può coniugarsi con il mantenimento della qualità delle cure grazie al grado di coinvolgimento del personale sanitario nella ricerca di soluzioni alternative di *cost containment* sul processo complessivo. Le dichiarazioni di seguito riportate supportano questa conclusione: «Quando si tratta di decidere in merito a un trattamento si considerano sia gli aspetti clinici che economici. Tuttavia, se il trattamento è effettivamente necessario, anche se costoso, di solito si decide di comprarlo. Quindi, al fine di risparmiare cerchiamo di gestire altri costi, per esempio riducendo la durata del soggiorno al numero di giorni effettivamente necessari, oppure cercando di aumentare la produttività del personale e dei macchinari» (Direttore sanitario, Azienda N);

«Non considero il costo per singolo paziente. Per ogni paziente che faccio tutto il necessario per la sua salute e costi non influenzano la mia decisione. Anche il mio superiore non ha mai limitato le mie decisioni in questo senso. I costi sono percepiti come importanti a livello organizzativo complessivo, e come parte di tutta la catena. Per esempio ho messo l'attenzione su altri aspetti organizzativi, a esempio: servizi di supporto, l'uso corretto dei dispositivi medici e chirurgici e le necessità del caso di trattamenti diagnostici» (Direttore di Dipartimento, Azienda 1N).

Occorre osservare che il cambiamento culturale evidenziato da Direttori sanitari, di Ospedale di Dipartimento, può essere influenzato da due aspetti ulteriori:

- a) il tipo di attività svolta;
- b) la pressione che devono affrontare determinata dalle responsabilità ricoperte.

Da questo punto di vista, per quanto riguarda il punto a), i Direttori sanitari, di Ospedale e di Dipartimento, svolgono tipicamente funzioni di natura manageriale accanto ad attività di natura medica, per cui la cultura di questi soggetti è inevitabilmente influenzata dalle logiche manageriali richieste dalle attività da loro svolte. Per quanto riguarda il punto b), la pressione sul controllo dei costi introdotta dal Governo regionale e nazionale inevitabilmente impatta primariamente su questi soggetti che rappresentano i livelli più alti di responsabilità aziendale, generando uno stimolo al cambiamento culturale (Broadbent, 1992; Greenwood, Hinings, 1998; Kurunmaki *et al.*, 2003; Lecci, Morelli, 2011). Per quanto riguarda la pressione sui risultati nella Regione Toscana, gioca inevitabilmente un contributo rilevante il sistema di valutazione della performance (Nuti, 2008; Nuti *et al.*, 2012).

Considerando invece i Direttori di Unità operativa, essi interpretano le informazioni di PeC come un'imposizione di limitata utilità.

Le ragioni sono da ricercarsi in:

- a) un limitato coinvolgimento e una limitata comunicazione organizzativa;
- b) la pressione imposta dal Governo nazionale e regionale;
- c) la tipologia di attività svolte.

Per quanto riguarda il primo aspetto (a), una possibile ragione di resistenza al cambiamento culturale va ricercata nel loro limitato coinvolgimento nella negoziazione degli obiettivi di *budget* (come descritto nel paragrafo precedente). Il commento che segue introduce il problema: «*Lo strumento di budget arriva ai Direttori dei Dipartimenti, in quanto le risorse sono negoziate direttamente tra loro e Direttore generale, ma non arriva ai Direttori di Unità operativa e agli altri. Anche se il Direttore del Dipartimen-*

to, prima di negoziare degli obiettivi dipartimentali, dovrebbe condividere gli obiettivi con i suoi collaboratori, questo di fatto non è obbligatorio e il modo in cui viene fatto dipende dalle attitudini personali del Direttore del Dipartimento. Loro (i collaboratori) in realtà non partecipano alla negoziazione con il Direttore generale, quindi non sono ancora completamente coinvolti. Poiché non si sentono coinvolti sono scettici sul budget» (Direttore sanitario, Azienda R).

In una situazione in cui solo Direttore del Dipartimento negozia gli obiettivi con il Direttore generale, il primo dovrebbe fare leva su un processo comunicativo per promuovere la trasmissione degli obiettivi di *budget* ai suoi collaboratori (Fiore, 2008), organizzando incontri efficaci sul *budget* con tutto il personale del Dipartimento. In tal modo si potrebbero superare i problemi derivanti dal limitato coinvolgimento dei livelli inferiori nella fase precedente di negoziazione di *budget* con il Direttore generale. Tuttavia, alcune aziende hanno intrapreso iniziative specifiche volte ad aumentare la partecipazione a tutti i livelli, come riportato a titolo di esempi nelle citazioni che seguono: «*Siamo consapevoli che lo strumento (di budget) è già diffuso tra i Direttori di Dipartimento, mentre stiamo lavorando per l'intensificazione del flusso di comunicazione tra i Direttori di Dipartimento e i loro collaboratori. L'obiettivo è quello di rendere tutti i medici consapevoli che il sistema di budget deve essere utilizzato a tutti i livelli dell'organizzazione. Al fine di promuovere questo processo, dal 2009 trattiamo obiettivi non solo con il Direttore del Dipartimento, ma anche con i Direttori di Unità operativa, per cui vi è un processo di negoziazione anche con loro. Abbiamo in programma più di 200 incontri. Possiamo dire che questa iniziativa ha portato a miglioramenti forti se guardiamo al modo in cui i clinici ora vedono il budget. Il passo successivo è quello di coinvolgere altri medici senza una responsabilità formale di budget» (Controllo di gestione, Azienda I).*

In questa situazione, sarebbe auspicabile un'azione da «promotore del cambiamento» (Jacobs, 1995) da parte del dirigente, ossia da catalizzatore, mediante il coinvolgimento degli altri livelli professionali nella discussione e nell'identificazione degli indicatori

di *budget* e nelle decisioni manageriali (per esempio i nuovi investimenti). In questo modo si potrebbero ottenere una maggiore diffusione dei principi ispiratori degli strumenti di PeC e la promozione di un clima organizzativo migliore in grado di evitare tensioni e resistenze.

Per esempio, nell'Azienda N, organizzazione che è stato possibile analizzare più in profondità, si osserva l'esistenza di un «promotore del cambiamento» nel Direttore del Dipartimento, come evidenziato dalle affermazioni che seguono: «*Ho coinvolto tutti i Direttori di Unità operativa, tutti i coordinatori infermieristici e anche tutti gli altri medici. Penso che il loro coinvolgimento sia importante al fine di promuovere un buon clima all'interno del mio Dipartimento, che possa così influenzare i risultati. Loro sono attivamente coinvolti nel raggiungimento dei risultati e credo che per questo motivo devono sapere che cosa richiedono la Regione e l'organizzazione e che cosa dobbiamo fare per soddisfare queste esigenze. Per esempio, abbiamo lavorato sull'individuazione di protocolli per il corretto utilizzo dei prodotti farmaceutici [...] ogni esigenza di prodotti farmaceutici aventi un costo particolarmente alto deve essere giustificata da una richiesta scritta firmata dal medico. In questo modo il medico si rende responsabile per i costi che ne conseguono*» (Direttore di Dipartimento, Azienda N).

Tuttavia, anche se i Direttori di Unità operativa dell'Azienda N parlano chiaramente un linguaggio manageriale e comprendono la necessità di contenimento dei costi, hanno evidenziato una serie di preoccupazioni circa l'utilità degli strumenti di PeC che sono da ricercarsi principalmente nel secondo aspetto menzionato (b), ovvero la pressione imposta dal Governo nazionale e regionale. Infatti i Direttori di Unità operativa criticano l'approccio adottato a livello nazionale e regionale rispetto alla valutazione delle performance e agli obiettivi imposti, i quali spesso non sono condivisi e compresi. Inoltre, auspicano un riconoscimento del loro lavoro a livello di unità operativa e non di azienda complessivamente considerata. Questa criticità è evidenziata dalla citazione che segue: «*Ci sentiamo responsabili per i costi delle nostre attività, ma non siamo in grado di comprendere l'utilità di questa pressione*

sul contenimento dei costi. Lavoro duro per il contenimento dei costi della mia unità, ma alla fine, il Governo regionale o il Governo nazionale valutano i risultati complessivi della nostra azienda, e i nostri sforzi specifici non sono abbastanza evidenziati. Vorremmo per esempio un confronto con unità simili di altre aziende. Vorremmo maggiori incentivi per le unità di che lavorano bene» (Direttore di Unità operativa 1, Azienda N).

«*Noi percepiamo il processo di budget come un processo top-down. Non si può dire che gli obiettivi sono imposti dalla nostra organizzazione, ma ci accorgiamo che alcuni obiettivi, in particolare gli obiettivi determinati dal Governo, sono inadeguati a sostenere il miglioramento della nostra attività. A volte gli obiettivi si concentrano su questioni che non sono rilevanti per il miglioramento della nostra attività principale e altri problemi più rilevanti non sono analizzati*» (Direttore di Unità operativa 2, Azienda N).

Questo evidenzia una situazione in cui, nonostante gli sforzi organizzativi per supportare un cambiamento nella cultura aziendale, quest'ultima può incontrare difficoltà a cambiare a causa del l'approccio del Governo alla valutazione dei risultati. Anche questo aspetto va considerato tra le possibili fonti di tensioni e ostacoli ai cambiamenti culturali.

Un terzo aspetto di sicuro impatto nei Direttori di Unità operativa (c) risiede nella tipologia di attività svolte che sono tipicamente di natura operativa (di *service*) che richiedono una cultura clinica piuttosto che manageriale.

Per quanto riguarda gli infermieri, anche questi in alcuni casi hanno presentato un cambiamento culturale. Il cambiamento è stato sostenuto non solo dall'approccio «integrato-interattivo», ma anche da un «promotore del cambiamento», rappresentato dal Direttore del Dipartimento. Le frasi seguenti descrivono l'interpretazione fatta dagli infermieri del Dipartimento 1 dell'Azienda N, dove il Direttore del Dipartimento ha agito come «promotore del cambiamento». Come suggerisce il contenuto di queste frasi, l'interpretazione degli infermieri relativamente alle informazioni prodotte dagli strumenti di PeC risulta in linea con i principi di efficienza e controllo dei costi proposti dalle riforme e non emerge alcun atteggiamento critico o

scettico: «*Nei limiti delle nostre possibilità, cerchiamo di migliorare le prestazioni e l'efficienza del consumo di risorse*» (Infermiera 1, Azienda N);

«*Prima della somministrazione di ogni trattamento, si valuta il paziente al fine di dare solo ciò che è necessario, evitando trattamenti inappropriati e sprechi. Abbiamo messo grande attenzione all'adeguatezza e appropriatezza dei percorsi clinici, per esempio, si cerca di evitare esami inutili [...] in questo modo si ha la possibilità di gestire i costi e risparmiare denaro. Diamo solo ciò che è realmente necessario*» (Infermiera 2, Azienda N).

Gli infermieri non hanno espresso critiche rispetto al modello manageriale delle riforme ispirato a questi principi, probabilmente perché non hanno responsabilità di un loro budget e non percepiscono la pressione di altri livelli di responsabilità.

Come per i Direttori sanitari e di Dipartimento, la penetrazione della cultura manageriale negli infermieri deriva anche dal tipo di attività svolte. Infatti gli infermieri in realtà hanno un ruolo di manager operativi: gestiscono farmaci, materiali di consumo (per esempio magazzino, scaduti, ordini, ecc.) e posti letto nel reparto, contribuendo all'efficienza della loro unità. Considerando questi aspetti sarebbe auspicabile una formalizzazione delle loro responsabilità, anche al fine di evitare future opposizioni e tensioni. Gli infermieri intervistati sono consapevoli di questa condizione ed esprimono il desiderio di un ruolo diverso nel contesto della programmazione e controllo, come suggerito dalla considerazione seguente: «*Noi influenziamo completamente la qualità dell'assistenza e il consumo di risorse e contribuiamo attivamente alle performance della nostra Unità, ma non siamo direttamente valutati su questo aspetto. Vogliamo essere valutati e confrontati con gli infermieri di altri reparti e di altre Aziende, come avviene per i medici. Questa possibilità potrebbe essere uno stimolo alla ricerca e allo studio per trovare soluzioni per il miglioramento delle prestazioni. Saremmo lieti di fornire un contributo più elevato*» (Infermiera 1, Azienda 12).

5. Discussione e conclusioni

Questo lavoro si è sviluppato rispetto a due principali obiettivi. Il primo è stato quel-

lo di studiare il processo di adattamento degli strumenti di PeC al contesto sanitario e di comprendere quali elementi, oltre alle riforme, possono influenzarne il processo e il risultato. Il secondo obiettivo è stato quello di verificare come il processo di adattamento degli strumenti di PeC può avere influenza sulla cultura dei professionisti sanitari nella direzione di una «colonizzazione» rispetto ai valori imposti dalle riforme (Laughlin, 1991; Power, Laughlin, 1992; Broadbent, Laughlin, 2005).

Numerosi studi richiamati in precedenza si sono soffermati sulla capacità degli strumenti di PeC, introdotti per rispondere ai principi di efficienza e controllo dei costi proposti dalle riforme sanitarie, di stimolare un cambiamento culturale dei professionisti sanitari, senza tuttavia analizzare il processo di adattamento degli strumenti di PeC al contesto sanitario. L'analisi del processo di adattamento degli strumenti di PeC, supportata principalmente da una ricerca qualitativa basata su interviste con gli attori del cambiamento, ha permesso una più profonda e articolata comprensione dell'evoluzione degli strumenti di PeC e ha consentito di formulare alcune riflessioni sul modo in cui questi «colonizzano» la cultura dei professionisti sanitari.

In particolare l'esito del processo di adattamento dei sistemi di PeC deriva dall'integrazione tra la cultura dei professionisti sanitari e i principi incorporati nei sistemi di PeC sponsorizzati dalle riforme. Il processo di cambiamento osservato presenta un approccio che abbiamo definito «integrato-interattivo», che si basa sulla collaborazione tra i uffici del Controllo di gestione, i quali si presentano come «braccio operativo» della realizzazione dei principi imposti dalle riforme, e i professionisti sanitari, che pongono alla base dei comportamenti organizzativi i propri principi professionali. L'obiettivo diventa l'integrazione delle conoscenze per l'individuazione di «strumenti culturalmente integrati», ovvero strumenti che incorporano i principi di «managerializzazione» proposti dalle riforme ma il più possibile strutturati in linea con la cultura dei professionisti sanitari.

Per quanto riguarda l'impatto dell'approccio «integrato-interattivo» sugli strumenti di PeC, le evidenze della ricerca suggeriscono che tale approccio ha facilitato una semplifi-

cazione degli strumenti e un maggiore ricorso a misure cliniche associate a misure economiche, favorendone quindi la comprensione e l'utilizzo da parte dei professionisti sanitari. Inoltre l'approccio «integrato-interattivo» ha favorito in alcuni casi l'identificazione di strumenti che mirano a contenere i costi senza diminuire la qualità delle cure, mantenendo il *focus* sulla programmazione sanitaria, coerentemente con quanto osservato in altre ricerche (Ascheri *et al.*, 2008). In questo senso l'approccio «integrato-interattivo» ha permesso a sua volta ai professionisti sanitari di «colonizzare» gli strumenti di PeC.

Per quanto riguarda l'impatto sulla cultura dei professionisti sanitari, le evidenze disponibili suggeriscono che l'approccio «integrato-interattivo» può favorire la capacità dei sistemi di PeC di «colonizzare» la cultura dei professionisti sanitari, anche se con gradi differenti.

In primo luogo, permettendo ai professionisti l'opportunità di *voice* (Tasselli, 2012) e di influenzare gli strumenti di PeC in modo sostanziale e non solo formale (Macinati *et al.*, 2012) l'approccio «integrato-interattivo» dà loro la percezione di uno strumento costruito dal basso (Friedson, 1975; Tasselli, 2012; Lecci, Morelli, 2011; Cotta, 2010). Ciò può facilitarne l'accettazione e spingere gli individui verso un maggiore impegno nel raggiungimento degli obiettivi fissati e oggettivati mediante tali strumenti (Macinati *et al.*, 2012).

In secondo luogo, l'approccio «integrato-interattivo», grazie alla collaborazione e comunicazione tra professionisti sanitari e uffici del Controllo di gestione favorisce l'introduzione di «strumenti integrati», ovvero di strumenti che incorporano i principi di efficienza e controllo dei costi ma sono costruiti secondo la logica dei professionisti sanitari, favorendone la loro comprensione e utilizzo e facilitando il superamento della difficoltà di accettazione che si manifesta rispetto agli strumenti tradizionali. Inoltre, l'approccio «integrato-interattivo», tramite la comunicazione e il coinvolgimento dei professionisti nella definizione degli strumenti, ha favorito un processo di apprendimento «sul campo» sui temi della managerialità.

Le evidenze presentate suggeriscono anche che i sistemi di PeC, per mezzo dell'approccio «integrato-interattivo», sono in gra-

do di «colonizzare» la cultura aziendale con gradazione diversa, a seconda della posizione organizzativa in cui si trovano i professionisti sanitari. Infatti, la coesistenza di attori caratterizzati da diverse culture e posizioni organizzative può determinare nelle organizzazioni un processo di cambiamento di tipo «schizoide», nel senso che le diverse culture aziendali possono seguire diversi percorsi di cambiamento all'interno della stessa organizzazione (Broadbent, 1992). Come evidenziato nel paragrafo precedente, culture differenti reagiscono in modo diverso ad aspetti di contesto esterno, come la percezione della pressione imposta dal livello di Governo del sistema, e ad aspetti di contesto organizzativo, come la comunicazione aziendale.

Un'elevata pressione imposta dal Governo rispetto al raggiungimento di certi obiettivi è un elemento che favorisce il cambiamento culturale ai livelli organizzativi più alti che ricoprono più elevate responsabilità, mentre lo limita ai livelli organizzativi più bassi; essi, infatti, avendo responsabilità più limitate, non ne percepiscono l'utilità.

La comunicazione risulta inoltre un elemento organizzativo fondamentale per ottenere un cambiamento culturale e in contesti complessi con molti attori e livelli decisionali può svilupparsi attraverso un «promotore del cambiamento», rappresentato in un caso, come abbiamo illustrato, dal Direttore del Dipartimento. Il «promotore del cambiamento» può promuovere una cultura manageriale a tutti i livelli e stimolare l'attenzione verso il controllo dei costi e l'efficienza, anche da parte di professionisti che non presentano un orientamento verso la cultura manageriale già determinato dello svolgimento di compiti manageriali ad alto livello, dalle responsabilità ricoperte e dalla pressione sui risultati.

La tipologia dei compiti svolti è un ulteriore elemento organizzativo da tenere in considerazione: soggetti che abitualmente ricoprono compiti manageriali saranno più propensi a un cambiamento della loro cultura verso logiche manageriali (nel nostro studio, i Direttori sanitari e di Dipartimento e gli infermieri), mentre soggetti che abitualmente si dedicano a compiti operativi, per i quali è unicamente necessaria una «cultura clinica», saranno più restii al cambiamento (nel nostro caso, i Direttori di Unità Operativa). Questa tendenza può accentuarsi in caso di carenza

di meccanismi di coinvolgimento di tali soggetti nei processi decisionali (*budget*).

Questi risultati pongono bene in evidenza, a differenza di altre ricerche, l'esigenza di tenere contemporaneamente in considerazione sia gli aspetti di contesto esterno che organizzativo interno nel valutare l'impatto dei sistemi di PeC sulla cultura aziendale.

L'analisi dell'approccio «integrato-interattivo» e del suo impatto sugli strumenti di PeC e sulla cultura clinica evidenziano l'emergere di fenomeno diverso rispetto alla «colonizzazione» della cultura aziendale, così come definita da Laughlin (1991), Power e Laughlin (1992) e Broadbent e Laughlin (2005). Tale fenomeno alternativo, che possiamo definire di «colonizzazione reciproca», si pone come un processo in cui, da un lato, la cultura professionale «colonizza» gli strumenti di PeC, e, dall'altro, gli strumenti di PeC «colonizzano» la cultura aziendale, coerentemente con quanto richiesto dalla riforme. Similmente alla «colonizzazione», il cambiamento culturale è inevitabile, così come è inevitabile un cambiamento dei comportamenti nel caso del «riorientamento», e ciò a causa nella natura coercitiva delle riforme imposte dal Governo. Tuttavia a differenza della «colonizzazione», in cui la cultura dei professionisti subisce un cambiamento inevitabile che viene imposto e rispetto al quale questi aderiscono, e a differenza del «riorientamento», dove la cultura reagisce con comportamenti di adesione formale (Broadbent, 1992; Pettersen, 1995), nel caso della «colonizzazione reciproca» il coinvolgimento nell'adattamento degli strumenti di PeC al contesto sanitario permette ai professionisti di avere un ruolo attivo e di influenzare gli strumenti di PeC, i quali possono risultare alla fine coerenti sia con i principi di efficienza imposti dalle riforme sia con la cultura clinica. L'approccio «integrato-interattivo», nel favorire la «colonizzazione reciproca», riesce quindi a generare uno stabile equilibrio tra aspetti tangibili e intangibili che, perdurando nel tempo, può portare le aziende a perseguire gli obiettivi prefissati.

In tale approccio il Controllo di gestione assume un ruolo cardine nel creare un punto di congiunzione tra cultura sanitaria e principi manageriali, stimolando un processo di comunicazione tra queste due culture. Un risvolto operativo scaturito da questa ricerca riguarda in effetti il ruolo di queste figure

amministrative nel contesto sanitario: esso assume nella prospettiva indicata un'importanza e una strategicità molto superiore a quelle riconducibili a una funzione meramente contabile-amministrativa. In un'Azienda sanitaria il *controller* diventa piuttosto la cerniera indispensabile per conseguire l'efficacia del processo di incorporazione degli obiettivi di efficienza manageriale nella cultura professionale medica.

Questa ricerca presenta diverse limitazioni, che aprono a loro volta nuove domande di ricerca.

Primo, abbiamo osservato un cambiamento solo di una parte della cultura clinica. A tal proposito alcune questioni potrebbero emergere. È possibile che i professionisti titolari della parte di cultura invariata possano spingere il resto dell'organizzazione a tornare alla situazione preesistente e rifiutare il cambiamento (come nell'ipotesi del «riorientamento»)? Diversamente, come può un'organizzazione avere tali diversità e mantenere l'unitarietà? Quali fattori possono evitare la disaggregazione? Può essere il senso di appartenenza a una organizzazione, nonostante le differenze culturali, oppure possono essere degli aspetti in comune nelle diverse culture?

Un secondo punto riguarda il metodo di ricerca adottato. In primo luogo, l'utilizzo di metodi qualitativi non permette di estendere i risultati oltre la Regione Toscana e generalizzare al contesto nazionale o internazionale. In secondo luogo, i dati raccolti riportano la percezione degli intervistati riguardo agli strumenti di PeC, che può essere distorta dalla loro specifica esperienza, dal loro ruolo (ovvero la posizione organizzativa - *top versus middle manager*, ruolo - medici, infermieri, amministrativi) e dai loro atteggiamenti personali, quindi non necessariamente rappresenta una visione «oggettiva» della realtà.

I risultati di questo studio, anche se non generalizzabili e dipendenti dal contesto della ricerca, suggeriscono che la cooperazione e la comunicazione tra le diverse culture professionali possono aiutare nel raggiungimento di un equilibrio complessivo in un contesto quale quello sanitario, sempre più soggetto alla pressione dell'ambiente esterno a perseguire il cambiamento nelle modalità di erogazione dei propri servizi, con conseguenti ripercussioni nelle culture e nei comportamenti degli attori del sistema.

Appendice A

Esempio di domande poste durante le interviste

1. Interviste ai professionisti sanitari

- Come funziona il processo di negoziazione del *budget*? In quali degli *step* del processo (identificazione degli obiettivi, identificazione delle risorse, analisi dei *report* consuntivi) siete coinvolti?
- Come utilizzate le informazioni provenienti dagli strumenti di Programmazione e Controllo? Per quali fini?
- Cosa pensate dell'utilizzo delle informazioni di Programmazione e Controllo nei vostri processi decisionali? Siete in grado di comprendere i *report* che ricevete?
- Cosa pensate dei corsi di formazione che vi forniscono conoscenze economiche e manageriali?
- Negli ultimi anni avete osservato dei cambiamenti negli strumenti di Programmazione e Controllo? Come sono avvenuti questi cambiamenti?
- Che rapporti avete con il Controllo di gestione?

2. Interviste agli uffici del Controllo di gestione

- Di solito i professionisti sanitari vi richiedono particolari tipologie di informazioni o *report*? Vi chiedono di solito suggerimenti sull'interpretazione dei *report* o su come migliorare certe *performance*?
- Secondo voi, in che fase della negoziazione del *budget* il coinvolgimento dei professionisti sanitari è più importante?
- Negli ultimi anni, avete introdotto alcuni cambiamenti negli strumenti di Programmazione e Controllo? Per quali motivi, e come avete agito per introdurre questi cambiamenti?
- Negli ultimi anni, avete osservato dei cambiamenti per quanto riguarda la percezione dei professionisti sanitari rispetto agli strumenti di Programmazione e Controllo?

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

- AGRIZZI D. (2008), «Assessing English hospitals: contradiction and conflict», *Journal of accounting & organizational change*, 4(3), pp. 222-242.
- ANNESI PESSINA E., PINELLI N. (2003), «L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione. Sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo», in E. Annessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- ANNESI PESSINA E., PINELLI N. (2002), «I sistemi di programmazione e controllo: lo stato dell'arte», in E. Annessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.
- ARACHI G., ZANARDI A. (2000), «Il federalismo fiscale regionale: opportunità e limiti» in L. Bernardi (a cura di), *La finanza pubblica Italiana. Rapporto 2000*, Il Mulino, Bologna.
- ASCHERI S., BATTAGLIA G., DAMONTE PRIOLI M. (2008), «Un'esperienza di on line budgeting: il caso dell'Asl 1 imperiese», *Mecosan*, 66, pp. 37-53.
- BO HENRISKEN L., NORREKLIT L., JORGENSEN M.K., CHRISTENSEN J.B., O'DONNELL D. (2004), *Dimensions of change. Conceptualising reality in organizational research*, Copenhagen Business School, Copenhagen.
- BROADBENT J., LAUGHLIN R., READ S. (1991), «Recent financial and administrative change in the NHS: a critical theory analysis», *Critical perspectives on accounting*, 2, pp. 1-29.
- BROADBENT J. (1992), «Change in organizations: a case study of the use of accounting information in the NHS», *British Accounting Review*, 24, pp. 343-367.
- BROADBENT J., LAUGHLIN R. (2005), «Organizational and accounting change: theoretical and empirical reflections and thoughts on a future research agenda», *Journal of Accounting and Organizational Change*, 1, pp. 7-26.
- CASATI G. (2000), *Programmazione e Controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- COTTA R. (2010), «Progettazione e introduzione del sistema di valutazione della performance individuale in tre aziende sanitarie», *Mecosan*, 73, pp. 9-39.
- CHENHALL R.H. (2003), «Management accounting systems design within its organizational context: findings from contingency based research and direction for the future», *Accounting organization and society*, 28(2/3), pp. 127-168.
- COPPOLA F.S., CAPASSO S., RUSSO L. (2008), «Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi», *XX Conferenza della Società italiana di economia pubblica*, Università di Pavia, 25-26 settembre.
- CINQUINI L., VAINIERI M. (2008), «Measuring primary care services performance: issues and opportunities from a home care pilot experience in the Tuscan health system», *Health Services Management Research*, 21, pp. 199-210.
- DECRETO 502/1992 (www.salute.gov.it)
- DECRETO 229/1999 (www.salute.gov.it)
- DECRETO 56/2000 (www.salute.gov.it)
- DECISIONE DI FINANZA PUBBLICA PER IL TRIENNIO 2011-2013 (www.dt.mef.gov.it)
- DDL DI CONVERSIONE IN LEGGE DELLA «SPENDING REVIEW» (www.dt.mef.gov.it)
- DUNPHY D.C., DOUG A.S. (1988), «Transformational and coercive strategies for planned organizational change: beyond the O.D. model», *Organization Studies*, 9(3), pp. 317-334.
- FIORE B. (2008), «L'intangibile in sanità: cultura, clima organizzativo e performance», *Mecosan*, 65, pp. 7-31.
- FRANCESCONI A. (1993), «Il coinvolgimento dei professionisti medici nei processi di controllo di gestione», *Mecosan*, 2(5), pp. 36-44.
- FRANCESCONI A. (2000), «Managing change in the Public Context: Implementing management Control Systems in Health Care Organizations», in D. Cavenago (a cura di), *Public Administration and Change Management*, Cedam, Padova.
- FREIDSON E. (1975), *Doctoring together: a study of professional social control*, University of Chicago Press, Chicago.
- GALLI D., VENDRAMINI E. (2005), «Il ruolo dell'unità operativa controllo di gestione: un'indagine nazionale», in Annessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.
- GREENWOOD R., HININGS C.R., BROWN J. (1988), «Organizational design types, tracks and the dynamics of strategic change», *Organization studies*, 9(3), pp. 293-316.
- JACOBS K. (1995), «Budget: a medium of organizational transformation», *Management accounting research*, 6, pp. 59-75.
- JAKOBSEN M., JOHANSSON I.L., NORREKLIT H. (2011), *An actor's approach to management. Conceptual framework and company practices*, DJOF Publishing Copenhagen, Copenhagen.
- KURUNMAKI L., LAPSLEY I., MELIA K. (2003), «Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care», *Management accounting research*, 14, pp. 112-139.
- KURUNMAKI L. (2004), «A hybrid profession: the acquisition of management accounting expertise by medical professionals», *Accounting, organizations and society*, 29(3-4), pp. 327-347.
- KERSCHNER M.I., ROONEY J.M. (1987), «Utilizing cost accounting information for budgeting», *Topics in Health Care Finance*, 13, pp. 1-9.
- LAUGHLIN R. (1991), «Environmental disturbances and organizational transitions and transformation: some alternative model», *Organization studies*, 12(2), pp. 209-232.
- LAUGHLIN R., BROADBENT J., SHEARN D. (1992), «Recent financial and accountability changes in general practice: an unhealthy intrusion into medical autonomy?», *Financial accountability & management*, 8(2), pp. 129-148.

- LAUGHLIN R., BROADBENT J., WILLIG-ATHERTON H. (1994), «Recent financial and administrative changes in GP practices in the UK: initial experiences and effects», *Accounting Auditing and Accountability Journal*, 7(3), pp. 96-124.
- LECCI F., LONGO F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in E. Annessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- LECCI F., MORELLI M. (2011), «Governo dei costi e cambiamento aziendale. La lunga strada verso l'integrazione», *Mecosan*, 80, pp. 47-63.
- LIBRO BIANCO SUI PRINCIPI FONDAMENTALI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, 2008 (www.salute.gov.it)
- MACINATI M.S., GIOVANNI R.M., BALDASSARRE I. (2012), «Partecipazione, commitment e informazioni di budget. I risultati di una ricerca empirica», *Mecosan*, 82, pp. 25-41.
- MARCON G., PANOZZO F. (1998), «Reforming the reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector», *European Accounting Review*, 7(2), pp. 185-208.
- NUTI S. (a cura di) (2008), *La valutazione della performance in sanità*, il Mulino, Bologna.
- NUTI S., SEGHERI C., VAINIERI M. (2013), «Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novevidence from the Tuscany Region experience», *The Journal of Management and Governance*, 17(1), pp. 59-69.
- PATTO PER LA SALUTE 2010-2012 (www.salute.gov.it)
- PETTERSEN I.J. (1995), «Budgetary control of hospitals: ritual, rhetoric and rationalized myths», *Financial accountability & management*, 11(3), pp. 207-221.
- PRENESTINI A. (2011), «Cultura organizzativa e cambiamento nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 80, pp. 27-45.
- POWER M., LAUGHLIN M.R. (1992), «Critical theory and accounting», in M. Alveson, H. Wilmott (Eds.), *Critical Management Studies*, Sage, London, pp. 113-135.
- RAO A. (1996), *Total quality management: a cross functional perspective*, Wiley, New York.
- REGINATO E., NONNIS C. (2012), «L'evoluzione dell'accountability nel sistema sanitario italiano: quale ruolo per i uffici del Controllo?», *Mecosan*, 82, pp. 93-111.
- RYAN R.J., SCAPENS R.W., THEOBALD M. (2002), *Research Methods and Methodology in Accounting and Finance (2nd Ed.)*, Thomson Learning, London.
- SCHEIN E.H. (1985), «Coming to a new awareness of organizational culture», *Sloan Management Review*, 25(4), pp. 3-16.
- SMITH K.K. (1982), «Philosophical problems in thinking about organizational change», in S. Paul Goodman *et al.* (a cura di), *Change in organization*, Jossey Bass, San Francisco.
- TASSELLI S. (2012), «Il processo di budget come strumento di integrazione organizzativa e professionale», in *Risultati dal Laboratorio FIASO Governo del Territorio. Il processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali*, About Pharma Srl, Milano.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CER GAS, 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, accertata la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima ai 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). È consigliata agli Autori una lettera di risposta al referaggio in cui si indichino le modifiche apportate e la ragione dei suggerimenti non accolti. 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, CER GAS - 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 e 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 tra le cinquemila e le settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti, con i rispettivi titoli, su file separato dal testo. 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, 2009). 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. (2009), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo*, 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), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.

Articoli in riviste

DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2003), «Italian public healthcare organizations: specialization, institutional de-integration, and public networks relationships», *International Journal of Health Services*, 41 (4), pp. 757-74.

Rapporti/Atti

OECD (2012), *Gender Publication - Closing the Gender Gap: Act Now*, 17 December, OECD, Paris.
WHO/EUROPE (2009), «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

Non pubblicati

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.

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**.

La presa in carico dei pazienti cronici: il disegno dei CReG lombardi e i possibili scenari di governance

FRANCESCO LONGO, CLARA CARBONE, FRANCESCA FERRÈ, ALBERTO RICCI

This paper presents an insight of the pioneering organizational and management system of chronic care – Chronic Related Groups (CReG) – recently introduced by Lombardy's regional government to promote integration and continuity of care for patients with chronic illness. First, the article underlines the epidemiological and social relevance of chronic diseases; as a consequence, it recalls the need of effective policies in order to meet such emerging healthcare needs. Starting from regional legislations (DGR IX/937/10 and others), the paper describes the overall system design, the key players' functions as well as the delivery and payment system. After reporting the state-of-the-art of the system's implementation (June 2013), the article outlines prospective CReG's governance configurations, with a particular focus on General Practitioners' developing role.

Keywords: patient management, chronic care, governance, chronic related group, lombardy, general practitioners

Parole chiave: presa in carico del paziente, cronicità, governance, CReG, lombardia, mmg

Note sugli autori

Francesco Longo, professore associato di Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche, Dipartimento di Analisi istituzionale e management pubblico, Università «L. Bocconi» - Milano; ricercatore Cergas - Bocconi e docente SDA Bocconi - francesco.longo@unibocconi.it; Clara Carbone, ricercatore Cergas - Bocconi e direttore master Emmas SDA Bocconi - clara.carbone@unibocconi.it; Francesca Ferrè, ricercatore Cergas - Bocconi e dottoranda Università degli Studi di Parma; Alberto Ricci, ricercatore Cergas - Bocconi e dottorando Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

1. Le patologie croniche: definizione e rilevanza del fenomeno

I paesi sviluppati sono caratterizzati da un progressivo invecchiamento della popolazione, che determina modifiche nelle morbilità e richiede un adeguamento delle risposte assistenziali, sul piano sia clinico che organizzativo - gestionale. Nei paesi industrializzati, si stima che l'87% delle cause di morte siano legate a patologie croniche¹ (Suhrcke *et al.*, 2006; Mathers *et al.*, 2003), che si manifestano prevalentemente nella fascia di popolazione anziana. La stima trova conferma nei dati relativi alla popolazione italiana raccolti dall'ISTAT e riportati integralmente nella **tabella 1**. È evidente come nella fascia di

SOMMARIO

1. Le patologie croniche: definizione e rilevanza del fenomeno
2. Obiettivo e metodologia della ricerca
3. L'introduzione dei CReG nella Regione Lombardia
4. Le *vision* degli attori chiave del sistema CReG: modelli e ruoli emergenti
5. Conclusioni

Tabella 1

Prevalenza delle malattie croniche in Italia, per classi di età (2010)

Fonte: Annuario statistico italiano (Istat), 2010

Prevalenza malattie croniche (% su totale popolazione)			
Classe d'età	Uomini	Donne	Totale
0-14	10,1	8,0	9,1
15-17	14,7	15,0	14,8
18-19	12,1	17,6	14,6
20-24	13,0	18,4	15,7
25-34	16,9	18,2	17,5
35-44	22,5	26,9	24,7
45-54	36,7	42,7	39,8
55-59	53,6	61,2	57,5
60-64	60,9	68,4	64,6
65-74	71,4	79,2	75,6
75 e oltre	83,0	89,1	86,7
Totale	34,8	42,1	38,6

Tabella 2

Prevalenza delle principali malattie croniche nelle Regioni italiane (2010)

Regione	Prevalenza patologia (% su totale popolazione)								
	Artrosi/ artrite	Iper- tensione	Malattie allergiche	Osteopo- rosi	Bronchite cronica/ asma	Diabete	Malattie cardiache	Disturbi nervosi	Ulcere app. digerente
Piemonte	15,3	17,1	9,1	6,6	5,1	4,1	3,1	3,9	2,7
Valle d'Aosta	16,1	16,0	11,4	6,0	6,5	3,9	4,1	3,8	2,4
Lombardia	16,2	14,7	11,4	5,9	5,4	4,5	4,0	3,3	2,2
Provincia autonoma Bolzano	8,0	11,9	11,9	3,7	3,3	2,8	2,7	3,2	1,5
Provincia autonoma Trento	12,4	13,1	10,1	3,9	4,7	3,3	2,5	2,2	2,3
Veneto	15,5	16,2	9,1	5,2	5,2	4,2	3,7	3,8	3,6
Friuli-Venezia Giulia	16,9	17,0	8,3	5,4	5,6	4,4	4,4	4,7	2,4
Liguria	19,2	18,3	7,9	8,7	5,8	4,2	3,6	5,5	2,1
Emilia-Romagna	18,9	18,0	10,0	5,6	6,6	5,0	4,8	3,5	3,6
Toscana	19,6	16,3	10,5	7,8	6,2	4,9	3,4	3,3	2,2
Umbria	21,6	19,4	9,9	7,5	7,6	6,3	4,5	5,9	3,0
Marche	16,2	15,4	8,5	6,6	6,0	5,2	4,0	4,8	3,8
Lazio	18,0	15,1	10,8	7,5	7,4	4,4	4,2	5,3	2,9
Abruzzo	21,1	16,8	10,5	9,2	7,2	5,9	3,5	4,6	3,4
Molise	19,4	18,3	6,3	8,5	7,8	7,2	5,0	3,7	4,0
Campania	15,8	14,6	7,5	7,4	6,3	5,5	3,5	4,8	2,4
Puglia	17,3	16,7	9,8	7,9	6,2	5,5	3,2	4,4	2,6
Basilicata	21,3	15,5	9,3	8,7	8,0	6,7	3,5	4,7	4,2
Calabria	19,5	17,7	11,0	8,6	7,9	6,5	4,4	5,7	5,1
Sicilia	17,5	16,0	8,4	7,4	5,3	5,4	2,7	4,1	2,8
Sardegna	21,2	16,2	12,6	10,9	8,0	4,2	3,6	5,3	3,1
Italia	17,3	16,0	9,8	7,0	6,1	4,9	3,7	4,2	2,8
Nord	16,3	16,1	10,0	5,9	5,5	4,4	3,9	3,7	2,7
Centro	18,5	15,8	10,3	7,5	6,9	4,8	4,0	4,7	2,8
Sud	17,8	16,0	9,2	8,1	6,5	5,6	3,4	4,7	3,0

età tra i 55 e i 59 anni il 57,5% degli Italiani soffre di almeno una malattia cronica; tale percentuale raggiunge il 86,4% tra gli ultra settantacinquenni, con una marcata differenza di genere (83,3% per gli uomini e 89,5% per le donne).

In generale, il 38,6% della popolazione dichiara almeno una malattia cronica, il 20,1% almeno due patologie. Bisogna considerare che tali percentuali, oltre a testimoniare l'ampiezza del fenomeno della comorbidità, potrebbero essere sottostimate, poiché registrano solo le patologie diagnosticate e/o che il paziente decide di segnalare a fini statistici. La **tabella 2** riporta la prevalenza delle patologie croniche più rilevanti in Italia

sotto il profilo epidemiologico (Istat, 2010). Le due malattie croniche più diffuse sono l'artrite, che interessa il 17,3% della popolazione, e l'ipertensione (16%). Anche diversi studi a livello regionale² confermano che la prevalenza delle malattie croniche supera un terzo della popolazione complessiva ed è destinata a crescere con l'invecchiamento demografico. In questo contesto, la gestione delle malattie croniche ha ricevuto e riceve grande attenzione.

La rilevanza del fenomeno si può leggere anche attraverso le tavole dell'Annuario statistico Italiano che riportano le cause di morte nel nostro Paese (**tabella 3**): benché in lieve calo percentuale, le malattie cardio-

Macro-area	Causa di mortalità			
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi
Nord	37,6%	32,2%	6,7%	5,7%
Centro	39,8%	30,3%	6,2%	5,2%
Sud	41,1%	26,5%	6,7%	4,6%
Italia	39,2%	30,0%	6,6%	5,2%

Tabella 3
Principali cause di mortalità per macroarea geografica (% sul totale delle morti, 2007)
Fonte: Annuario statistico italiano (Istat), 2007

vascolari, che spesso derivano da patologie croniche quali l'ipertensione, lo scompenso o il diabete, rappresentano nel 2007 la prima causa di morte (39,2%).³ La terza causa di morte è invece costituita dalle malattie respiratorie (6,6%), anch'esse di frequente originate da un'acutizzazione di patologie croniche (per esempio, BPCO).

È facile immaginare che, a fronte di questa tendenza, si determinerà un aumento dei costi legati alla cura delle malattie croniche, in particolare per la popolazione anziana. Naturalmente, la stima di questi costi è importante per disegnare e implementare forme organizzative costo-efficaci e massimizzare l'allocatione delle risorse (Woo, Cockram, 2000). Un recente studio della Fondazione Farmafactoring (Borgonovi *et al.*, 2011), che utilizza i principali dati di spesa sanitaria territoriale (farmaci e prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritti dal Mmg) forniti dalla Società italiana di medicina generale (SIMG), evidenzia come, a fronte di una spesa media pro-capite annuale di circa 278 euro, i pazienti cronici si collocano a livelli ben più elevati. Un paziente iperteso spende in media 626 euro, un diabetico 846 euro, uno scompenso ben 980 euro. Anche uno studio condotto dalla Regione Lombardia nel 2009 conferma questa tendenza: la spesa pro capite dei cronici è circa quattro volte quella dei non-cronici (Agnello *et al.*, 2011). È quindi chiaro come il controllo e l'efficienza della spesa indotta dalla cronicità siano fattori sempre più necessari per mantenere l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale.

Non è, però, solo l'aspetto economico a fornire motivi di preoccupazione: la gestione

del paziente cronico richiede anche un'inversione di tendenza culturale (Fioravanti, Spandonaro, 2007). La storia della medicina del XX secolo è, infatti, caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione della pratica medica, mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da comorbilità, necessita di un approccio integrato e multidisciplinare nella diagnosi e cura. Dal punto di vista operativo, la risposta alla domanda di salute indotta da una malattia cronica richiede (Wagner *et al.*, 1996; Renders *et al.*, 2001; Tozzi, 2010):

- un regolare contatto del cittadino-paziente con i servizi. Ciò presuppone l'accessibilità degli stessi e la presenza di un soggetto in grado di seguire il paziente durante tutti i passaggi della sua storia clinica, coordinando gli interventi dei molteplici professionisti impegnati nel ristabilire lo stato di salute. Naturalmente, l'elemento della specializzazione medico-clinica resta cruciale, ma soprattutto nella fase di diagnosi e impostazione o revisione della terapia;

- la rilevanza del contenuto assistenziale, oltre che sanitario, della presa in carico. Questo elemento determina la necessità di integrare diversi saperi professionali (medicina generale, medicina di laboratorio e diagnostica, psicologia, scienze infermieristiche, ecc.) e di sviluppare forme di collaborazione attiva tra differenti realtà istituzionali;

- la corretta informazione e il coinvolgimento del cittadino-paziente. Alcune condizioni patologiche possono essere efficacemente autogestite dal malato, dai familiari e dai *caregiver* informali (c.d. «badanti»), con

il supporto e la formazione da parte dei professionisti sanitari e socio-assistenziali.

A partire da tali condizioni, il tema della risposta alla cronicità si è sviluppato in stretta relazione con i concetti di continuità e integrazione della cura.⁴ 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.) sono più appropriatamente erogate sul territorio, ivi compreso il domicilio del paziente. Ciò è dovuto (Compagni *et al.*, 2010): (i) al medio basso livello di specializzazione e di intensità assistenziale richiesta per gran parte delle terapie routinarie; (ii) al fattore tecnologico, che rende possibile l'erogazione di una vasta gamma di prestazioni anche al di fuori delle strutture ospedaliere.

In sintesi, la risposta efficace alla cronicità è possibile a partire da una riorganizzazione delle cure territoriali, e in particolare delle cure primarie, che tenga in considerazione la necessità di raccordo con l'universo ospedaliero. Tutto ciò implica, da un lato, il moltiplicarsi delle modalità e degli attori coinvolti nell'assistenza e, dall'altro, l'esigenza di coordinamento fra questi soggetti a partire da idonei strumenti organizzativi e tecnologici.

A livello internazionale, negli ultimi anni, si sono affermati diversi modelli per costruire sistemi efficaci di gestione integrata della cronicità. Le esperienze europee possono essere classificate secondo tre grandi strategie d'intervento: (i) l'*empowerment* e la responsabilizzazione del paziente e della sua comunità rispetto al trattamento e la *compliance* alle cure per la sua patologia; (ii) l'integrazione istituzionale, cercando di collocare i diversi professionisti all'interno di perimetri organizzativi comuni, incentivati rispetto alle esigenze delle patologie croniche; (iii) lo sviluppo di piattaforme logistiche integrate e omnicomprensive capaci di trattare complessivamente la cronicità (Busse *et al.*, 2010).

Tutte le soluzioni fanno leva sulla necessità di individuare e responsabilizzare i soggetti deputati alla prevenzione e cura delle cronicità. In Europa si sono diffusi diversi modelli che mirano a facilitare il coordinamento e l'organizzazione di alcune interdipendenze professionali (lavoro congiunto

Mmg, infermiere e specialista), sfruttando la contiguità logistica degli operatori sanitari. Per esempio, in Germania si è affermato il modello *Statutory Health Insurance* (SHI) [*Gesetzliche Krankenversicherung*] (Stock *et al.*, 2006); in Francia le *Maisons de Santé Pluridisciplinaires* (MSP); in Finlandia i *Municipal Health Centre* (MHC); in Spagna i Centri di assistenza primaria (Cap) della Catalogna e in Inghilterra i *Primary Care Trust* (PCT). A questo ultimo proposito, è interessante la recente attivazione dei *polyclinics*⁵ nell'area londinese. Si tratta di punti di primo contatto, nei quali collaborano Mmg, specialisti e infermieri, impegnati sia nella prevenzione primaria e secondaria che nell'erogazione di prestazioni di assistenza di base (medicazioni, esami diagnostici di routine, visite, ecc.). I *polyclinics* si pongono il duplice obiettivo di evitare gli accessi impropri al pronto soccorso e di migliorare la presa in carico del paziente cronico (soprattutto asmatico e diabetico).

Su impulso degli ultimi Piani sanitari nazionali (Psn 2006-2008 e Psn 2010-2012⁶), anche diverse Regioni italiane hanno impostato *policy* specifiche per la cronicità (Carbone *et al.*, 2012). Anche la Regione Lombardia ha elaborato diverse disposizioni dirette a rafforzare l'integrazione ospedale territorio, presidiando l'area della cronicità.

In particolare, attraverso le regole per la gestione del Ssr per il 2011 (Del. GR IX/937 del 1/12/2010), la Regione Lombardia ha introdotto uno strumento «funzionale» di raccordo tra i soggetti coinvolti nella presa in carico: il sistema basato sui CREG (*Chronic Related Group*).⁷ Si tratta di un modello concettualmente basato sulla definizione di raggruppamenti isorisorse di patologie croniche, in analogia con il noto sistema DRG (*Diagnosis Related Group*) utilizzato per i ricoveri ospedalieri. Dal punto di vista organizzativo, la novità è rappresentata dall'introduzione di un soggetto «garante della presa in carico», definito spesso anche «gestore del CREG». Il soggetto gestore, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire in continuità tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriali, protesici, farmaceutici, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche riconducibili ai CREG.⁸

2. Obiettivo e metodologia della ricerca

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, l'articolo si propone un duplice obiettivo: da una parte, descrivere il nuovo modello dei CReG (*Chronic Related Group*) previsto dalla Regione Lombardia; dall'altra, comprendere se e come il nuovo sistema influenzerà, nel lungo periodo, l'assetto di *governance* della vasta area di Ssr deputata alla presa in carico dei pazienti cronici.

Dal un punto di vista metodologico, la ricerca ha previsto diverse fasi, che hanno permesso la raccolta di informazioni e dati tra loro complementari: l'analisi documentale, l'effettuazione di interviste con interlocutori privilegiati a livello regionale e l'organizzazione di *focus group* con i principali attori della sperimentazione. Nel dettaglio, si è proceduto:

- all'approfondimento dell'impianto generale del sistema dei CReG attraverso un'analisi della disciplina regionale e interviste semi strutturate a dirigenti regionali⁹ e a rappresentanti di Cooperative/Consorti di Mmg gestori.¹⁰ Le interviste hanno spaziato su differenti temi: le motivazioni e il contesto ambientale della sperimentazione, il ruolo dei soggetti coinvolti, l'impostazione dei principali meccanismi operativi e finanziari;
- alla raccolta e alla sistematizzazione di pareri e prospettive dei diversi attori che ricoprono un ruolo chiave nell'assistenza al paziente cronico e anziano (cfr. **appendice 1**). In particolare, è stato organizzato un ciclo di *focus group* per ogni categoria di attori giudicata rilevante: gli Mmg, le imprese farmaceutiche, le Asl (sperimentatrici e non). I partecipanti hanno lavorato in due sessioni (della durata di 3 ore ciascuna), l'una focalizzata sull'analisi dei punti di forza e di debolezza del modello, l'altra sulla valutazione degli scenari prospettici di *governance*. Durante il primo *focus group*, i ricercatori hanno presentato la sperimentazione dei CReG e hanno chiesto ai partecipanti di commentarne liberamente punti di forza e di debolezza. Durante il secondo incontro, sono state esposte le variabili ancora indeterminate del modello, chiedendo le più probabili declinazioni attuative. Successivamente, i ricercatori hanno illustrato i possibili scenari di *governance* emergenti, chiedendo ai sin-

goli partecipanti di individuare uno scenario «preferibile» e uno scenario «probabile».

Di seguito, l'articolo descrive l'impianto organizzativo del sistema dei CReG a partire dalle caratteristiche e dalla rilevanza del tema della cronicità nel contesto lombardo (§ 3); presenta, come risultato dei *focus group*, le diverse posizioni dei principali soggetti coinvolti nella cura della cronicità, delineando i possibili assetti di *governance* prospettici del nuovo modello (§ 4); formula, quindi, alcune considerazioni conclusive a partire dal materiale precedentemente raccolto (§ 5).

3. L'introduzione dei CReG nella Regione Lombardia

3.1. Motivazioni della sperimentazione e impostazione del modello (Del. GR IX/937/10; DDG Sanità 4382/11)

L'introduzione di un nuovo modello di presa in carico del paziente cronico in Lombardia è giustificato innanzitutto dai dati di prevalenza e di spesa riportati nel paragrafo introduttivo. A ciò si aggiungono i dati contenuti nel Decreto della Direzione generale sanità 4383 del 15/05/2011 che accompagnano il sistema di classificazione delle patologie croniche in base alla gravità (**tabella 4**). Secondo i calcoli della Regione Lombardia, il 4% dei malati in condizioni più gravi (160.000-180.000)¹¹ consuma il 20% delle risorse complessivamente destinate alla cura delle patologie croniche. Per salvaguardare la qualità della vita dei pazienti e l'equilibrio economico-finanziario di sistema, è indispensabile costruire dei percorsi che evitino o almeno ritardino l'aggravamento e/o l'acutizzazione delle patologie; gli stessi percorsi dovrebbero aiutare il paziente a individuare l'ambito di cura appropriato e rafforzarne la *compliance* alle terapie.

In aggiunta, il Ssr lombardo sconta le seguenti problematiche sotto il profilo dell'organizzazione delle cure per le malattie croniche, elencate nella Del. GR IX/937 del 01/12/2010 (allegato 14):

- la notevole frammentazione dei percorsi di cura proposti nelle aziende;
- la scarsa conoscenza dei servizi disponibili da parte dei cittadini;

Classe di gravità della patologia	Patologie di riferimento
Lieve	Lupus, asma, neoplasie (non attive), epilessia, ipercolesterolemia, diabete, ipertensione
Media	Artrite reumatoide, BPCO, neoplasie attive, demenze, Parkinson, insufficienza renale cronica, cardiopatie, malattie rare in stadio precoce, HIV
Grave	Sclerosi multipla, malattie respiratorie che implicano ossigenoterapia, neoplasie attive, demenze, Parkinson, insufficienza renale cronica con dialisi, scompenso, trapianti, malattie rare in stadio avanzato, HIV

Tabella 4

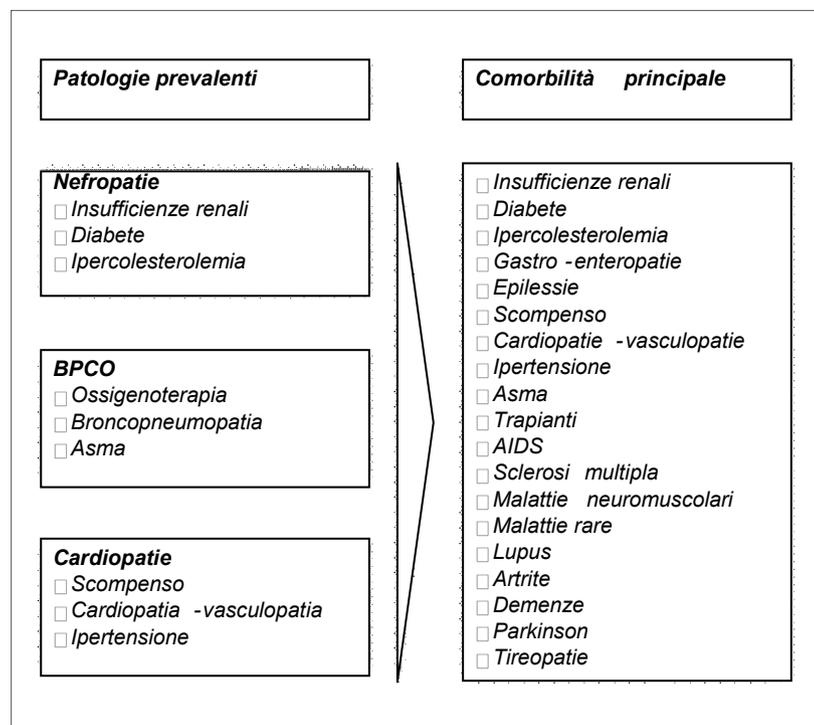
Classificazione delle patologie croniche per classi di gravità - Regione Lombardia

Fonte: Del. DG Sanità 4383 del 15/05/2011

Figura 1

Patologie croniche incluse nei CReG

Fonte: Del. DG Sanità 4383 del 15/05/2011



– le scarse competenze e risorse disponibili per potenziare gli aspetti organizzativi e la dotazione tecnologica per una migliore presa in carico (sistematizzazione delle attività di *recall* e *follow-up* dei pazienti, introduzione della telemedicina, ecc.).

Individuati questi limiti, a partire dal 2011, la Regione ha promosso una revisione della modalità di presa in carico del paziente e del finanziamento del sistema, introducendo i CReG. Come già accennato al termine del § 1, i CReG sono raggruppamenti di patologie croniche (**figura 1**) che presentano profili clinici e terapeutici assimilabili; di conseguenza, possono essere definiti isorisorse. A ciascuno di essi è quindi associata una tariffa (Agnello *et al.*, 2011). La Regione, a partire dalle serie storiche dei consumi per le patologie incluse nei CReG, ha determinato le tariffe di remunerazione del soggetto gestore, incaricato della presa in carico continuativa del paziente e di conseguenza responsabilizzato sui livelli di consumo sanitario dei propri assistiti.

Il sistema CReG è naturalmente ben più complesso rispetto a questa prima, sintetica descrizione. Per consentire di seguire in modo adeguato il paziente durante i passaggi della sua storia clinica, sono indispensabili alcuni strumenti, che la disciplina regionale definisce «Pilastri tecnologici»:

– un sistema informativo aziendale in grado di individuare i soggetti cronici e monitorarne le fasi evolutive. In ogni Asl lombarda, tale sistema è costituito dalla Banca dati assistito (BDA), che raccoglie i consumi sanitari di ogni cittadino in ogni ambito di cura;

– Processi/Percorsi¹³ diagnostico terapeutici (PDT) volti a identificare gli appropriati fabbisogni di cura per ciascuna patologia. Essi devono costituire la base per la compilazione dei piani terapeutici individuali;

– criteri remunerativi (tariffe) associati a ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia e calcolati sulla base dei costi registrati dalle BDA aziendali nel corso del 2009.¹⁴ La disciplina regionale chiarisce che la tariffa CReG comprende la compilazione dei Piani terapeutici individuali di cura, il debito informativo e il rilascio dell'essenziale, la spesa ambulatoriale, la fornitura di farmaci, l'ossigeno e la protesica minore a

domicilio, il *follow-up* e l'eventuale trasporto dializzati.¹⁵ In buona sostanza, si tratta di tutti i consumi territoriali dell'assistito, anche non quelli direttamente correlati alla patologia per la quale è reclutato.

Coerentemente con i «Pilastrini tecnologici», la Regione ha stilato un programma di progressiva implementazione del nuovo sistema («Piattaforma organizzativa»), seguendo queste fasi:

- individuazione degli ambiti territoriali (Asl di Milano, Milano 2, Como, Lecco, Bergamo) e delle aree patologiche oggetto di sperimentazione (cardiopatie, diabete, nefropatie, patologie respiratorie);

- individuazione dei pazienti da coinvolgere nel programma. Tutti i malati residenti nel territorio del distretto di sperimentazione e che rispettano i requisiti fissati per l'arruolamento sono inclusi nel modello di cura dei CReG;

- definizione dell'ammontare delle risorse da destinare alla sperimentazione e delle tariffe CReG. A questo riguardo le elaborazioni sui dati BDA 2009, confluite nella DDG Sanità 4383/11, hanno permesso la determinazione delle tariffe standard regionali dei CReG. Il tariffario include un elenco di patologie «prevalenti», considerate singolarmente oppure in abbinamento ad altre patologie/comorbidità (CReG multipatologici) per un totale di 157 tariffe (figura 1). Per ciascun CReG multipatologico è indicato un valore base e un valore standard di incremento per ciascuna patologia in più rispetto alle due costituenti il CReG:¹⁶

- identificazione del soggetto garante della presa in carico. La Del. GR 1479/11 stabilisce che «preferenzialmente i pazienti reclutati devono essere assistiti da un medico di medicina generale che faccia parte di forme associative di gruppo e di rete». Di conseguenza, ai Mmg di ogni azienda è riconosciuto un «diritto di prelazione» come garanti della presa in carico. La stessa delibera stabilisce infatti che i gestori, potenzialmente, possono essere anche Onlus, Fondazioni, Aziende ospedaliere, strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere;

- introduzione del nuovo modello. La dirigenza regionale prevede che la sperimentazione si svolga tra il 2012 e il 2013 (cfr. par. 3.3);

- monitoraggio e valutazione. Già nel corso della sperimentazione, le Asl garantiranno le opportune attività di controllo; in particolare, ricevendo dagli erogatori i tracciati individuali dei pazienti e monitoreranno l'adeguatezza e l'aderenza ai PDT.

3.2. Le caratteristiche del soggetto garante della presa in carico (Del. GR IX/1479/11) e gli altri attori del sistema CReG

Secondo la Del. GR IX/1479/11, il soggetto gestore ha, innanzitutto, il ruolo di coordinatore di tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza al paziente cronico, assicurando la continuità delle cure trasversalmente ai tre livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera). Più che erogare prestazioni (funzione che, tuttavia, non è esclusa dalla disciplina) il gestore deve prendere in carico il paziente durante la malattia, occupandosi del reclutamento su base territoriale, del *follow-up* e del monitoraggio delle condizioni del malato, secondo quanto prescritto dal PDT. Deve quindi occuparsi di mantenere i contatti tra il paziente e le strutture di erogazione, garantendo una «*first e second option* multi specialistica». L'espressione della delibera regionale non specifica altro, ma l'intenzione è quella di ribadire il principio della libertà di scelta del paziente. In questo quadro, non è però escluso che il gestore del CReG si accordi con gli erogatori pubblici e privati accreditati per riservare ai propri pazienti quote di prestazioni e corsie preferenziali, ricercando così un equilibrio tra possibilità di selezionare la struttura o il professionista ed efficienza nell'erogazione della cura. Il gestore, infine, assicura una serie di servizi amministrativi (per esempio, le pratiche per il rilascio dell'esenzione per patologia) con l'obiettivo di semplificare la gestione quotidiana della malattia. Per svolgere tutti questi compiti il soggetto coordinatore deve disporre di un vero e proprio «Centro Servizi» che deve rispettare precisi requisiti organizzativi e funzionali, tra i quali riportiamo i principali:

- apertura dalle 8 alle 20 per 365 giorni l'anno, con la presenza di personale tecnico-sanitario che riceva aggiornamenti professionali annuali certificati;
- organizzazione basata su un *case manager* per ogni paziente cronico, con la supervisione di un medico coordinatore;
- attivazione di un EPR (*Electronic Patient File*) costantemente aggiornato con riferimento alle prestazioni sanitarie incluse nel PDT/profilo di cura. L'EPR dovrà essere integrato con il SISS di Regione Lombardia;
- garanzia di specifici servizi: installazione a domicilio delle strumentazioni (ove necessario), *triage* clinico e tecnico, servizio di *compliance* farmacologica, programmi di formazione, sistema informativo con gestione degli allarmi;
- conclusione di protocolli di intesa con altri soggetti coinvolti nell'assistenza al malato cronico (a partire dai medici specialisti, dai medici di Continuità assistenziale e dalle strutture dell'Emergenza-Urgenza);
- esistenza di un sistema di valutazione della qualità del servizio, basato sia su indicatori di processo che su strumenti di *custode satisfaction* (servizio reclami).

Tali requisiti vincolano i soggetti che si propongono come gestori del CReG a munirsi di una struttura organizzativa e di una dotazione tecnologica rilevanti. Per esercitare il diritto di prelazione a loro riconosciuto, i Mmg devono presumibilmente rivolgersi a Società di Servizi (SdS), che garantiscano tutti quei servizi che molto difficilmente sono già oggi assicurati agli studi medici: *call center* e prenotazione delle prestazioni, gestione dei sistemi informatici, installazione, utilizzo e manutenzione di apparecchiature per la telemedicina, formazione, *triage* clinico e tecnico, sistemi d'allarme, consegna a domicilio di farmaci e ausili, trasporto.

Il soggetto «Gestore del CReG», dopo la gara e l'aggiudicazione del bando, stringe accordi con l'Asl di riferimento. I contenuti dei contratti tra Azienda e gestore riguardano: (i) alcuni aspetti amministrativi, come le modalità di pagamento e di trasmissione delle informazioni, (ii) forme di coinvolgimento e d'integrazione tra i Mmg e gli specialisti dell'area ospedaliera e (iii) le modalità di presa in carico del paziente (per esempio, elenco degli assistiti, la valutazio-

ne iniziale dei bisogni attesi per paziente, ecc.). Il contratto stipulato con la Asl deve, inoltre, contenere meccanismi di premialità o penalizzazione in base ai livelli qualitativi del servizio misurati attraverso indicatori di processo e di risultato. Il gestore del CReG può utilizzare diverse leve per cercare il margine economico, tra cui: la riduzione dei consumi impropri dei pazienti e quindi la diminuzione della variabilità di consumi tra pazienti; l'ottenimento di premialità conseguenti ai buoni/ottimi livelli quali-quantitativi del servizio come nel caso dell'installazione di servizi di telemedicina, l'aumento dell'efficienza nell'impiego dei propri fattori produttivi per lo svolgimento dei servizi svolti *in house*, ecc.

Da un punto di vista finanziario, la Asl corrisponde al gestore una remunerazione annuale¹⁷ pari al valore complessivo delle tariffe CReG dei propri assistiti, diminuito dei loro consumi di servizi extraospedalieri presso erogatori/farmacie (cfr. **figura 2**). A tale remunerazione va ulteriormente sottratto l'eventuale pagamento dei servizi erogati dalla Società di servizi (SdS), mentre vanno aggiunte le possibili premialità della Asl.

Oltre al soggetto garante della presa in carico, molti altri attori interagiscono all'interno del sistema dei CReG, alcuni mantenendo le loro tradizionali funzioni, altri modificandole in maniera piuttosto radicale (**figura 3**).

– La Regione mantiene, innanzitutto, il proprio ruolo di regolatore del sistema. Sono le autorità regionali a decidere se mettere a regime, rivedere alcuni aspetti organizzativi o finanziari, o addirittura, se abbandonare la sperimentazione dei CReG. Per valutare l'efficacia della sperimentazione, la Regione dovrebbe integrare il proprio sistema informativo (Siss) con quello dei gestori. Inoltre, la Regione continua a negoziare con gli erogatori i valori economici delle prestazioni sanitarie da erogare anche per i pazienti cronici coinvolti nel sistema dei CReG.

– Le Asl, attraverso un rafforzamento dei distretti, dovrebbero affinare e sviluppare le proprie capacità di controllo, focalizzandosi sulla presa in carico del paziente, oltre che sui volumi di prestazioni erogate. In tal senso, il monitoraggio deve focalizzarsi su aspetti di *outcome* di salute e di qualità del servizio offerto dal gestore. Per quanto riguarda l'acquisto delle prestazioni, le Azien-

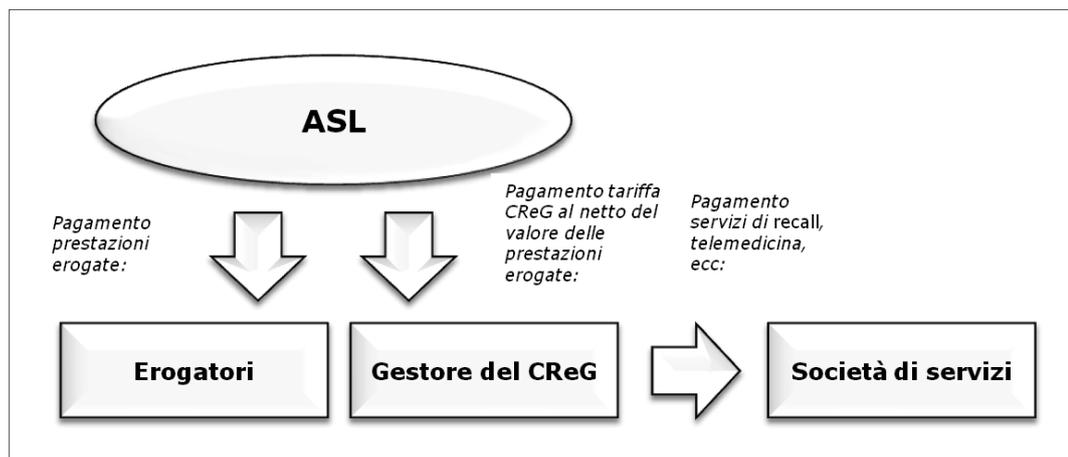


Figura 2
Meccanismo di liquidazione periodica del CReG (fase sperimentale)
Fonte: nostra elaborazione da Agnello et al. (2011)

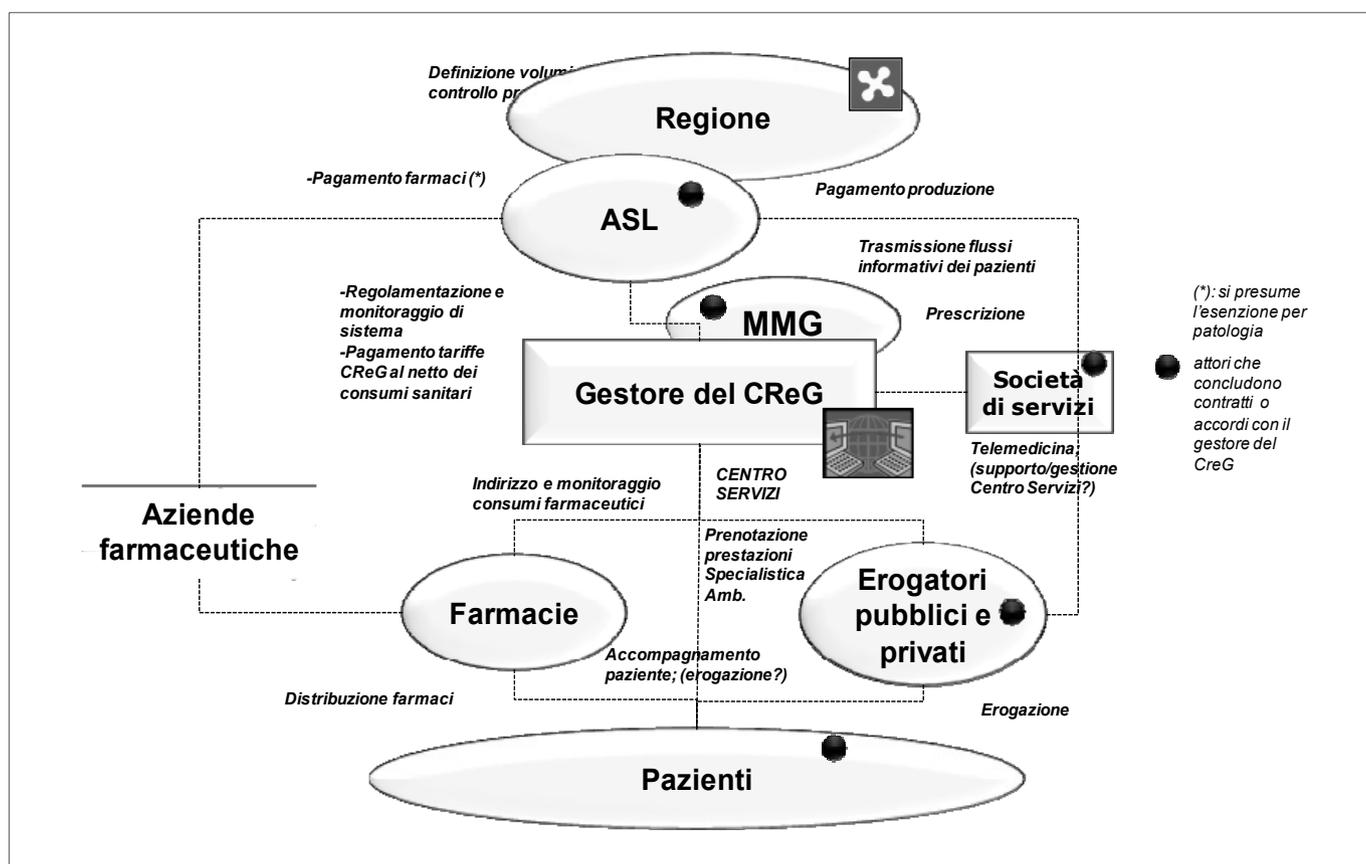


Figura 3
Ruolo e interazioni tra i soggetti chiave del sistema CReG
Fonte: Dell. DGR IX/937/10 e IX/1479/11; Agnello et al. (2011)

de mantengono le loro tradizionali funzioni di committenza e governo dei servizi erogati dai soggetti accreditati.

– I Mmg devono innanzitutto scegliere se proporsi come garanti dei CReG oppure restare ancorati al loro ruolo tradizionale. La disciplina regionale chiarisce che i Mmg mantengono le precedenti respon-

sabilità in relazione ai propri assistiti. Per esempio, i medici mantengono il ruolo di prescrittori anche per i pazienti che sono presi in carico da un gestore «terzo». Le quote capitarie dei Mmg e le remunerazioni accessorie già previste dagli accordi regionali e locali restano, almeno per ora, invariate (cfr. § 4).

– Le SdS sono ritenute dalla direzione regionale solo «fornitori di tecnologia» nei confronti dei gestori, il cui supporto, però, potrebbe risultare indispensabile per rispettare i requisiti organizzativi e tecnologici posti dalla disciplina regionale (specialmente per i Mmg). D’altro canto, diverse cooperative di Mmg possiedono già o possono sviluppare internamente le capacità manageriali per gestire direttamente almeno i servizi a minore complessità tecnologica (per esempio, *call center* e servizio prenotazioni). Tra i servizi a maggiore valore aggiunto, la telemedicina (teleconsulto, *homecare* e formazione) rivestirà naturalmente un’importanza crescente, rappresentando un’opportunità per gestire pazienti assistiti a domicilio e caratterizzati da necessità assistenziali a intensità medio-bassa.

– Gli erogatori pubblici e privati accreditati (Aziende ospedaliere, istituti equiparati come Irccs e ospedali classificati, case di cura), mantengono le loro funzioni tradizionali, dovendosi però coordinare maggiormente con il soggetto gestore, in grado di influenzare in maniera rilevante le scelte dei pazienti. La direzione regionale non esclude (e in alcuni casi, considera con favore) la possibilità che un erogatore si proponga come gestore di CReG, facendo leva sulla dotazione organizzativa e tecnologica (per esempio, *call center* e strumentazioni per la telemedicina già disponibili) oppure sul *know-how* clinico specialistico (per esempio, centri per patologia interni alle strutture ospedaliere).

3.3. I primi passi del sistema CReG: l’avvio della sperimentazione tra 2011 e 2013

Con il Decreto della DG sanità di determinazione dei raggruppamenti per patologia e delle relative tariffe, si è concluso il disegno normativo del sistema CReG, almeno per quanto riguarda la fase sperimentale. Nella seconda metà del 2011, le cinque Asl oggetto di sperimentazione (cfr. **tabella 5**) hanno emanato i primi bandi per «l’affidamento del servizio sperimentale di gestione del CReG», riservati, «in prima pubblicazione», a Mmg in forma singola o associata. Le gare hanno permesso di individuare uno o più cooperative di gestori, che hanno successivamente sottoscritto un contratto con le Asl. Tra gennaio e marzo 2012, le cooperative-gestori hanno avviato la fase di reclutamento di medici e pazienti cronici, che si è conclusa a fine marzo 2012. Al termine del periodo previsto, a livello regionale, il 15,5% dei Mmg aveva aderito al nuovo modello CReG,¹⁸ coinvolgendo oltre 40.000 pazienti. Si registravano però evidenti differenze tra le 5 Asl in sperimentazione in termini di percentuale di adesione dei professionisti (e conseguentemente, di arruolamento di pazienti): da un massimo del 30% circa dell’Asl di Bergamo a un minimo del 4% circa dell’Asl di Lecco (tabella 5).¹⁹ Dopo la divulgazione di questi dati, la regione ha domandato ai propri uffici e alle proprie aziende un particolare riserbo sull’anda-

Tabella 5

I gestori dei CReG nelle Asl lombarde a maggio 2013

Asl	Mmg totali	Scelte per medico (1)	Mmg coinvolti (2)	Provider	Società di servizi
Milano	990	1.335	65 (6,6%)	Coop. Medici Milano Centro	Telbios
Milano 2	372	1.267	55 (14,7%)	Coop. Iniziativa Medica Lombarda; Paxme Gestioni	Telbios; Paxme assistance & Salute in Rete
Bergamo	686	1.253	205 (29,8%)	Coop. Iniziativa Medica Lombarda	Telbios
Como	397	1.197	86 (21,6%)	Coop MMG CReG; Cosma 2000 s.c.r.l.; Paxme Gestioni; Coop Medicare	Telbios; Accura; Paxme assistance & Salute in Rete
Lecco	229	1.276	9 (3,9%)	Cosma s.c.r.l.	Accura
Totale Asl oggetto di sperimentazione	2.674	1.258	415 (15,5%)	/	/

(1) Media ottenuta dividendo le scelte per il numero di Mmg operanti. Dati Ministero della salute 2007.

(2) Numero di professionisti coinvolti in una o più cooperative. Tra parentesi la percentuale di Mmg aderenti sul totale dei Medici operanti nella Asl.

mento della sperimentazione, in previsione della fase più strettamente clinica. A livello regionale, è necessario citare due documenti che accennano allo sviluppo del sistema CReG. La Del. GR IX/4334/12 conferma la sperimentazione nel 2013, precludendo però, fino al 31/06, l'ingresso di nuovi medici nelle cooperative esistenti. La Regione incoraggia gli accordi tra cooperative ed erogatori accreditati per fornire assistenza specialistica ambulatoriale presso gli studi medici del gestore del CReG, come già accennato dalla Del. GR IX/3976/12. Infine, la Del. GR IX/4334/12 prefigura la possibilità di un'integrazione del sistema CReG con i servizi Adi e le reti cliniche. Per quanto riguarda il livello aziendale, a Como, Bergamo, Lecco e Milano 2 le cooperative hanno iniziato la fase di presa in carico dei pazienti e si attendono tuttora comunicazioni ufficiali sui primi risultati clinici e gestionali. Nella Asl di Milano, invece, la Direzione ha preso atto della limitata adesione al nuovo sistema e ha stimolato l'ingresso di altri gestori, emanando in rapida successione (agosto 2012 e gennaio 2013) due bandi per l'affidamento di nuove coorti di pazienti (allegato alla Del. 1317 del 06/08/2012 recante il bando Asl a scadenza 19/10/2012 e bando Asl Milano a scadenza 20/02/13).²⁰ Mentre il primo bando non ha ricevuto offerte valide, il secondo è ancora in fase di aggiudicazione al momento della revisione del presente articolo (giugno 2013). L'obiettivo dichiarato dalla Asl è di coprire almeno 50.000 pazienti, accettando anche dei gestori dalle dimensioni associative abbastanza ridotte: il secondo bando ammette la partecipazione di cooperative di Mmg in grado di prendere in carico 7.500 pazienti, mille in meno rispetto alla gara dell'ottobre 2012 e composte quindi da un minimo di 15-20 medici. I segnali che giungono dalla nuova amministrazione regionale sono di pieno sostegno dello schema e di una sua prossima diffusione, cercando azioni di *policy* che possano aumentare il tasso di adesione dei Mmg alla sperimentazione e che portino progressivamente all'aumento delle Asl coinvolte, fino a una progressiva diffusione totale del programma CReG nel giro di qualche anno.

4. Le vision degli attori chiave del sistema CReG

4.1. I punti di forza e di debolezza del sistema CReG

In generale, il modello CReG viene percepito dalle diverse categorie di attori come un'innovazione di vasta portata, con significative potenzialità per innescare un cambiamento culturale, nonché una profonda revisione dei processi organizzativi di presa in carico del paziente. I principali punti di forza e di debolezza emersi dai *focus group* sono sintetizzati nella **tabella 6**; mentre la **tabella 7** evidenzia per singola categoria di *stakeholder* le opportunità e le minacce percepite nello schema.

4.2. Modelli e ruoli emergenti

I modelli che seguono elencano i possibili scenari alternativi determinabili dal sistema CReG, alla luce dei risultati dei *focus group*. Sulla base delle diverse categorie di soggetti che potrebbero assumere una posizione di centralità nel sistema (Asl, Mmg, SdS, ecc.) si propongono degli scenari evolutivi e le relative leve (punti di forza) che consentono a ciascun soggetto di guadagnare e mantenere una posizione pivotale. Si assume una prospettiva di indagine a medio-lungo termine (3-5 anni).

L'assetto «a centralità Asl» (**figura 4**) coincide con il modello dichiarato dal *policy-maker* regionale, in cui la predominanza della Asl è fortemente sostenuta dalla leva regio-

Tabella 6
Punti di forza
e di debolezza del sistema
CReG

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - Unico soggetto garante della presa in carico: maggiore integrazione e continuità delle cure - Standard assistenziali unici: maggiore equità e uniformità della presa in carico - Meccanismi remunerativi che premiano l'appropriatezza dei consumi sanitari - <i>Shift</i> delle attività verso il territorio - <i>Leadership</i> della regione a livello europeo nell'integrazione H-T 	<ul style="list-style-type: none"> - Scarsa attendibilità della base dati (BDA) - Mancanza di indicatori di outcome clinico predefiniti - <i>Trade-off</i> tra libertà di scelta del paziente e <i>disease management</i> - Inadeguatezza delle tariffe che escludono alcune componenti di costo (per esempio, protesica) e crescita dei costi - Competenze organizzative dei Mmg talvolta carenti (rischio economico del <i>provider</i>) - Tempistiche troppo ridotte per l'avvio della sperimentazione

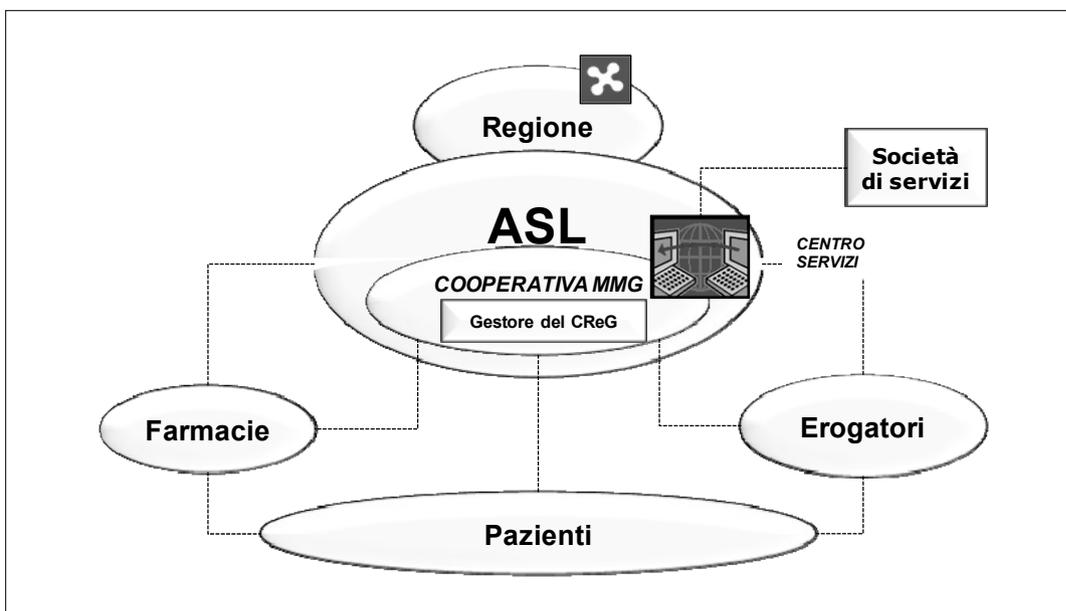
Tabella 7

Opportunità e minacce legate all'introduzione del sistema CReG per gli attori chiave del sistema

Attori	Opportunità	Minacce
Mmg	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento e valorizzazione del ruolo del Mmg - Acquisizione nuove competenze medico-cliniche e manageriali 	<ul style="list-style-type: none"> - Timore del fallimento economico del <i>provider</i> - Timore dell'abbassamento degli standard assistenziali - Deboli <i>skills</i> nella relazione contrattuale con le società di servizi - Concorrenza da parte del privato accreditato
Asl	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo medicina di iniziativa: diminuzione dei costi sociali ed economici della cronicità - Rafforzamento delle funzioni PAC della Asl (più attenzione agli aspetti qualitativi del controllo) - Aumento appropriatezza consumi sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibile aumento dei costi nel breve periodo (aumento tasso reclutamento, maggiore <i>compliance</i>) - Difficile integrazione nel preesistente sistema di cure primarie - Opposizione dei Mmg più tradizionalisti
Aziende farmaceutiche	<ul style="list-style-type: none"> - Innovazione farmaceutica e tecnologica (sviluppo telemedicina) 	<ul style="list-style-type: none"> - Scarso coinvolgimento della filiera del farmaco - Distorsioni a favore dei <i>provider-erogatori</i> (sconti negli acquisti dei farmaci) - Pressioni su HTA e PDTA per l'inserimento dei farmaci - Aumento consumo generici

Figura 4

Il modello a centralità Asl



latoria esercitata dalla Regione. Le Asl mantengono ed esercitano la facoltà di programmare e controllare il sistema, sia dal punto di vista economico-finanziario (definizione dei volumi e dei corrispettivi di produzione, pagamento di premialità/penalizzazioni in base alla qualità dell'assistenza, ecc.) sia sotto il

profilo gestionale (definizione PDTA, gestione dei dati dei pazienti). In questo modello, le Asl riescono a esercitare un indirizzo rilevante sulle cooperative di Mmg coinvolte nella gestione dei CReG. La capacità contrattuale della Asl discende soprattutto dalla sua prerogativa di definire i volumi e i *case*

mix di ogni erogatore, comprendendo anche il portafoglio di prestazioni diagnostiche e specialistiche per i cronici. Inoltre, l'Asl potrebbe rafforzare di molto il proprio ruolo se contribuisse in maniera decisiva a definire e diffondere i PDT per patologia e a supportare le cooperative con il proprio sistema informativo e sistema di programmazione e controllo. L'affermarsi di tale modello dipende *in primis* dalla volontà e dalla capacità delle aziende di interpretare attivamente il loro ruolo; in seconda battuta, dalla debolezza delle cooperative di Mmg, che si rivolgono al soggetto istituzionale territorialmente più prossimo per la gestione dei sistemi informativi e delle relazioni finanziarie con gli altri attori del sistema.

Il modello «a centralità Mmg» (figura 5) vede la predominanza delle cooperative di Mmg «imprenditori», in grado di gestire direttamente il centro servizi, di accordarsi con gli erogatori per assicurare ai propri assistiti le prestazioni in tempi brevi, di raccogliere e utilizzare i dati clinici degli assistiti, di dotarsi di efficaci strumenti di programmazione e controllo economici. In questo scenario i Mmg, grazie alle loro capacità organizzative, riescono a mantenere una sostanziale

autonomia sia dalla Asl che dalle società di servizi, relegando queste ultime a semplici fornitori di sistemi informatici e di telemedicina. Tale autonomia operativa, unita alle capacità professionali, consente ai Mmg di mantenere valorizzare e sfruttare come vantaggio competitivo il contatto diretto con il paziente e il ruolo centrale nel sistema previsto dall'attuale assetto.

Il modello a «centralità Società di Servizi» (figura 6) presuppone un ruolo debole delle cooperative di Mmg e della Asl. Anche se i Mmg mantengono formalmente il ruolo di gestori dei CReG, è la SdS a occuparsi del contatto con il paziente (dall'arruolamento alla verifica della *compliance*), del raccordo con gli erogatori, della gestione finanziaria, del SI e della reportistica. La cooperativa di Mmg mantiene i contenuti clinici strutturalmente assegnati ai Mmg (per esempio, la facoltà di prescrivere) e deve cedere una considerevole quota della tariffa CReG alla società di servizi. Ciò può facilmente verificarsi in contesti dove le forme associative sono meno sviluppate. In questo caso, le SdS fungono da «imprenditori» e «organizzatori», diventando ben più rilevanti dei Mmg,

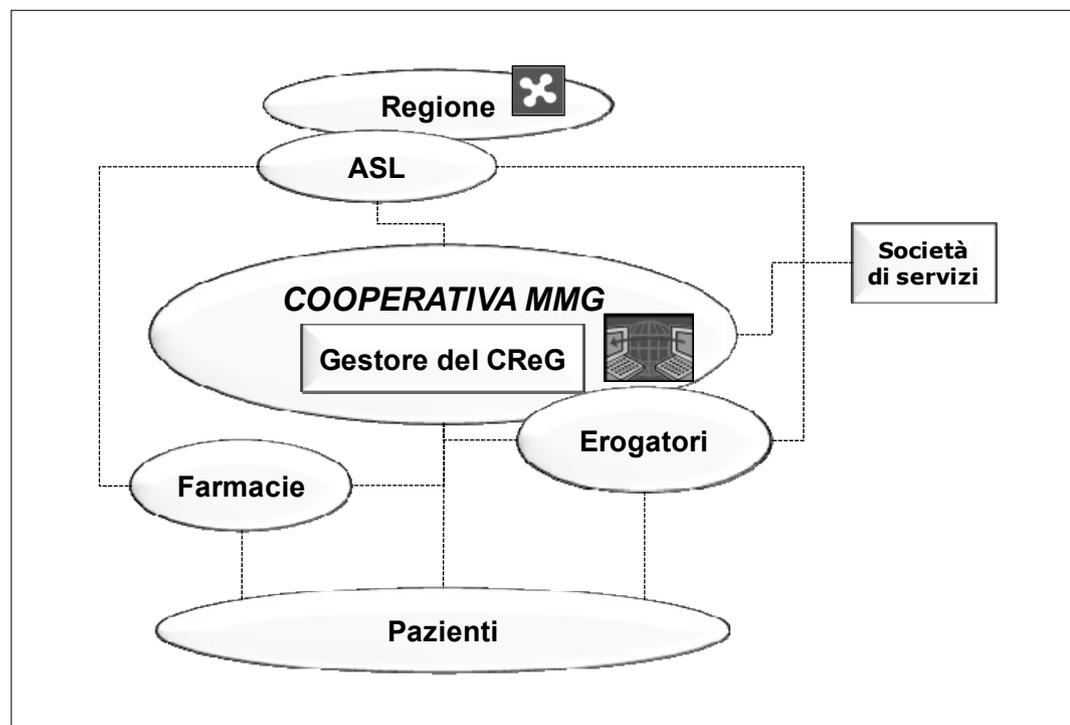
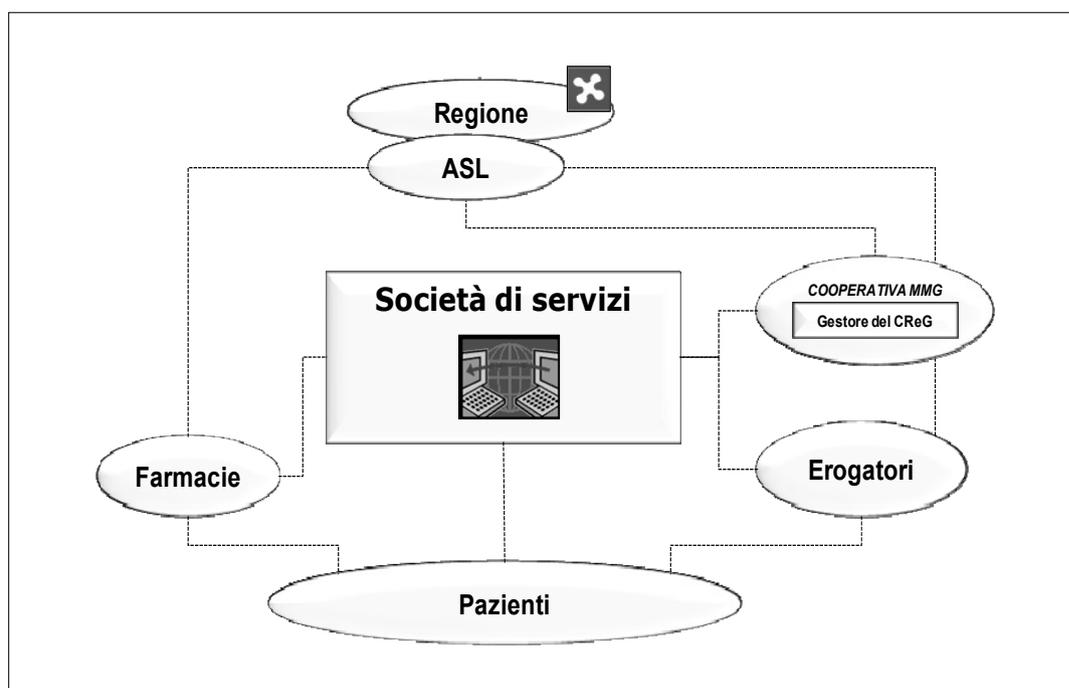


Figura 5
Il modello a centralità Mmg

Figura 6
Il modello a centralità SdS



che si collocano nel ruolo di meri garanti dell'appropriatezza clinica.

A livello ipotetico, è prevedibile anche un modello a «centralità erogatore accreditato». Quest'ultimo presuppone che i Mmg non riescano a proporsi come unici gestori dei CReG. I medici conservano, come nel modello precedente, le prerogative di categoria fissate dalla legge e dalla contrattazione nazionale. Tuttavia, il centro servizi e l'erogazione delle prestazioni sono gestite dall'ente accreditato (pubblico e privato che sia) che può far leva su rilevanti economie di scala (per esempio, nell'acquisto di farmaci poi distribuiti direttamente agli assistiti) o di scopo (disponibilità di locali, sistemi informativi, personale medico specializzato). Da considerare, per un erogatore accreditato, il vantaggio di poter indirizzare verso le proprie strutture i pazienti cronici di cui si gestisce il CReG, con la possibilità di vedere successivamente riconosciuto l'aumento di volumi produttivi in termini di *budget*.

Infine, è possibile che in qualche realtà non emerga un soggetto dominante per l'intera Asl, ma che si strutturino delle geografie di ruoli e poteri diverse nei distinti distretti aziendali, soprattutto dove le Asl sono molto grandi e internamente eterogenee. Questo

assetto può essere definito come modello di «clusterizzazione territoriale»: in esso coesistono, all'interno di una stessa Asl, più gestori di natura e forza istituzionale diversa (cooperative di Mmg autonome, cooperative in realtà «a servizio» delle SdS, erogatori accreditati, ecc.), ciascuno dei quali assiste un gruppo di pazienti presumibilmente (seppur non necessariamente) localizzati in differenti distretti (figura 7).

Molto probabilmente, saranno le dinamiche interne alla categoria degli Mmg e le loro capacità organizzativo-gestionali a determinare l'evoluzione del sistema CReG verso un particolare modello. Dopo i primi mesi di sperimentazione, i medici appaiono molto frammentati al loro interno. Una minoranza di professionisti è entusiasta, o comunque ben disposta, nei confronti del progetto e considera la sperimentazione come un'occasione per valorizzare la propria professionalità. Si pensi a diverse cooperative milanesi, bergamasche o comasche che cercano di implementare il modello «a centralità Mmg»; finora, però, il forte ruolo gestionale dei partner tecnologici ha creato alcuni presupposti per un modello a «centralità SdS». Al di là di queste esperienze, larga parte dei medici è rimasta piuttosto indifferente. Alcuni sin-

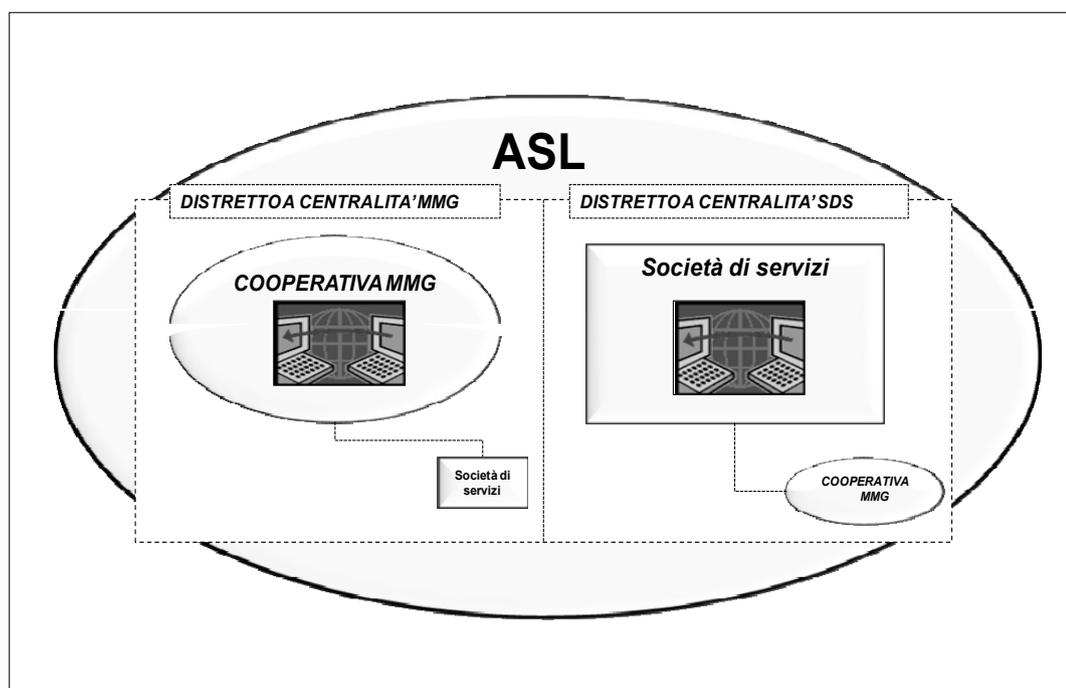


Figura 7
Modello a clusterizzazione
territoriale

dacati di Mmg, infine, hanno dichiarato la loro totale opposizione nei confronti della sperimentazione,²² riportando motivazioni di tipo deontologico (autonomia professionale del medico, libertà di scelta del paziente) e perplessità sul lato dei meccanismi finanziari. Oltre alle contestazioni sulla congruità della tariffa, a essere temuto è il cambiamento radicale del sistema di remunerazione, che comporta l'assunzione di un rischio economico ancora non ben definito. Inoltre, immaginando che in futuro il sistema CReG si affermi, è difficile che i medici possano ottenere integrazioni alla quota capitaria per l'assistenza a pazienti cronici già di fatto remunerata dalla tariffa CReG. I Mmg meno imprenditoriali sono comprensibilmente intimoriti da un simile scenario: in un sistema a «centralità SdS», sarebbe proprio quest'ultima a incassare buona parte della tariffa.

L'opposizione ai CReG, soprattutto nell'area milanese, ha avuto finora l'effetto di rallentare notevolmente l'introduzione del nuovo sistema (come descritto nel par. 3.3). Se nel medio periodo non prevarranno linee di negoziazione più morbide, però, i *policy maker* regionali potrebbero decidere di marginalizzare gli Mmg allargando i bandi ad altri soggetti gestori, aprendo così la strada

al modello «a centralità degli erogatori accreditati».

Da rilevare, infine, come alcuni attori tradizionalmente forti nel seguire e nel partecipare le evoluzioni di *policy* siano di fatto rimasti ai margini del sistema. In particolare, le aziende farmaceutiche non sono state attivamente coinvolte da parte della Regione o della Asl. Peraltro, loro stesse riscontrano delle criticità nell'individuare gli interlocutori istituzionali di riferimento e nell'inserirsi attivamente nel nuovo schema, anche se sono consapevoli che esso impatterà significativamente su alcune determinanti della prescrizione farmaceutica.

5. Conclusioni

Il sistema dei CReG lombardi, come tutte le profonde trasformazioni organizzative e istituzionali, è fisiologicamente ancora largamente indefinito e imprevedibile nei suoi esiti finali di lungo periodo, pur essendo straordinariamente coerente con i fabbisogni di governo del sistema sanitario lombardo.

La sua indeterminatezza e imprevedibilità, che caratterizza tutte le fasi iniziali delle innovazioni sistemiche, dipende soprattutto dai seguenti elementi:

– gli attori chiave (Asl, Mmg, società di servizi, erogatori accreditati) stano ancora definendo le proprie strategie rispetto al sistema CReG;

– le competenze disponibili e sviluppabili possono determinare un posizionamento emergente «di fatto», che non necessariamente coincide con quello intenzionale del singolo attore;

– il processo di messa a regime dello schema CReG attraverserà diversi cicli e sensibilità politiche, che difficilmente potranno rinunciare a uno schema di lavoro così robusto e potenzialmente fertile per il contesto lombardo. Tuttavia, ogni amministrazione potrà influenzare significativamente la declinazione operativa e istituzionale dei CReG;

– la scelta dell'erogatore accreditato di prestazioni specialistiche e diagnostiche può essere sensibilmente influenzata dall'Asl (se quest'ultima è in grado di intervenire analiticamente sui contratti di fornitura, rendendoli sempre più stringenti rispetto alle geografie degli accessi), dal Mmg (grazie al contatto personale e diretto con il paziente), dalla società di servizi (che può controllare operativamente i meccanismi di accesso e di *front office* oltre alla verifica della *compliance* del paziente. Quest'ultima attribuisce esplicitamente il mandato di reindirizzare il paziente alle cure). Nel modello istituzionale lombardo, che separa committenza da produzione, riuscire a influenzare o indirizzare la libera scelta dei pazienti risulta potenzialmente decisivo per giocare il ruolo di *pivot* del sistema;

– la distribuzione dei farmaci potrebbe rimanere invariata, oppure lo schema CReG potrebbe favorire un aumento della distribuzione diretta o «per conto» all'interno dei percorsi per patologia stabiliti. Ciò dipenderà da quanto il gestore spingerà nell'innovazione in questo settore, per ottenere razionalizzazioni della spesa;

– l'erogazione di molte prestazioni cliniche e diagnostiche di primo livello, con il sistema di incentivi attivato, viene contesa fisiologicamente tra i Mmg, considerati insieme al loro personale di studio, e gli erogatori pubblici e privati accreditati. In altri termini, i Mmg potrebbero preferire di retribuire un medico specialista o un infermiere che operi direttamente in ambulatorio, risparmiando sui consumi sanitari presso erogatori accre-

ditati. Questi ultimi, ovviamente, cercheranno di attivare un processo simmetrico opposto, sottoscrivendo accordi con gli Mmg e facilitando le procedure di accesso dei loro pazienti;

– la verifica della *compliance* dei pazienti (aderenza al piano terapeutico) e dell'esito clinico può essere svolta dall'Asl per monitorare l'efficacia dello schema, dai Mmg, dalla società di servizi (che nei propri sistemi informativi dispone dei dati di accesso alle cure e dei referti, con gli indicatori di esito), così come dagli erogatori pubblici e privati accreditati. L'esercizio della funzione di controllo della *compliance* determina l'*empowerment* istituzionale dell'attore che la agisce, perché, utilizzando una metrica clinico-professionale difficilmente contestabile, permette di esprimere valutazioni di merito sull'efficacia organizzativa e clinica dei singoli attori coinvolti nello schema.

Il combinato disposto delle declinazioni delle variabili, ancora indeterminate, stabilirà la prevalenza di un modello di *governance* sugli altri. Gli esiti potrebbero risultare sufficientemente omogenei nella Regione, anche grazie a una azione robusta di indirizzo dell'assessorato o, al contrario, le singole Asl potrebbero caratterizzarsi per scenari sufficientemente dissimili tra di loro, il che potrebbe essere coerente alle diversità presenti nella regione più popolosa d'Italia. È infatti verosimile che i diversi territori compiano scelte differenti, in funzione delle loro caratterizzazioni storiche, delle competenze e forze politico-istituzionali dei diversi attori in campo.

I diversi modelli locali potrebbero però evolvere nel tempo, radicalizzarsi oppure ibridarsi.

Nell'attesa di osservare e influenzare queste dinamiche, il sistema CReG rappresenta la «risposta lombarda» all'emergenza della cronicità: potrà forse arenarsi o modificare le proprie declinazioni, ma si basa sull'esigenza reale e urgente di segmentare i bisogni sanitari della popolazione, di attivare modelli di medicina di iniziativa, di strutturare incentivi al miglioramento della *compliance* di clinici e pazienti. Quasi tutti i sistemi sanitari regionali, se conservano un margine di manovra finanziario e se possono contare su un management collaudato, stanno sdoppiando

le modalità di accesso, finanziamento e presa in carico dei pazienti, distinguendo tra cronici e non cronici, così come tra pazienti fragili o vulnerabili e non. Si pensi al *Chronic care model* toscano, oppure ai numerosi percorsi per patologia e relativi profili di salute promossi dai nuclei di cure primarie e dalle Case della Salute emiliano-romagnole. Tutte queste esperienze di risposta alla cronicità sono accomunate dallo sforzo di promuovere il reclutamento precoce proattivo, di standardizzare, programmare e valutare le cure. A questo proposito, il sistema a tariffa CReG appare particolarmente ambizioso perché, a differenza di altri, quantifica le risorse consumate nell'assistenza primaria e specialistica e supera, per la prima volta, l'allocazione a quota capitaria nei servizi territoriali. È ancora presto per esprimersi sull'appropriatezza di tale meccanismo finanziario, che resta, comunque, in linea con l'esigenza pressante (e destinata a permanere) di controllo e contenimento dei costi. Di certo, l'impianto dei CReG favorisce lo sviluppo di una logica di «accreditamento» di soggetti imprenditoriali privati nell'ambito delle cure primarie (le cooperative dei Mmg e le società di servizio), che risulta perfettamente in linea con l'esperienza del Ssr lombardo.

Chi scrive non ritiene che vi sia un modello teoricamente superiore agli altri, ma che ognuno di essi abbia dei punti di forza e di debolezza, che li rendono più o meno adatti ai singoli contesti. Ciò che probabilmente importa è la consapevolezza degli attori in merito alle scelte che stanno assumendo o costruendo socialmente, cui aggiungere la coerenza intrinseca della soluzione adottata o emergente. Infine, l'introduzione di modelli a forte discontinuità rispetto alle tradizionali configurazioni dei sistemi socio-sanitari è facilitato se, da una parte, i *policy maker* temperano il proprio approccio *top-down*; dall'altra, se le singole categorie professionali e le relative rappresentanze riescono a valorizzare i semi di innovazione dei nuovi modelli, senza abbandonare mai la critica costruttiva.

Discutendo di modelli di *governance* siamo nel campo delle scienze sociali, in cui l'oggetto di studio viene trasformato dalla volontà e dall'azione degli attori: nel caso dei CReG, la Regione Lombardia ha messo a disposizione degli attori locali un preciso e af-

fascinante *setting* di lavoro, in cui collettivamente possono costruire le proprie traiettorie di sviluppo organizzativo e istituzionale e il loro futuro professionale, determinando, allo stesso tempo, gli esiti di salute per i pazienti e i livelli di sostenibilità economica del *welfare* socio-sanitario locale. Le future ricerche osservative e valutative continueranno a seguire queste trasformazioni.

Attribuzioni

L'articolo è frutto di un comune lavoro di ricerca dei quattro autori. Tuttavia, la stesura del § 1 è da attribuire a Francesca Ferrè, i §§ 2 e 4 a Clara Carbone, il § 3 ad Alberto Ricci, il § 5 a Francesco Longo.

Note

1. L'Organizzazione mondiale della sanità (2005) definisce la malattia cronica come patologia permanente, che tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile, causata da un'alterazione patologica non reversibile.
2. Ci si riferisca, per esempio, al «Progetto Nocchiero» dell'Ars Liguria oppure alla rielaborazione dei dati da Banca dati assistito in Regione Lombardia, di cui si dirà in seguito.
3. Da notare che rispetto al 2001 le malattie cardiovascolari calano dal 42,5% al 39,2% dei decessi mentre la seconda causa di morte, i tumori, aumenta leggermente dal 29,5% al 30%.
4. Per «integrazione» (qui intesa come sinonimo di continuità delle cure e non come livello di interscambio informativo tra professionisti) il riferimento è alle tre accezioni ricordate da Haggarty, Freeman *et al.* (2003). Tale ricerca definisce la continuità come (1) *Informational continuity*, cioè utilizzo di informazioni relative alla storia clinica di un paziente per selezionare le opzioni più appropriate circa il suo percorso di cura; (2) *Management continuity*, vale a dire attenzione e presa in carico dei bisogni di salute spesso in costante cambiamento di un paziente; (3) *Relational Continuity*, definita come la relazione personale iterativa tra un paziente e uno o più professionisti.
5. Per maggiori approfondimenti ci si riferisca al sito NHS, sezione «London Health Programs» (<http://www.londonhp.nhs.uk/pioneering-polyclinics-to-transform-patient-care-across-london/>).
6. Il Psn 2006-2008 afferma che le priorità d'intervento nei diversi Ssr «discendono dai problemi di salute del Paese, con particolare riferimento al consolidarsi di elementi di cronicità, all'aumentata capacità del sistema sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post-acuzie». Il Psn 2010-2012 ribadisce come «i cambiamenti che si registrano nello stato di salute con l'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, hanno evidenziato l'esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare che consenta di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territo-

- riali e ospedalieri e, in tal modo, l'efficacia della continuità delle cure».
7. Per una definizione puntuale di CReG si faccia riferimento al § 3.
 8. Per un maggior approfondimento si rimanda ai provvedimenti regionali approvati nel corso del 2010 e del 2011 (Dell. GR IX/937 del 1/12/2010, allegato 14; IX/1479 del 30/03/2011; Decreto 4383 della DDG Sanità del 16/05/2011).
 9. Si ringraziano particolarmente i dottori Carlo Lucchina, Luca Merlino, Carlo Zocchetti, Francesco Laurelli, Mauro Agnello.
 10. Si ringraziano per la disponibilità i dottori Antonio Di Malta, Consorzio Sanità; dott. Giancarlo Grisetti, Cosma 2000; dott. Alberto Rigamonti, Paxme Gestioni.
 11. Nel computo sono inclusi i pazienti delle fasi avanzate delle malattie rare, di HIV, i dializzati, i trapiantati attivi, i pazienti neoplastici attivi, i malati affetti da Parkinson e forme assimilabili in stadio avanzato, le forme di grave insufficienza respiratoria che richiedono l'ossigenazione, gli scompensati cardiaci gravi.
 12. La *compliance* alla terapia è variabile a seconda dei contesti territoriali, ma comunque limitata: considerando alcuni trattamenti farmacologici tra più diffusi ed essenziali inclusi in specifici PDTA, la Regione calcola un'aderenza che si attesta al 38% per gli anti diabetici (con una successiva persistenza del 58%), tra il 21 e il 26% per le statine (persistenza tra il 47% e il 51%), tra il 42% e il 34% per gli anti-ipertensivi (persistenza tra il 57% e il 51%).
 13. La terminologia utilizzata dalla Regione su questo punto non è sempre univoca. Mentre la Del. GR IX/937/10 accenna a «processi di cura» come indicazioni diagnostiche terapeutiche di massima propedeutiche al piano assistenziale vero e proprio, la Del. GR IX/1479/11 si riferisce direttamente ai percorsi diagnostico terapeutici, che si possono immaginare come una traccia più puntuale di azioni monitoraggio e cura per il governo clinico della patologia. A febbraio 2012 la Regione non ha individuato i percorsi/processi, lasciando aperta la questione del dettaglio e dell'obbligatorietà delle indicazioni diagnostico-terapeutiche a garanzia della qualità della presa in carico del paziente.
 14. I pazienti considerati nella popolazione campione per la determinazione dei costi e delle conseguenti tariffe corrispondono ai pazienti residenti caratterizzati da esenzione per patologia e/o contemporanea assunzione di farmaci coerenti (DDD adeguata per una sufficiente copertura annuale). La tariffa CReG è stata calcolata come valore medio osservato dei consumi del 90% della popolazione campione, distribuita a sinistra e a destra del valore modale dei consumi stessi.
 15. Non sono invece compresi i costi per ricoveri per acuti, sub acuti o per le attività di riabilitazione, né la quota capitaria del Mmg.
 16. I dati BDA rivelano infatti che per ogni patologia oltre alla seconda si ha un aumento di costo pressoché costante. L'assenza del valore standard di incremento indica l'irrelevanza statistica della prevalenza di una seconda comorbilità.
 17. Il pagamento è frazionato in più scaglioni infra-annuali.
 18. Fonte: comunicato stampa di Regione Lombardia del 24/03/2012, disponibile *on line* (<http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpage name=Regione%2FDetail&cid=1213504631429&pagename=RGNWrapper>).
 19. Fonti:
 - Ministero della Salute, strutture e attività Asl 2007;
 - comunicato stampa della Regione Lombardia del 24/03/2012, disponibile *on line* (<http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpage name=Regione%2FDetail&cid=1213504631429&pagename=RGNWrapper>);
 - interviste telefoniche dott. Di Malta (AD Co.S.), dott. Grisetti (Cosma 2000), dott. Rigamonti (Paxme);
 - *Corriere Medico* del 17/11/2011, disponibile *on line* (<http://80.70.114.18/cs/Satellite?c=Articolo&childpagename=MedWeb%2FLayout&cid=1300959932809&p=1263985641426&pagename=MedWebWrapper>);
 - *Eco di Bergamo*, 19/10/2011, disponibile *on line* (http://www.ecodibergamo.it/stories/Cronaca/240757_cronici/).
 20. Entrambi i bandi sono disponibili *on line*: il primo, a scadenza 19/10/2012, presso: <http://www.asl.milano.it/ita/Download.aspx?FILE=ALL01338.PDF&TIPO=ATT&NOME=Bando>; il secondo, a scadenza 20/02/2013, presso <http://www.asl.milano.it/ita/Download.aspx?FILE=ALL01422.PDF&TIPO=ATT&NOME=Bando>.
 21. Si vedano, a titolo esemplificativo, questi due comunicati diramati via *web*:
 - <http://www.snamimilano.org/index.aspx?m=75&f=4&IDNews=581&annoarchivio=&mese=>
 - <http://www.snamimilano.org/index.aspx?m=75&f=4&IDNews=714&annoarchivio=&mese=>

Appendice 1

Griglia *focus group*

1. Valutazione del sistema CReG

- 1) Quali fattori ambientali motivano l'introduzione del sistema dei CReG in regione Lombardia (quali le opportunità e quali le minacce)?
- 2) Quali sono i principali punti di forza e di debolezza del sistema CReG (potenzialità e rischi) sul piano:
 - del miglioramento della qualità assistenziale (reclutamento pazienti, appropriatezza e continuità delle cure, e in definitiva, outcome clinici);
 - della razionalità organizzativa e della semplificazione del processo di cura (presenza di un gestore unico/garante della *compliance*, potenziamento tecnologico, questioni inerenti il principio di libertà di scelta, ecc.);
 - dell'adeguatezza e della sostenibilità economico finanziaria, sia per i soggetti garanti/erogatori sia per i soggetti pagatori pubblici?

2. Il ruolo e le prospettive dei Mmg e degli altri attori chiave del sistema CReG

- 1) Per la categoria degli Mmg, quali opportunità (sviluppo professionale, raggiungimento della centralità nel sistema, aumento delle remunerazioni) e minacce (marginalizzazione e dipendenza da altri soggetti, aumento di complessità organizzativa a scapito della pratica professionale, scarsa convenienza economica) sono collegate all'introduzione dei CReG?
- 2) A seguito dell'introduzione del sistema CReG quale ruolo sarà svolto:
 - dal MMG come singolo professionista (gestione del centro servizi e delle attività di monitoraggio paziente, erogazione prestazioni, ecc.);
 - dalle forme di coordinamento e associazione dei medici di base (informazione, rappresentanza in chiave contrattuale nei confronti di altri soggetti, gestione del centro servizi e delle attività di monitoraggio paziente, ecc.);
 - dai sindacati di categoria (informazione, rappresentanza in chiave contrattuale nei confronti di altri soggetti, ecc.);
 - dalle associazioni professionali/società scientifiche (informazione, rappresentanza in chiave contrattuale nei confronti di altri soggetti, attività di *audit* clinico, ecc.).
- 3) Quali saranno i principali cambiamenti nell'attività professionale quotidiana del medico (accesso all'ambulatorio, svolgimento di nuove attività, aumento dei pazienti, utilizzo di nuove tecnologie, opportunità di specializzazione/arricchimento professionale)?
- 4) Con riferimento alle nuove tecnologie, quale può essere il ruolo della telemedicina? Con quali modalità tecniche e per quali patologie può essere attivato il servizio?
- 5) Quali sono i soggetti preposti all'arruolamento, allo screening e al *follow up* dei pazienti?
- 6) Quali sono i soggetti preposti alla verifica della *compliance* e alla valutazione dei parametri clinici dei pazienti a seguito degli esami effettuati?
- 7) A seguito dell'introduzione dei CReG qual è l'impatto atteso su:
 - volumi e le caratteristiche del consumo farmaceutico;
 - meccanismi di prescrizione dei farmaci (quali attori e con che modalità);
 - meccanismi di pagamento dei farmaci (quali attori e con che modalità).
- 8) A seguito dell'introduzione dei CReG qual è l'impatto atteso su:
 - volumi e le caratteristiche del consumo di visite specialistiche e diagnostica;
 - meccanismi di prescrizione di visite specialistiche e diagnostica (quali attori e con che modalità);
 - meccanismi di pagamento di visite specialistiche e diagnostica (quali attori e con che modalità).

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

- AGNELLO M., BRAGATO D., MERLINO L., ZOCCHETTI C. (2011), «Una nuova proposta per la cronicità: i CReG», *Tendenze nuove*, 5, pp. 377.
- BOERMA W.G.W. (2006), «Coordination and Integration in European Primary Care», in R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma (a cura di), *Primary Care in the driver's seat?*, Open University Press, New York.
- BORGONOVÌ E., LECCI F., RICCI A., SALVATORE D. (2011), «Strumenti di governo per la gestione delle patologie croniche in medicina generale», in Fondazione Farmaceutica (a cura di), *Il Sistema sanitario in controllo. Rapporto 2011*, Franco Angeli, Milano.
- BUSSE R., BLÜMEL M., SCHELLER-KREISEN D., ZENTER A. (2010), *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- CALNAN M., HUTTEN J., TILJAK H. (2006), «The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface», in R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma (a cura di), *Primary Care in the driver's seat?*, Open University Press, New York.
- CARBONE C., CORSALINI C., LONGO F., RICCI A. (2012), «Scenari per lo sviluppo dei servizi territoriali: confronto tra modelli regionali di presa in carico della cronicità», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- 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.
- FIORAVANTI L., SPANDONARO F. (2007), «Continuità assistenziale: dal principio alla realizzazione. Cosa insegna il disease management», *Politiche sanitarie*, 8 (1), pp. 28-33.
- HAGGERTY J., FREEMAN G., REID R., STARFIELD B. *et al.* (2003), «Continuity of care. A multidisciplinary review», *BMJ*, 327, pp. 1219-21.
- ISTAT (2010), *Annuario Statistico Italiano* (i dati in esso contenuti fanno riferimento, a seconda dei casi, al 2010 o al 2007).
- KURAITIS V. (2007), «Disease Management and the Medical Home Model. Competing or Complementary?», *Disease Management & Health Outcomes*, 15 (3), pp. 135-140.
- MATHERS C.D. *et al.* (2003), «The global burden of disease in 2002: Data sources, methods and results», World Health Organization, GPE discussion paper No. 54, Geneva (<http://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>, accessed 21 August 2009).
- O'CONNOR P.J., JOANN M., SPERL-HILLEN, PRONK N.P., MURRAY T. (2001), «Primary care clinic-based chronic disease: care features of successful programs», *Disease Management & Health Outcomes*, 9 (12), pp. 691-698.
- RENDERS, C.G., VALKS S., GRIFFIN E., WAGNER J., VAN E., ASSENDELFT W. (2001), «Interventions to Improve the Management of Diabetes in Primary Care, Outpatient, and Community Settings», *Diabetes Care*, 24 (10), pp. 1821-33.
- TOZZI V.D. (2010), «Le spinte al cambiamento dell'assistenza territoriale in Italia», in E. Corsalini, Vendramini E. (a cura di), *Integrare la rete dei servizi territoriali: contenuti, forme e risultati delle best practices in Italia*, Egea, Milano.
- SUHRCKE M. *et al.* (2006), *Chronic disease: an economic perspective (with annex)*, Oxford Health Alliance, London.
<http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economic-perspective.pdf>, e <http://www.oxha.org/knowledge/publications/annextoeconomicsreport.pdf>, ultimo accesso 4 dicembre 2009.
- STOCK S.A.K., REDAELLI M., LAUTERBACH K.W. (2006), «Population-based disease management in the German Statutory Health Insurance. Implementation and preliminary results», *Disease Management & Health Outcomes*, 14 (1), pp. 5-12.
- WAGNER E.H., AUSTIN B., VON KORFF M. (1996), «Organizing care for patients with chronic illness» *The Milbank Quarterly*, 74 (4), pp. 511-44.
- WOO J., COCKRAM C. (2000), «Cost estimates for chronic diseases», *Disease Management & Health Outcomes*, 8 (1), pp. 29-41.

La funzione finanza nelle Aziende ospedaliero-universitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo

GIUSY CAVALLARO, ANNARITA TROTTA

The main purpose of this study is to analyze the current state of financial management in the Italian teaching hospitals. The research employs a questionnaire to explore business decisions concerning financial planning, investments, cash management and relationship with the banks. The study provides a comprehensive overview of financing systems and tools used by financial managers of the investigated university hospitals. The research results offer suggestions to policy makers and managers for the implementation of management policies aimed at improving business performance and quality of regional health systems.

Keywords: Italian teaching hospitals, financial management, finance, financial instruments

Parole chiave: Aziende ospedaliero-universitarie, gestione finanziaria, finanza, strumenti finanziari

Note sugli autori

Dipartimento di Scienze Giuridiche, Storiche, Economiche e Sociali, Università degli Studi «Magna Graecia» di Catanzaro:

Giusy Cavallaro è dottore di ricerca in Economia e Management in Sanità - cavallaro@unicz.it

Annarita Trotta è professore ordinario di Economia degli Intermediari Finanziari - trotta@unicz.it

Attribuzioni

Sebbene la stesura complessiva del lavoro sia frutto di uno sforzo analitico congiunto, i §§ 1, 2 e 3 sono attribuibili ad Annarita Trotta, i §§ 4 e 5 a Giusy Cavallaro

1. La centralità delle Aziende ospedaliero-universitarie nel Sistema sanitario italiano e il rilievo della gestione finanziaria

L'ospedale di insegnamento (*teaching hospital*) è il soggetto istituzionale in cui vengono svolte, congiuntamente, le attività di assistenza, didattica e ricerca, la cui somma contribuisce a qualificare l'ospedale stesso quale elemento di eccellenza nei diversi sistemi sanitari (Knowles, 1966).

Negli ultimi decenni, gli studiosi hanno messo in luce diverse e interessanti peculiarità degli ospedali universitari, i quali:

1) si contraddistinguono per la presenza di un complesso sistema di *governance* e di problematiche di coordinamento (Smith, Whitchurch, 2002);

2) mostrano, rispetto agli ospedali non universitari, una minore efficienza tecnica (Grosskopf *et al.*, 2001) controbilanciata da una migliore performance clinica (Ayanian, Weissman, 2002; Kupersmith, 2005);

3) presentano, in considerazione delle implicazioni derivanti dalla missione istituzionale, maggiori costi di produzione (Foster, 1987; Linna, Hakkinen, 2006);

4) sono oggetto, nei diversi sistemi sanitari, di eterogenee modalità di finanziamento (Catalfo *et al.*, 2011).

Le difficoltà riscontrabili nella puntuale determinazione dei costi di produzione ed erogazione dei servizi rendono il tema della congruità del sistema di finanziamento attuale (Pesci *et al.*, 1999; Huttin, Pouvourville, 2001), anche alla luce delle evoluzioni che

SOMMARIO

1. La centralità delle Aziende ospedaliero-universitarie nel Sistema sanitario italiano e il rilievo della gestione finanziaria
2. Il ruolo e le evoluzioni della funzione finanziaria nelle aziende: il caso della finanza in sanità
3. Obiettivi e metodologia della ricerca
4. I risultati dell'analisi empirica
5. Conclusioni

interessano i sistemi sanitari internazionali e che minacciano la sopravvivenza degli stessi ospedali di insegnamento (Linna, Hakkinen, 2006; De Castro Lobo *et al.*, 2010).

Le recenti riforme sanitarie, realizzate a livello internazionale, si caratterizzano per comuni linee guida incentrate su:

- a) allocazione efficiente delle risorse;
- b) contenimento e controllo della spesa sanitaria pubblica;
- c) accesso universale a prestazioni essenziali;
- d) libertà di scelta degli assistiti.

Queste evoluzioni spingono le Aziende sanitarie all'assunzione di logiche di «aziendalizzazione», che favoriscono l'adozione di schemi interpretativi, modelli e strumenti tipici dell'economia aziendale, nel rispetto delle peculiarità del settore pubblico (Borgonovi, Mussari, 2011) e della multidimensionalità del concetto di «salute» (Borgonovi, 2007).

Il quadro di riforme che ha interessato, a partire dagli anni Novanta, il Sistema sanitario italiano presenta numerose risposdenze con le tendenze che emergono a livello internazionale. Appaiono di rilievo, in particolare, le disposizioni introdotte dalla legge Balduzzi (L. 189/2012) finalizzate al riassetto del comparto sanitario attraverso un processo di razionalizzazione delle attività assistenziali e sanitarie volte a migliorare l'efficienza del sistema, mantenendo invariati i livelli essenziali di assistenza.

Tali evoluzioni hanno riguardato anche le Aziende ospedaliero-universitarie (Aou) – rilevante categoria di ospedale di insegnamento introdotta in Italia dal D.lgs. 517/99¹ e oggetto specifico di questa trattazione – che presentano tipicità che vale la pena evidenziare.

Ciascuna Aou si contraddistingue per specificità sotto il profilo di costi, ricavi e attività e per un peculiare sistema di finanziamento: ogni Regione stabilisce autonomamente i criteri per il trasferimento delle risorse, sulla base delle indicazioni del D.L.vo 517/99 (art. 7) e dei protocolli d'intesa stipulati tra regioni e università (Carbone *et al.*, 2010).

A fronte di queste singolarità, l'intera «classe» di Aou sembra essere stata interessata marginalmente dai cambiamenti che

hanno riguardato le organizzazioni sanitarie in Italia. In particolare, questa categoria di ospedale di insegnamento presenta, allo stato attuale, ritardi nel processo di aziendalizzazione riconducibili sia ai complessi assetti di *governance* (Lega, Verme, 2003; Carbone *et al.*, 2007; *Id.*, 2010) sia alla parziale capacità di operare in condizioni di efficienza produttiva e di utilizzare modelli organizzativi e strumenti gestionali definiti dalla normativa (D.L.vo 517/99; DPCM del 24 maggio 2001).

Tuttavia, non sfugge come tali risultanze appaiano in contrasto con il ruolo che la dottrina riconosce ai *teaching hospital* sulla base della tripla *mission* svolta.

È evidente, infatti, che l'implementazione di processi di aziendalizzazione rappresenterebbe una opportunità per lo sviluppo delle Aou, per diversi ordini di ragioni.

Le problematiche connesse alla crescente competitività ambientale – oltre che ai temi della sostenibilità finanziaria dovuti alla razionalizzazione della spesa sanitaria, prevista dai provvedimenti legislativi emanati negli ultimi anni (*Spending Review*, Legge di Stabilità 2012 e 2013)² – inducono le Aziende sanitarie a dedicare attenzione alle attività di programmazione finanziaria e alle modalità innovative di finanziamento degli investimenti, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse finanziarie (Amatucci *et al.*, 2010; Vecchi, 2011; Vecchi, Cusumano, 2012).

Questi processi sono destinati ad assumere rilevanza, proprio nel caso delle Aou, recentemente interessate da modifiche regolamentari. In particolare, l'art. 6 (comma 13) della legge Gelmini statuisce la definizione di un nuovo protocollo d'intesa fra università e regioni, per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie. Il decreto interministeriale concernente la definizione dello schema tipo delle convenzioni, al quale i due soggetti istituzionali devono attenersi, è finalizzato a perfezionare, fra l'altro, disposizioni in materia di: assetto organizzativo, programmazione, gestione economico-finanziaria e patrimoniale e modalità di finanziamento delle attività svolte nelle aziende ospedaliero-universitarie stesse.

Ciò assume maggiore rilievo ove si consideri che le attività di assistenza, didattica e ricerca presentano prospettive temporali differenti. Come osservato da Borgonovi (2010),

la funzione assistenziale ha una prospettiva temporale di breve periodo, poiché risponde alle esigenze quotidiane di tutela della salute. La funzione della didattica – perseguendo gli obiettivi di formare il futuro personale medico e di trasferire concetti e metodologie collegate alle nuove tecniche mediche sviluppate dalla ricerca – ha una prospettiva di medio periodo. Infine, la funzione di ricerca scientifica si colloca nella prospettiva del lungo periodo. Le attività di formazione delle professioni medico-sanitarie e di ricerca scientifica di base e applicata presuppongono un'elevata dotazione tecnologica. Al contempo, gli investimenti effettuati in innovazione tecnologica rappresentano la fonte di un fondamentale vantaggio competitivo. Pertanto, una maggiore attenzione alle procedure e alle tecniche concernenti le decisioni di investimento, oltre che alla valutazione delle fonti di finanziamento e della performance, favorisce la competitività degli ospedali universitari.

Muovendo dalle suddette considerazioni, questa ricerca si propone di esplorare lo sviluppo della funzione finanza nelle Aou, in considerazione del contributo che una appropriata gestione finanziaria può dare al miglioramento delle performance aziendali e, quindi, al miglioramento della qualità della vita dei sistemi sociosanitari di riferimento.

Il lavoro è organizzato come segue: il § 2 realizza una disamina della letteratura sull'evoluzione della funzione finanza nelle aziende in generale, con un *focus* in sanità. Il § 3 definisce obiettivi e metodologia della ricerca, mentre il § 4 illustra i risultati dell'indagine empirica condotta. Infine, conclusioni e implicazioni di *policy* sono presentate nel § 5.

2. Il ruolo e le evoluzioni della funzione finanziaria nelle aziende: il caso della finanza in sanità

La letteratura segnala un'evoluzione dello sviluppo della funzione e degli obiettivi della finanza aziendale, anche in relazione ai cambiamenti dello scenario economico e sociale in cui le imprese si sono trovate a operare. In linea generale, è possibile individuare una relazione diretta fra le evoluzioni della funzione finanziaria e l'evoluzione delle caratteristiche del contesto di riferimento (Dal-

locchio, Teti, 2006). La criticità delle scelte finanziarie viene recepita, ancora oggi, più per condizionamenti ambientali e processi imitativi – culminanti in «comportamenti finanziari adattivi» – che per consapevole scelta di sviluppare un'area determinante per lo sviluppo dell'impresa (comportamenti finanziari proattivi), così come, invece, i modelli di razionalità esistenti suggerirebbero (Pavarani, 2002).

La finanza in azienda nasce alle dipendenze della contabilità o dell'amministrazione e acquista rilievo quando le condizioni dell'ambiente esterno divengono complesse, caratterizzandosi, anche, per fenomeni di restrizione e/o di competitività (processi di internazionalizzazione, deregolamentazione, riduzione di risorse finanziarie, ecc.).

Nelle fasi primigenie, l'attività della funzione finanza viene circoscritta a operazioni e strumenti «semplici e informali» e si contraddistingue per un carattere esecutivo dei compiti.³ In situazioni in cui l'ambiente esterno presenta turbolenze tali da minacciare la sopravvivenza delle imprese, le attività della funzione finanza si estendono alla pianificazione finanziaria e, quindi, alla valutazione degli investimenti e alla scelta delle fonti di finanziamento.⁴ Dagli anni Novanta in poi, si assiste, comunque, a una progressiva evoluzione del ruolo del manager finanziario che acquisisce viepiù rilievo nelle imprese, soprattutto di non limitate dimensioni (Trapp, 1994).

Le fasi più evolute si caratterizzano per un approccio di finanza strategica, in cui il manager finanziario viene coinvolto nei processi previsionali e decisionali, è specialista di metodi, modelli e strumenti finanziari all'avanguardia e sofisticati. Il manager finanziario è responsabile di una significativa parte di decisioni di investimento e di finanziamento di un'impresa; tuttavia, il suo obiettivo fondamentale non può che essere la creazione di valore (Dallocchio, Teti, 2006).

È opportuno precisare che l'evoluzione ideale rappresentata in questa sede non ha caratterizzato, negli stati di natura, le realtà aziendali nello stesso modo, né si è sviluppata con la stessa velocità o negli stessi periodi in tutti i settori dei sistemi economici.⁵ Le analisi empiriche esistenti evidenziano come gli ambiti di attività di competenza del manager finanziario e le stesse attività ricon-

ducibili alla gestione finanziaria siano variate, nel tempo e nello spazio, soprattutto in funzione della dimensione d'impresa e della tipologie di aziende (pubbliche o private, ecc.). La funzione finanza si è sviluppata, in larga parte, nel caso delle imprese – soprattutto di non piccole dimensioni – che perseguono finalità di lucro. Nel settore pubblico – caratterizzato da dinamiche e regole diverse rispetto a quelle del settore privato – gli strumenti dell'economia aziendale stentano ad affermarsi.

Tuttavia, il contributo che l'economia aziendale può dare alla modernizzazione del settore pubblico e, quindi, del Paese, trova già nella definizione di azienda (Zappa, 1957) la base per declinare correttamente il senso del rapporto fra azienda (dimensione economica) e istituzione (Favotto *et al.*, 2012). Ciò è vero, in particolare, nel caso del settore sanitario che, a partire dalle riforme degli anni Novanta, introduce percorsi di aziendalizzazione, col proposito di avviare la «trasformazione di enti pubblici o di enti a valenza prevalentemente amministrativa in enti che perseguono risultati e rispondono del modo di utilizzo delle risorse pubbliche» (Favotto *et al.*, 2012).

In ogni caso, l'adattamento alle aziende pubbliche di conoscenze maturate in altri contesti e altre discipline non può avvenire *sic et simpliciter* ma deve essere realizzato con le necessarie contestualizzazioni e, soprattutto, con un approccio metodologicamente valido.

Per quanto riguarda l'evoluzione della funzione finanza nelle aziende pubbliche non è, allo stato, disponibile una consolidata letteratura aziendalistica, che va invece formandosi solo di recente, sulla scia delle evoluzioni del *New Public Management* (NPM). Il costrutto teorico del NPM – che dagli anni Novanta riflette il processo di riforme e cambiamenti che riguardano il settore pubblico delle principali economie – si arricchisce continuamente di contributi, evolvendo anche verso nuove prospettive teoriche, quali quelle del *New Public Governance*. Questi paradigmi, partendo dalla originaria impostazione (Hood, 1995), poggiano l'enfasi su concetti particolarmente innovativi per il settore pubblico, fra cui:

1) l'adattamento di tecniche e stili manageriali mutuati dal settore privato;

2) la valutazione del risultato aziendale (sia nella dimensione reale che in quella economico-finanziaria), anche finalizzato alla creazione di «valore pubblico» (Moore, 1995).

Appare evidente, pertanto, come gli strumenti e gli stili finanziari acquisiscano, grazie al NPM, rilievo per la *governance* e la gestione delle aziende pubbliche in cui, ovviamente, mantengono un ruolo differente rispetto al caso delle imprese private, essendo funzionali ai peculiari obiettivi del settore pubblico.

La disamina degli studi esistenti mostra come la sanità rappresenti, in questo ambito, l'area in cui pratiche manageriali e competenze dei *financial manager* assumono crescente rilievo. Evidenze empiriche mettono in luce, inoltre, che la sanità costituisce il settore in cui più frequentemente, a livello internazionale, si rileva il ricorso a tecniche di *budgeting* e a strumenti di *performance measurement* (Jackson, Lapsley, 2003; Lapsley, Wright, 2004).

Soprattutto negli ultimi venti anni, si registra una particolare attenzione di studiosi e operatori nei confronti delle problematiche collegate alla gestione finanziaria nelle aziende sanitarie, meritevole di approfondimenti (Cleverley, Harvey, 1992; Langabeer, 1998; Amatucci, 2004; Riccio, Prospero, 2007). La letteratura ha prestato crescente attenzione sia agli aspetti connessi alla scelta delle forme e delle modalità di finanziamento sia a quelli collegati alla misurazione delle performance e al miglioramento dei risultati nelle organizzazioni sanitarie (Kelley, Hurst, 2006; Nuti *et al.*, 2013). Oltre a ciò, la necessità di individuare modi e forme di finanziamento alternativi a quelli pubblici ha favorito lo sviluppo di studi riguardanti l'innovazione finanziaria in sanità.⁶

Di particolare rilievo appaiono recenti analisi realizzate negli Usa: il Sistema sanitario statunitense si caratterizza per un'evoluzione sia della funzione finanza sia del ruolo dei manager finanziari nelle Aziende sanitarie, la cui presenza favorisce lo sviluppo di sistemi di misurazione delle performance aziendali e il miglioramento dei risultati delle organizzazioni sanitarie (Langabeer

II *et al.*, 2010). Queste ricerche danno conto di rilevanti mutamenti nell'operatività dei *Chief Financial Officer* (CFO), sempre più coinvolti nei processi decisionali,⁷ oltre che di interessanti implementazioni della funzione finanza nel settore sanitario, che evolve verso forme più mature.

La disamina degli studi focalizzati sulla funzione finanza nelle Aziende sanitarie in Italia porta a evidenza aspetti meritevoli di approfondimento.

L'evoluzione regolamentare che ha caratterizzato il Sistema sanitario nazionale, dagli anni Novanta ha introdotto un modello aziendale che rappresenta una più diffusa ricerca del miglior rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti (Borgonovi, 2009), contribuendo ad avvalorare la tesi secondo cui una corretta gestione finanziaria contribuisce all'ottimale perseguimento e mantenimento degli equilibri gestionali, anche nel caso delle aziende pubbliche.

Detta evoluzione ha orientato i sistemi sanitari regionali verso forme organizzative riconducibili a gruppi di aziende (sanitarie locali e ospedaliere) guidate dalla Regione (che assume, per questa via, la configurazione di *holding*): a quest'ultima competono ruoli di coordinamento e di controllo, mentre alle Aziende sanitarie spetta il compito di gestione, organizzazione e rilevazione delle attività svolte (Anessi Pessina, 2006).

Da questa angolazione, i sistemi di finanziamento (su cui la Regione ha responsabilità riconducibili alla definizione e modulazione di criteri, forme e modi di finanziamento) si qualificano, soprattutto, come strumento di indirizzo *ex ante* dei comportamenti delle aziende stesse (Carbone *et al.*, 2006). In un contesto di razionalizzazione della spesa pubblica, queste evoluzioni dovrebbero spingere, almeno sul piano dell'astrazione teorica, le Aziende sanitarie alla sperimentazione di una crescente autonomia nella programmazione e gestione delle risorse (anche finanziarie), oltre che alla ricerca di una relazionalità dinamica con gli enti di livello superiore (Regione, *in primis*) e, più in generale, con tutti gli *stakeholder* (compresi i potenziali finanziatori).

La letteratura individua, pertanto, nel caso delle Aziende sanitarie una evoluzione della funzione finanza che passa da semplicistici modelli definibili di «finanza deriva-

ta» (dedicati, principalmente, alla gestione dei trasferimenti da enti di livello superiore) e di gestione del passivo («finanza contabile») a modelli più sofisticati di «finanza operativa» (che si arricchiscono di attività finalizzate alla valutazione e alla scelta degli investimenti) e di «finanza innovativa» (in cui si apprezzano anche strumenti capaci di incidere sui processi di riconversione delle strutture operative) (Amatucci, 2004). La gestione finanziaria può essere idealmente articolata in:

- 1) programmazione e gestione delle risorse finanziarie e *liability management*;
- 2) finanziamento innovativo degli investimenti;
- 3) gestione e valorizzazione del patrimonio (Amatucci, 2004).

In particolare, il processo di programmazione finanziaria (grazie al piano finanziario, al *budget* finanziario e al *budget* di cassa) – oltre che essere indispensabile per un monitoraggio della liquidità – assume la finalità di indicare le condizioni per la sostenibilità dei programmi istituzionali.

Analisi empiriche volte a verificare lo sviluppo della funzione finanza nelle Aziende sanitarie pubbliche italiane, tuttavia, documentano scarsità di *finance professional* e di informazioni riguardo alle pratiche finanziarie adottate, oltre che una generalizzata ridotta sensibilità alle tematiche finanziarie: a metà degli anni Duemila, un limitato numero di Aziende sanitarie pubbliche utilizzava una funzione finanziaria autonoma mentre, nella maggior parte dei casi, le principali attività svolte riguardavano la gestione della tesoreria e della liquidità (Amatucci, 2004; Amatucci, Marsilio, 2005).

Studi più recenti (Amatucci *et al.*, 2008) segnalano il permanere, all'interno delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere (riferite ad: Abruzzo, Campania, Lombardia, Veneto), di una gestione «ad emergenza» degli aspetti finanziari. Le principali attività svolte riguardano l'indebitamento a breve e la gestione della liquidità. Particolare rilievo viene attribuito alla programmazione finanziaria, anche se in numerosi casi questa si sostanzia, di fatto, in una mera stesura del bilancio di previsione.

La ricerca porta a evidenza – sulla base dell’analisi dei tempi medi di pagamento dei fornitori – che in tutte le aziende analizzate si rileva una generalizzata difficoltà di gestione delle risorse finanziarie e una tensione di cassa. L’approfondimento di questi aspetti mette in luce che un numero limitato di Aziende sanitarie si avvale di piani finanziari, *budget* finanziari e *budget* di cassa.

Tutto quanto sopra esposto trova conferma nelle risultanze di una recente ricerca (Fiaso, 2010) che attesta l’importanza di competenze tecnico-specialistiche trasversali (quali quelle economico-finanziarie) per la formazione manageriale in sanità, capaci di favorire l’introduzione e l’uso di strumenti e modelli di finanza aziendale, che portino al superamento dell’attuale fase di una gestione finanziaria ancora, nel complesso, poco sviluppata e, comunque, incentrata sulla ricerca di soluzioni e di risultati di brevissimo periodo, che mal si coniugano con una visione della finanza per la crescita sostenibile.

Vale la pena sottolineare, al riguardo, che la ricerca di valore per gli *stakeholder* deve ispirarsi a un orizzonte che non si esaurisce nel breve termine ma che, invece, si basa su principi di sostenibilità, per favorire percorsi di sviluppo sostenibile (Dallocchio *et al.*, 2011).

3. Obiettivi e metodologia della ricerca

Il lavoro si propone l’obiettivo di raccogliere e analizzare informazioni volte a esplorare l’esistenza e lo sviluppo della funzione finanza nelle Aou. La scelta di analizzare gli stati di natura delle Aou deriva dal fatto che tali aziende, per ragioni collegate a *raison d’être* e *mission*, dovrebbero mostrare la massima sensibilità all’adozione e all’implementazione di strumenti di *corporate finance*, utili per il miglioramento delle performance.

La ricerca può essere classificata come «descrittivo-esplorativa», in quanto parte dall’analisi e dalla descrizione del fenomeno per suggerire ipotesi di ordine generale (Fattore, 2005).

L’indagine viene realizzata attraverso: a) l’approfondimento della documentazione pubblica disponibile riguardante le Aou (atti aziendali; siti *web* ecc.); b) l’utilizzo di un questionario somministrato ai dirigenti.

Lo strumento d’indagine è stato articolato in modo tale da consentire una rilevazione basata su quattro livelli di analisi:

1) caratteristiche socio-anagrafiche del soggetto intervistato (genere, età, titolo di studio, posizione organizzativa) e caratteristiche strutturali/dimensionali dell’azienda (numero di posti letto, personale dipendente);

2) esistenza e organizzazione della funzione finanza e individuazione delle attività svolte riconducibili alla gestione finanziaria (8 *item* a risposta chiusa e 3 a risposta aperta);

3) fonti di finanziamento e strumenti finanziari utilizzati (11 *item* a risposta chiusa e 6 a risposta aperta);

4) caratteristiche dei servizi di tesoreria (6 *item* a risposta chiusa) e percezione generale circa l’adeguatezza dei servizi stessi (1 *item* con scala a 3 risposte chiuse: adeguati, parzialmente adeguati, inadeguati) e dei rapporti con le banche (1 *item* con scala a 4 risposte chiuse: ottimi, buoni, sufficienti, insufficienti).

I quesiti sono stati formulati con un linguaggio adatto alle caratteristiche dei soggetti intervistati. Per questa ragione sono state evitate domande lunghe, a vantaggio di espressioni chiare e dirette (Corbetta, 1999).

Inoltre, gli *item* sono stati raggruppati in 4 sezioni corrispondenti alle suddette aree di analisi in modo da mantenere alto il livello di concentrazione del rispondente su gruppi omogenei di argomenti.

Le informazioni reperite attraverso i questionari sono state successivamente integrate con interviste telefoniche di approfondimento, della durata di circa 30 minuti. Le domande poste durante il colloquio sono state finalizzate a: ottenere maggiori chiarimenti circa lo svolgimento (o meno) di alcune attività di gestione finanziaria, indagare le ragioni alla base della scelta delle fonti di finanziamento, approfondire le caratteristiche degli strumenti utilizzati per la copertura del fabbisogno finanziario.

Ciò ha permesso di arricchire l’analisi con testimonianze dei *professional* riguardanti le problematiche e le criticità incontrate nello svolgimento delle attività professionali.

3.1. Composizione e caratteristiche della popolazione

La popolazione di riferimento è data dalle Aziende ospedaliero-universitarie (art. 2, comma 1, D.L.vo 517/99), riconosciute come «ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione» (art. 4 D.L.vo 502/92). I dati sono aggiornati al primo bimestre 2012.⁸ Il questionario è stato inviato nel mese di marzo 2012 alle direzioni generali che, dopo aver deciso di partecipare alla ricerca, hanno coinvolto i responsabili della funzione finanza o di aree aziendali affini.

La **tabella 1** offre una mappatura delle Aou (31) presenti in Italia. Nei riquadri in grigio sono riportate le 14 Aou che hanno aderito all'indagine.⁹

La rappresentatività del gruppo di aziende partecipanti rispetto all'universo delle Aou è evidenziato nella **tabella 2** (tasso di risposta pari a circa il 45%). La scomposizione per area geografica sottolinea una differenza tra i livelli di partecipazione alla ricerca delle Aou ubicate nel Nord (80%) rispetto a quelli delle strutture ubicate nelle rimanenti aree.

L'analisi dei dati relativi agli intervistati indica che gran parte dei dirigenti è di genere maschile (78,6%), l'età media è pari a 48 anni e il livello di istruzione è medio-alto (la laurea conseguita è, in molti casi, in discipline giuridiche-economiche). In merito alle caratteristiche dimensionali delle Aou partecipanti (**tabella 3**), si rappresenta che:

- la dotazione media dei posti letto (ordinari e *Day Hospital*) è di 773, mentre il personale complessivo impiegato nelle aziende è in media pari a 2664 unità;¹⁰

- le Aou sono organizzate secondo il modello dipartimentale (Dipartimento ad attività integrata - DAI) previsto dalla normativa (art. 3, D.lgs. 517/99), a eccezione di: 1) Aou Mater Domini; 2) Aou OO.RR. San Giovanni di Dio Ruggi D'Aragona; 3) Aou di Cagliari.¹¹

Scomponendo il gruppo delle Aou partecipanti per aree territoriali e analizzando le caratteristiche dimensionali delle aziende classificate per ripartizione geografica (tabella 3) si evince che le aziende situate nel Nord Italia presentano dimensioni maggiori

(in media) rispetto a quelle ubicate nel Centro e nel Sud.

4. I risultati dell'analisi empirica

4.1. Lo sviluppo della funzione finanza

Dall'analisi emerge che in oltre un quarto del campione (28,6%) esiste una funzione costituita in unità autonoma dedicata alla gestione finanziaria.¹² In una Aou la funzione finanza è una sotto unità organizzativa afferente all'area bilancio (Uos Gestione Finanziaria),¹³ mentre nelle restanti aziende (64,3%) le attività di gestione finanziaria vengono svolte all'interno di altre funzioni aziendali.¹⁴ Le Aou dotate di funzione finanza sono tutte ubicate nel Nord Italia (Piemonte ed Emilia Romagna) e presentano dimensioni strutturali rilevanti. Inoltre, la dotazione organica della funzione, ove costituita, è superiore a 6 unità (**tabella 4**).

La **tabella 5** illustra le attività di gestione finanziaria svolte. Tutte le Aou indagate dichiarano di realizzare attività di gestione della liquidità. Numerose aziende (78,6%) effettuano anche attività di programmazione finanziaria a breve termine legate alla gestione corrente, redigono un *budget* di cassa e rivolgono una particolare attenzione all'indebitamento a breve termine per far fronte alle esigenze di cassa.

L'analisi dei dati mette in luce che solo il 35% delle Aou fa ricorso alla pianificazione pluriennale e attua politiche di gestione attiva del debito (per esempio, rinegoiazione dei mutui in termini di tassi e scadenze). Anche in questo caso, è dato rilevare che tali aziende sono ubicate, quasi *in toto*, nelle regioni settentrionali.

Non è possibile, invece, ricondurre a un'unica area geografica le Aou che non svolgono alcuna attività di programmazione e pianificazione: queste risultano distribuite indistintamente tra Nord e Sud Italia, presentano dimensioni strutturali diverse e appartengono a differenti contesti socioeconomici.

In aggiunta, vale la pena evidenziare che, allo stato attuale, nessuno dei dirigenti intervistati include tra le attività di gestione finanziaria quelle attinenti alla valutazione e gestione di strumenti innovativi per il finanziamento degli investimenti. Con riguardo a

Tabella 1

Distribuzione territoriale delle Aou

Regione (1)	Aou per Regione	Denominazione Aou
Piemonte	3	Azienda ospedaliero universitaria San Giovanni Battista - Torino Azienda ospedaliero universitaria San Luigi Gonzaga - Orbassano (To) Azienda ospedaliero universitaria Maggiore della Carità - Novara
Veneto	1	Azienda ospedaliera universitaria integrata - Verona
Friuli-Venezia Giulia	2	Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti - Trieste Azienda ospedaliero universitaria Santa Maria della Misericordia - Udine
Emilia-Romagna	4	Azienda ospedaliero universitaria - Parma Azienda ospedaliero universitaria Policlinico - Modena Azienda ospedaliero universitaria Arcispedale Sant'Anna - Ferrara Azienda ospedaliero universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna
Toscana	4	Azienda ospedaliero universitaria pisana - Pisa Azienda ospedaliera universitaria senese Policlinico Santa Maria alle Scotte - Siena Azienda ospedaliero universitaria Careggi - Firenze Azienda ospedaliero universitaria Anna Meyer - Firenze
Marche	1	Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi - Ancona
Lazio	5	Fondazione privata Policlinico di Tor Vergata - Roma Policlinico Umberto I - Roma Azienda ospedaliero universitaria Sant'Andrea - Roma Policlinico universitario Agostino Gemelli - Roma Policlinico universitario Campus Bio-Medico - Roma
Campania	3	Azienda ospedaliera universitaria OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno Azienda ospedaliera universitaria Seconda Università degli Studi di Napoli - SUN - Napoli Azienda ospedaliera universitaria Federico II - Napoli
Puglia	2	Azienda ospedaliero universitaria Consorziale Policlinico Giovanni XXIII - Bari Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti - Foggia
Calabria	1	Azienda ospedaliera universitaria Mater Domini - Catanzaro
Sicilia	3	Azienda ospedaliera universitaria Policlinico G. Martino - Messina Azienda ospedaliera universitaria Policlinico Paolo Giaccone - Palermo Azienda ospedaliero universitaria Policlinico V. Emanuele - Catania
Sardegna	2	Azienda ospedaliero universitaria - Sassari Azienda ospedaliero universitaria - Cagliari
Totale	31	

(1) In Abruzzo, Basilicata, Molise, Trentino Alto-Adige e Valle d'Aosta non sono presenti Aou. In Lombardia e Umbria le aziende hanno mantenuto lo *status* di Aziende ospedaliere e hanno costituito dei poli universitari. In Liguria l'Aou San Martino di Genova è stata trasformata in Irccs. In Veneto è stata costituita una sola Aou, sebbene il protocollo d'intesa Regione-Università (approvato con DCR n. 140 del 14 dicembre 2006, BURV n. 6 del 16/01/2007) preveda anche la trasformazione in Aou dell'Azienda ospedaliera di Padova.

questo punto, si precisa che le interviste di approfondimento hanno messo in luce che le competenze in merito alle decisioni in tema di investimenti rilevanti (e alla loro gestione) è di pertinenza della direzione aziendale e delle regioni. Ciò dimostra che la generalità di questi enti non riconosce, al momento, il potenziale della attività riconducibili alla finanza strategica.

La lettura dei dati presenti in tabella 5 consente di rilevare, inoltre, che quasi tutte le aziende che svolgono il maggior numero di attività di gestione finanziaria – tra cui quella di programmazione pluriennale – si trovano in regioni non sottoposte a piani di rientro. Solo una Aou (n. 2) sembra sfuggire a tale regola: tuttavia, le interviste di approfondimento hanno portato a evidenza che sebbene l'azienda dichiara di effettuare attività di pianificazione pluriennale, comunque non si avvale di un piano finanziario per la programmazione del fabbisogno di risorse.

Tali risultanze appaiono rilevanti, in quanto rappresentano una prima (indiretta) evidenza di come l'uso integrato di strumenti di *corporate finance* nelle Aou – collegati soprattutto alla programmazione e gestione delle risorse finanziarie – sembra concorrere alle condizioni di equilibrio (finanziario) del Sistema sanitario regionale.

Riguardo agli strumenti utilizzati a supporto dell'attività di pianificazione finanziaria (piano finanziario, *budget* finanziario e *budget* di cassa), l'analisi dei dati segnala che le Aou che effettuano una programmazione di breve termine (78,6%) utilizzano lo strumento del *budget* di cassa con cadenza mensile:¹⁵ fra queste il 42,8% redige annualmente, anche, un *budget* finanziario. Una sola azienda, l'Aou di Modena (dotata della funzione finanza) impiega, ai fini dell'attività di pianificazione di lungo periodo un piano finanziario, aggiornato con cadenza triennale. In quattro Aou, invece, i dirigen-

Tabella 2

Tasso di risposta per area geografica

Area geografica	Partecipanti	Universo	Tasso di risposta
Nord	8	10	80,00%
Centro	1	10	10,00%
Sud e Isole	5	11	45,45%
Italia	14	31	45,16%

Tabella 3

Le dimensioni delle Aou per area geografica (1)

Area geografica	Partecipanti	Posti-letto (media)	Dipendenti (media)
Nord	8	900	3242
Centro (2)	1	388	1803
Sud e isole	5	647	1910
Italia	14	773	2664

(1) Dati aggiornati al 31/12/2011.

(2) Il dato è limitato all'unica Aou partecipante per l'area centro: il Policlinico Universitario di Tor Vergata.

ti dichiarano di redigere il piano finanziario con frequenza annuale.

Dalle interviste di approfondimento, emerge che 1 *professional* su 5 riconduce l'attività di programmazione alla stesura del bilancio di previsione o alla compilazione di schemi finanziari utilizzati per rispondere al fabbisogno informativo delle regioni. Inoltre, i risultati dell'analisi segnalano che l'influenza esercitata da tali enti (sia in termini di controllo che di indirizzo) spesso rallenta la piena attuazione della «autonomia imprenditoriale» auspicata dal legislatore (art. 3, D.L.vo 229/99).

Balza a evidenza, pertanto, una diffusa persistenza di una relazionalità non ottimale tra Aou e Regione, improntata a logiche di emergenza piuttosto che orientata all'analisi

Funzione finanza	Numero di Aou	%	Dotazione organica
Esiste come unità organizzativa autonoma	4	28,6	> 6 unità
È intesa come sotto unità organizzativa	1	7,1	3-6 unità
Non è prevista in organigramma e le attività fanno capo ad un'altra funzione aziendale	9	64,3	-

Tabella 4

Esistenza e autonomia della funzione finanza nelle Aou

Tabella 5

Le attività di gestione finanziaria svolte nelle Aou

Aou	Area geografica	Piano di rientro (sì/no)	Posti letto (1)	N. dipendenti (1)	Funzione finanza (sì/no)	Attività di gestione finanziaria					
						Individuazione e monitoraggio del fabbisogno finanziario	Programmazione finanziaria a breve termine	Programmazione finanziaria pluriennale	Gestione liquidità	Ristrutturazione del debito	Finanziamento innovativo investimenti (PF/PPP, leasing)
1	Nord	sì	1261	5937	sì	X	X		X		
2	Nord	sì	385	1342	sì	X	X	X	X	X	
3	Nord	no	744	2594	sì	X	X	X	X	X	
4	Nord	no	860	2613	sì	X	X	X	X	X	
5	Centro	sì	388	1803	no	X			X		
6	Nord	sì	765	2519	no				X		
7	Nord	no	866	3013	no	X	X		X		
8	Nord	no	1099	3884	no	X	X		X		
9	Nord	no	1218	4041	no	X	X	X	X	X	
10	Sud e Isole	sì	459	1837	no	X	X		X	X	
11	Sud e Isole	sì	1020	2115	no				X		
12	Sud e Isole	sì	162	640	no				X		
13	Sud e Isole	sì	960	3177	no	X	X		X		
14	Sud e Isole	no	634	1780	no	X	X	X	X		

(1) I dati relativi ai posti letto ed al numero di dipendenti sono aggiornati al 31/12/2011.

dei bisogni, alla programmazione e alla gestione finanziaria, alla valutazione dei risultati e delle performance.

Il finanziamento degli investimenti e l'uso di strumenti finanziari innovativi

Agli intervistati sono state rivolte domande riguardanti forme, fonti e strumenti di finanziamento utilizzati.¹⁶

Tutte le aziende ospedaliero-universitarie indagate utilizzano risorse messe a disposizione dalle regioni o provenienti dal programma ministeriale *ex art. 20 L. 67/88*.¹⁷ Oltre a ciò, le Aou finanziano i propri investimenti anche attraverso: sponsorizzazioni, donazioni e contributi da fondazioni bancarie (78,6%), mutui (50%), *leasing* (21,4%), *project finance* (PF) (14,3%).

Il 78% dei rispondenti ritiene la sponsorizzazione lo strumento più agevole da adoperare in relazione alle esigenze finanziarie delle Aou, sebbene gli importi realizzati non risultino rilevanti; a seguire troviamo il mutuo.

Dalle interviste di approfondimento emerge come ciò sia riconducibile, da un lato, alle difficoltà procedurali, ai tempi di realizzazione e ai costi legati all'attuazione di strumenti alternativi di finanziamento e, dall'altro, alle politiche di indirizzo regionale che, solo talvolta, favoriscono l'impiego di forme innovative di finanziamento grazie, anche, alla presenza di un più evoluto sistema economico-finanziario di riferimento.

Relativamente al ricorso all'indebitamento tradizionale, circa il 43% delle aziende intervistate ha sottoscritto uno o più contratti di mutuo con istituti bancari.

Nei casi analizzati i contratti di mutuo sono stati prevalentemente utilizzati dalle Aou per finanziare opere di edilizia sanitaria (**tabella 6**). Una sola azienda (Aou Mater Domini) ha contratto un mutuo (ormai estinto) con la Cassa depositi e prestiti (CDP).

In merito alla durata e agli importi dei contratti, emergono interessanti differenze: tre Aou¹⁸ hanno stipulato contratti con una durata inferiore o pari a 10 anni e con importi che vanno da un minimo di due a un massimo di 10 milioni di euro; al contrario le tre Aou ubicate in Emilia Romagna hanno sottoscritto più di un contratto di mutuo (a tasso variabile) con importi medi compresi tra i 10 e i 23 milioni di euro e una durata pari a 20 anni.¹⁹

I rapporti con le banche risentono, immancabilmente, delle tensioni derivanti dalla crisi finanziaria ed economica degli ultimi anni, che contribuisce ad aumentare la «distanza» relazionale fra gli istituti di credito e le Aou, rientranti in una fascia di clientela ritenuta poco interessante, anche a causa dei notevoli ritardi che caratterizzano i pagamenti da parte della P.A.

Per quanto riguarda gli strumenti finanziari «innovativi», circa il 20% delle Aou ha utilizzato il *leasing* (finanziario o operativo) per finanziare beni a bassa complessità tecnologica e a elevata obsolescenza.²⁰ L'impiego del *leasing* appare, pertanto, poco

Aou	Istituto	N. mutui	Durata media (anni)	Importo medio (€)	Stato
Aou - San Giovanni Battista - Torino	Banca	1	-	180.000	estinto
Aou - San Luigi Gonzaga - Orbassano (To)	Banca	1	5	1.800.000	in essere
Aou - Policlinico Modena	Banca	4	20	10.000.000	in essere
Aou - Arcispedale Sant'Anna - Ferrara	Banca	4	20	22.250.000	in essere
Aou - Parma	Banca	3	20	22.300.000	in essere
Aou - OO.RR. S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Salerno	Banca	1	10	10.000.000	in essere
Aou - Mater Domini - Catanzaro	Cassa depositi e prestiti	1	10	2.000.000	estinto

Dati aggiornati al 31/03/2012.

Tabella 6

I contratti di mutuo sottoscritti dalle Aou

diffuso nonostante l'esistenza di studi volti a evidenziare le potenzialità di questo strumento (Amatucci *et al.*, 2010; Lecci, Marsilio, 2005). In taluni casi, ancora una volta, l'uso di innovativi strumenti finanziari trova un limite nei dettami regolamentari regionali (esemplare è il caso della Regione Friuli Venezia Giulia che non consente, allo stato, la realizzazione di operazioni di *leasing*).

Con riferimento alle operazioni di *project finance*, solo due aziende dichiarano di avervi fatto ricorso al fine di realizzare nuove strutture. Si tratta di due progetti aggiudicati, in fase di gestione della concessione (Aou di Trieste) o in fase di collaudo (Aou di Ferrara). In particolare, per quanto concerne l'Aou Ospedali Riuniti di Trieste l'oggetto dell'operazione ha riguardato la costruzione di un parcheggio pubblico a servizio dell'Ospedale Maggiore del valore di 7,5 milioni di euro che non ha previsto la definizione di un contributo pubblico a supporto del progetto. L'Aou Arcispedale Sant'Anna di Ferrara, invece, ha realizzato una nuova struttura ospedaliera per un valore dell'investimento di circa 154 milioni

di euro. Il progetto ha previsto un contributo pubblico in conto capitale di 96,9 milioni di euro, pari al 63% dell'importo dell'investimento, valore che si attesta sopra la media nazionale (pari al 56% per la classe di interventi con investimento superiore a 50 milioni di euro) registrata per il comparto sanitario da Finlombarda (2012).

L'indagine porta a evidenza che i rispondenti ritengono le operazioni di PF piuttosto complesse. Le principali criticità segnalate sono: la difficoltà nella determinazione e allocazione dei rischi al privato, la valutazione e l'aggiornamento dei contenuti del piano economico-finanziario.

In merito all'applicazione e alla diffusione della finanza di progetto, la disamina dei rapporti Finlombarda (2011 e 2012) ha evidenziato che sei aziende (fra le quali si annoverano anche quattro Aou che hanno partecipato alla ricerca) hanno avviato (o realizzato) sei progetti per un valore totale degli investimenti che supera i 411 milioni di euro (tabella 7). Queste aziende sono localizzate prevalentemente nelle regioni settentrionali

Tabella 7

Quadro di sintesi degli interventi di project finance nelle Aou

Fonte: elaborazione su dati Finlombarda (2012), aggiornati al 15/05/2011

Aou	Opera	Tipo procedura	Stato	Valore investimento (€)
Aou Ospedali Riuniti - Trieste	Parcheggio pubblico a servizio dell'Ospedale Maggiore	art. 153 procedura con promotore	aggiudicazione	7.544.600
Aou Santa Maria della Misericordia - Udine	Costruzione e gestione di una centrale tecnologica, di un impianto di cogenerazione, di cucinoli tecnologici e del centro di servizi e laboratori destinati all'Azienda ospedaliera	art. 143 procedura senza promotore	aggiudicazione	107.705.700
Aou Arcispedale Sant'Anna - Ferrara	Nuovo ospedale in località Cona	art. 143 procedura senza promotore	aggiudicazione	154.116.506
Aou Careggi - Firenze	Interventi di sostegno e supporto ai processi di riorganizzazione edilizia ed impiantistica	art. 153 procedura con promotore	aggiudicazione	20.888.090
Aou Policlinico V. Emanuele - Catania	Realizzazione e gestione di locali destinati alla ristorazione e corpi complementari per il Presidio ospedaliero Gaspare Rodolico	art. 143 procedura senza promotore	aggiudicazione	1.942.065
Aou integrata - Verona	Costruzione e gestione relativa alla progettazione e realizzazione dei lavori di ampliamento e di ristrutturazione dell'Ospedale Policlinico di Borgo Roma e l'Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento	art. 153, c. 1-14 procedura con promotore a gara unica	in gara	119.285.000
Totale valore investimenti				411.481.961

e presentano dimensioni strutturali rilevanti, superando la dotazione media (in termini di posti letto e numero di dipendenti) individuata per il gruppo di aziende indagate.

Riguardo al tipo di procedura adottata, si rileva che per gli interventi che hanno previsto un investimento superiore ai 100 milioni di euro, le Aou hanno utilizzato le procedure senza promotore (*ex art. 143*) o quelle del promotore a gara unica (*ex art. 153, c. 1-14*). Tale scelta è imputabile ai tempi brevi di realizzazione dei due procedimenti che non prevedono lo svolgimento della «doppia gara».

La disamina delle informazioni, ottenute attraverso i questionari e di quelle rappresentate da Finlombarda (2011 e 2012), consente di individuare una tendenza al maggiore impiego di operazioni di *project finance* da parte delle Aou ubicate nel Nord Italia. Le aziende sono situate in regioni che vantavano già esperienze pregresse nell'ambito di contratti di PF; in questi casi, probabilmente, l'*expertise* e il *know-how* maturato hanno costituito un vantaggio non indifferente per l'avvio dei nuovi progetti.

Rispetto alla rilevazione effettuata nell'anno precedente, tuttavia, si registra un *trend* crescente delle iniziative interrotte: nel corso del 2011, tre Aou hanno abbandonato tre progetti per un valore complessivo pari a 207,7 milioni di euro (tabella 8).

Sarebbe opportuno approfondire le ragioni e le conseguenze dell'abbandono, avvenuto nella maggioranza dei casi – secondo quanto rilevato da Finlombarda – in fase di programmazione a seguito di nuove valutazioni interne e/o cambio dei vertici azien-

dali. Appare, comunque, evidente che l'abbandono rappresenta un segnale di una non ottimale valutazione e gestione del rischio collegato alle operazioni complesse trattate e sottolinea la necessità, per interventi di siffatta natura, di strumenti e conoscenze avanzate di *corporate finance*. Ciò è avvalorato, anche, dai risultati relativi alla pianificazione finanziaria (tabella 5) e da quelli attinenti alla realizzazione degli interventi di finanza innovativa (tabella 7) che evidenziano come circa la metà delle Aou coinvolte in operazioni di *project finance* (Aou di Trieste, Udine e Catania) non utilizza strumenti di programmazione di lungo periodo.

Dalle interviste di approfondimento emerge come le regioni svolgano un ruolo determinante anche nell'uso di strumenti finanziari innovativi per gli investimenti infrastrutturali e di innovazione tecnologica.

Numerose regioni indirizzano le Aou verso canali di finanziamento tradizionale (come il mutuo), che sembrano presentare rischi e costi contenuti in termini, soprattutto, di limitate competenze specialistiche necessarie per la gestione delle operazioni.

La gestione della tesoreria e i rapporti con il tesoriere

Relativamente allo stato dei rapporti tra le Aou e le banche in relazione ai servizi di tesoreria, oltre il 75% delle aziende ha individuato l'istituto tesoriere attraverso una procedura di gara a evidenza pubblica.

Fanno eccezione l'Aou SUN di Napoli e le due Aou ubicate in Friuli Venezia Giulia.

Aou	Opera	Stato	Valore investimento (€)
Aou Ospedali Riuniti - Trieste	Riordino del Comprensorio di Cattinara e nuova sede Irccs Burlo Garofalo	Abbandonato in fase di programmazione a seguito di nuove valutazioni interne e/o cambio dei vertici aziendali	133.800.000
Aou Careggi - Firenze	Concessione servizi ristorazione-commerciali	Abbandonato in fase di programmazione. L'opera è stata eliminata dal piano triennale di opere pubbliche	10.000.000
Aou Pisana	Nuovo Ospedale di Cisanello - Concessione di costruzione e gestione di opere non sanitarie	Abbandonato in fase di programmazione a seguito di valutazioni interne e/o cambio dei vertici aziendali	63.921.000
Totale valore investimenti			207.721.000

Tabella 8

Le iniziative di *Project Finance* interrotte dalle Aou
 Fonte: elaborazione su dati Finlombarda (2012) riferiti al periodo 15/05/2010 - 15/05/2011

La prima ha preferito usufruire dei servizi offerti dall'istituto tesoriere dell'Ateneo di riferimento aderendo al contratto stipulato tra l'Università e l'istituto cassiere. Per le altre due strutture, invece, il tesoriere è stato individuato centralmente (a livello regionale) attraverso una gara a evidenza pubblica gestita dall'Aou di Udine.

Le Aou hanno instaurato rapporti prevalentemente con una sola banca (tesoriere)²¹ di rilievo nazionale (65%) o locale (35%). I dirigenti hanno valutato come ottimi (28,6%), buoni (64,3%) o sufficienti (7,1%) i rapporti con l'istituto tesoriere.

Con riferimento alla gestione della tesoreria, è d'uopo precisare che l'art. 35 commi 8-13, del Decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1 ha sospeso (fino al 31 dicembre 2014) il regime di tesoreria unica mista,²² ripristinando le disposizioni di cui all'art. 1 della Legge del 29 ottobre 1984, n. 720 concernenti il sistema di tesoreria unica tradizionale. Il decreto liberalizzazioni ha previsto l'obbligo di deposito per tutti gli enti pubblici delle proprie disponibilità sulle contabilità speciali aperte presso le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato. Secondo quanto disposto dal comma 9 dell'art. 35, inoltre, gli enti erano tenuti a smobilizzare entro il 30 giugno 2012 anche gli eventuali investimenti finanziari detenuti (a eccezione di quelli in titoli di Stato italiani).

Le nuove indicazioni normative hanno ripristinato il regime di tesoreria unica tradizionale anche per le Aziende sanitarie per le quali il tesoriere può curare solo i mandati di pagamento e riscossione. Dalle interviste di approfondimento emerge un dato significativo: alcune Aou (Trieste e Udine), in cui non è presente la funzione finanza come unità autonoma, lamentano il mancato realizzo di entrate relative agli interessi attivi derivanti dai depositi presso le banche, segnalando casi concreti di limitazione all'autonomia imprenditoriale e allo svolgimento della gestione finanziaria.

5. Conclusioni

Questo lavoro si propone di contribuire al dibattito sul ruolo e sull'evoluzione della funzione finanza nelle Aziende sanitarie. In particolare, la ricerca rappresenta la prima indagine condotta in Italia finalizzata a ve-

rificare il livello di sviluppo della gestione finanziaria nelle Aziende ospedaliero-universitarie, riguardo alle quali la letteratura ha evidenziato un particolare ritardo nel processo di aziendalizzazione.

Le conclusioni dell'analisi empirica confermano alcuni fondamentali risultati a cui sono pervenuti precedenti studi focalizzati sulle Aziende sanitarie pubbliche (Amatucci, Marsilio, 2005; Amatucci *et al.*, 2008).

Le Aziende ospedaliero-universitarie, nella quasi totalità dei casi, si trovano in una fase iniziale di applicazione della funzione finanza: operazioni e strumenti utilizzati sono basilari e l'attività della funzione finanziaria si contraddistingue per il prevalere del carattere esecutivo dei compiti. L'impiego di strumenti innovativi per la copertura dei fabbisogni finanziari (*project finance, leasing*) è ancora poco diffuso e sono privilegiati canali di finanziamento di tipo tradizionale.

È possibile individuare, comunque, alcuni elementi significativi che caratterizzano, a parere di chi scrive, il caso specifico delle Aou:

- la presenza della funzione finanza (intesa come unità autonoma) contraddistingue le Aou di dimensioni rilevanti e ubicate nel Nord Italia (Emilia Romagna e Piemonte);
- il ricorso alle operazioni di finanza innovativa è particolarmente frequente nelle Aou del Nord Italia;
- in alcuni casi si registra una limitata presenza di *professional* con competenze strettamente finanziarie.

L'analisi realizzata consente di rimarcare, inoltre, almeno due criticità che le aziende, i dirigenti e i *policy maker* dovrebbero attentamente considerare.

In prima battuta, si rileva che la presenza (o meno) di attività di programmazione finanziaria pluriennale sembra essere un elemento discriminante fra i profili e il dinamismo delle diverse Aou considerate. In particolare, può cogliersi un collegamento fra l'uso integrato di strumenti di *corporate finance* e le condizioni di equilibrio (finanziario) del Sistema sanitario regionale.

È d'uopo precisare che i risultati dell'indagine vanno inquadrati anche alla luce degli effetti, diretti e mediati, della sottoscrizione dei piani di rientro da *deficit* sanitario.

Tale strumento di pianificazione straordinaria, finalizzato al recupero dell'equilibrio finanziario del Sistema sanitario regionale, definisce gli obiettivi strategici e operativi che le organizzazioni sanitarie devono realizzare su un arco temporale triennale e impone limiti circa la possibilità di effettuare investimenti e contrarre nuovi debiti, lasciando un ristretto margine di azione alle Aziende sanitarie. Nella fattispecie, più del 50% delle Aou indagate si trova in regioni che hanno sottoscritto piani di rientro dal disavanzo sanitario e tutte, a eccezione di una,²³ non svolgono attività di pianificazione finanziaria pluriennale.

In secondo luogo, l'analisi permette di rilevare la persistenza di sostanziali condizionamenti, provenienti dalle regioni, che si riflettono sulle decisioni aziendali e, quindi, sull'autonomia finanziaria delle aziende ospedaliero-universitarie.

Le scelte regionali in materia di *governance* dei sistemi sanitari generano una differenziazione di comportamenti fra le Aou, che riguardano anche lo svolgimento delle attività di gestione finanziaria.

Dalle interviste di approfondimento emerge un chiaro interesse da parte dei *professionisti* verso i temi di natura finanziaria; tuttavia, i dati in questa sede rappresentati sottolineano una persistente attitudine dei dirigenti a svolgere attività di carattere finanziario soltanto al fine di adempiere a obblighi imposti dalla Regione nel rispetto delle collegate scadenze. In questo senso, debbono essere interpretati, anche, i casi di limitata attuazione dei processi di pianificazione finanziaria di medio-lungo periodo, indispensabili per garantire percorsi di crescita sostenibile delle aziende.

A ciò occorre, poi, aggiungere che l'autonomia decisionale delle Aou risente anche delle relazioni con le università (e le Scuole di medicina) che attraverso tali aziende perseguono parte dei propri fini istituzionali.

In conclusione, sembra di poter affermare che esiste un ampio spazio di azione e di miglioramento per la gestione finanziaria nelle Aou che allo stato attuale manifestano, salvo limitate eccezioni, comportamenti finanziari «adattivi» piuttosto che «proattivi».

I limitati casi di attuazione di processi di pianificazione finanziaria e di strumenti di finanza innovativa mostrano come in tali

organizzazioni non sia ancora percepito il valore strategico della funzione finanza che, occupandosi degli aspetti finanziari della gestione, dovrebbe assumere un ruolo centrale di collegamento tra il momento decisionale (pianificazione strategica) e quello produttivo (pianificazione operativa).

Una maggiore attenzione di manager e *policy maker* rivolta ad azioni concertate finalizzate all'implementazione della funzione finanza – supportate, anche, da operazioni di semplificazione del quadro normativo e procedurale per l'accesso delle Aou a varie fonti di finanziamento – potrebbe favorire l'applicazione di tecniche innovative, oltre che il miglioramento dei risultati aziendali, contribuendo a risolvere, attraverso un'accurata attività di pianificazione e controllo, i problemi tipici degli ospedali universitari (fra cui ritardi nei pagamenti delle forniture, maggiori costi nella produzione delle prestazioni sanitarie, ritardo nella riqualificazione tecnologica, ecc.).

Le Aou potrebbero trarre vantaggio, inoltre, dall'acquisizione di profili professionali con elevate competenze in materia di *corporate finance*, ai quali assegnare responsabilità relative a: gestione e pianificazione dei flussi finanziari, valutazione dell'opportunità e della fattibilità degli investimenti, individuazione dei canali di finanziamento più appropriati, predisposizione di modelli per la valutazione delle performance economico-finanziarie.

Le regioni potrebbero promuovere e sostenere l'implementazione della funzione finanza negli ospedali universitari attraverso la realizzazione di percorsi di formazione manageriale volti ad accrescere le competenze del *top* e del *middle management*.

Come evidenziato da una recente ricerca Fiaso (2010), l'esigenza di colmare il *gap* di competenze manageriali nelle diverse funzioni aziendali delle organizzazioni sanitarie si pone come *condicio sine qua non* per affrontare le continue sfide in termini di bilanciamento tra sostenibilità e qualità dei servizi offerti che minano il buon funzionamento del comparto sanitario.

L'implementazione della funzione finanza nelle Aou, tuttavia, non potrà prescindere da un intervento di sistema coordinato dalla Regione e dall'Università, che deve favorire l'introduzione di strumenti idonei a supporto

delle scelte di *capital budgeting* e l'applicazione di sistemi di valutazione delle performance adeguati al ruolo e alle caratteristiche degli ospedali universitari.

La riformulazione dello schema tipo di convenzione al quale dovranno attenersi le università e le regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie (art. 6, comma 13, L. 240/2010) può rappresentare un'occasione per migliorare la relazionalità tra i diversi enti.

Al riguardo, nei nuovi protocolli d'intesa potrebbe essere prevista l'istituzione di un organismo collegiale – quale un nucleo per la valutazione degli investimenti – composto da *professional* interni all'Aou (Direttore generale, Direttore amministrativo e *Chief Financial Officer*) e da esperti esterni (nominati dalla Regione e dall'Università) con competenze economico-finanziarie, giuridiche e ingegneristiche. Tale organo, con funzioni consultive, potrebbe supportare sia il processo di valutazione degli investimenti (*hi-tech* e di lungo termine) che caratterizzano le Aou, sia quello di valutazione e scelta delle fonti di finanziamento.

Naturalmente, l'attuazione di iniziative e politiche strettamente incentrate su profili economico-aziendali riverbererebbe effetti sia sulla performance aziendale – in termini di quantità (aumento della produttività) e qualità (miglioramento dei processi) delle prestazioni offerte ai pazienti – sia sullo sviluppo del sistema socioeconomico di riferimento, rafforzando anche l'attrattività territoriale delle Aou.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare i dirigenti delle Aziende ospedaliero-universitarie che hanno fornito dati ed informazioni utili per la realizzazione di questo lavoro.

Note

1. L'art. 2 del D.L.vo 517/99 individua nell'Azienda ospedaliero universitaria il modello aziendale per lo svolgimento congiunto e integrato delle attività di assistenza, didattica e ricerca. I commi 4 e 5 dell'art. 2 precisano, tuttavia, che qualora nell'Aou non siano presenti specifiche strutture per le attività di didattica, l'Università può concordare con la Regione l'utilizzo di altre strutture pubbliche o, anche, di strutture private accreditate. Per questa ragione, è possibile rinvenire, nel panorama italiano, una più ampia categoria di *teaching hospital*. In un recente

contributo, Carbone *et al.* (2010) analizzano l'intero panorama delle strutture ospedaliere italiane in cui l'attività assistenziale viene svolta congiuntamente a quelle di formazione medica e di ricerca scientifica e riconducono alla classe dei *teaching hospital*: Aziende ospedaliero universitarie (incluse le strutture che, come in Lombardia, mantengono lo status di Aziende ospedaliere), Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), presidi ospedalieri di Asl e ospedali privati.

2. Una recente ricerca della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere - Fiaso (2012) stima in 14,3 miliardi di euro (per il triennio 2012-2014) l'effetto combinato della riduzione di spesa sanitaria prevista dalle leggi seguenti: L. n. 111/2011 - *Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*; L. 183/2011 - *Legge di Stabilità 2012*; L. 135/2012 - *Spending Review*.
3. Pavarani (2002) definisce questa fase come fase della «finanza subordinata».
4. È questa la fase della finanza «integrata», in cui emerge la consapevolezza del rilievo dei mercati finanziari e dell'importanza delle scelte finanziarie per la sopravvivenza e lo sviluppo delle imprese (Pavarani, 2002).
5. È evidente come i Paesi anglosassoni, e in particolare gli Usa, abbiano svolto un ruolo pionieristico nelle evoluzioni tratteggiate.
6. A lavori focalizzati sull'uso, da parte delle strutture ospedaliere, di strumenti derivati, quali gli *interest rate swap*, al fine di gestire l'esposizione al rischio di fluttuazione dei tassi d'interesse dei contratti di indebitamento a lunga scadenza (Stewart, Trussel, 2006) si affiancano studi ed analisi empiriche che si concentrano sugli strumenti di finanza innovativa quali: *project finance* (Hellowell, Vecchi, 2012), *leasing* operativo, finanziario o immobiliare (Lecci, Marsilio, 2005; Amatucci *et al.*, 2010; Ung, Zeinfeld, 2011), cartolarizzazioni (Spradling, 2003; Vecchi, 2005), sponsorizzazioni, donazioni e fondi comuni immobiliari (Amatucci, 2004).
7. L'analisi empirica ha previsto la somministrazione di un questionario (via *web*) ad oltre 500 CFO presenti negli ospedali statunitensi. Ai CFO rispondenti (circa 100) è stato chiesto di esprimere pareri e riflessioni sulle attività svolte dalla funzione finanza e sulle strategie attivate.
8. Le informazioni reperite attraverso il sito del Ministero della Salute sono state integrate con quelle ricavate attraverso: ricerche sui siti istituzionali delle regioni e delle facoltà di Medicina e chirurgia, indagini telefoniche rivolte alle segreterie di direzione delle Aziende ospedaliere e richieste formali indirizzate ai dirigenti degli assessorati regionali alla sanità.
9. A seguito di un processo di riorganizzazione della rete ospedaliera torinese, l'Aou San Giovanni Battista, l'Ao Cto Maria Adelaide e l'Ao Oirm/Sant'Anna sono confluite nell'Azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino (DPGR n. 45 del 16/06/2012). La nuova azienda, costituita nel mese di luglio 2012, si configura come un'Azienda ospedaliera integrata con l'Università. La nostra indagine, tuttavia, focalizza l'attenzione sull'Aou San Giovanni Battista, in quanto alla data di rilevazione

- delle informazioni (marzo 2012) la nuova struttura ospedaliera non risultava ancora costituita.
10. L'azienda con il numero più basso sia di posti letto (162) che di dipendenti (640) è l'Aou calabrese Mater Domini, mentre in Piemonte si rinviene l'azienda (Aou San Giovanni Battista di Torino) che presenta i numeri più elevati (1261 posti-letto e oltre 5900 dipendenti).
 11. Le tre Aou, alla data di rilevazione delle informazioni (marzo 2012), non avevano adottato l'atto aziendale.
 12. Si tratta dell'Aou di Modena, dell'Aou di Ferrara, dell'Aou di Torino e dell'Aou di Orbassano.
 13. Si tratta del Policlinico di Tor Vergata.
 14. Nelle Aou che non hanno una funzione finanza organizzata in unità autonoma, le funzioni aziendali che svolgono alcune delle attività tipiche della gestione finanziaria sono: Servizio bilancio e finanza; Struttura complessa gestione economico finanziaria; Struttura complessa contabilità economico patrimoniale; Settore risorse economico e finanziarie; Ufficio ragioneria, Settore programmazione e controllo.
 15. Al riguardo, si precisa che la maggioranza delle aziende indagate redige il *budget* di cassa con cadenza mensile, ad eccezione dell'Aou di Orbassano e dell'Aou di Ferrara che lo aggiornano rispettivamente con frequenza trimestrale e settimanale.
 16. Per approfondimenti su questi temi si vedano: Amatucci (2004); Malanca (2004); Amatucci e Marsilio (2005); Lecci e Marsilio (2005); Amatucci *et al.* (2010); Vecchi (2005 e 2011).
 17. Il D.L.vo 56/2000, recante le disposizioni in materia di federalismo fiscale, ha abolito i trasferimenti in conto capitale dal fondo sanitario nazionale alle regioni. Pertanto, gli investimenti delle strutture sanitarie vengono, attualmente, sovvenzionati anche attraverso fondi speciali provenienti da programmi nazionali, quali il sopracitato Programma di investimenti in edilizia e tecnologie (art. 20 L. 67/88), il Programma nazionale per la realizzazione di strutture residenziali per le cure palliative (D.M. 28/09/1999 e il Programma grandi centri urbani (art. 71, comma 1, L. 448/98). Per maggiori approfondimenti si veda il sito: www.salute.gov.it/investimentiSanita/investimentiSanita.jsp.
 18. Il D.L.vo 502/92 art. 2, comma 2-*sexies*, lettera g) stabilisce che: «la Regione disciplina altresì: [...] la contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione».
 19. Relativamente ai casi emiliani, vale la pena precisare che la Regione Emilia Romagna attraverso l'art. 6 della L. reg. n. 29 del 2004 ha previsto, «previa motivata ed analitica valutazione dell'idoneità delle aziende stesse a sostenere gli oneri conseguiti», di autorizzare l'indebitamento delle Aziende sanitarie oltre i limiti consentiti dall'art. 2 del D.L.vo 502/92.
 20. Tre aziende hanno impiegato la tecnica del *leasing* (finanziario o operativo) per il finanziamento di beni mobili. La prima tipologia di *leasing* (finanziario) è stata adoperata per finanziare attrezzature mediche, arredi per sale operatorie, macchine da laboratorio, mobili ed attrezzature da ufficio; gli importi contrattuali partono da un valore minimo di 130 mila euro ed arrivano fino a 2 milioni di euro. La seconda tipologia, che non prevede l'acquisto della proprietà del bene al termine del contratto, è stata adottata per finanziare beni mobili (licenze e software, macchine da ufficio, attrezzature sanitarie) di importo decisamente inferiore, per un valore medio pari a circa 240 mila euro.
 21. Nel computo non sono stati inclusi i rapporti *una tantum* con altri istituti di credito.
 22. Il regime di tesoreria unica mista era stato introdotto dal legislatore con D.L.vo 279/1997. Tale decreto prevedeva che le entrate derivanti dalle assegnazioni o dai contributi statali venissero versate nelle contabilità speciali infruttifere presso le sezioni di tesoreria provinciale dello Stato (Banca d'Italia), mentre tutte le altre entrate proprie dell'ente potevano essere gestite in autonomia. Pertanto, gli enti che avevano disponibilità di risorse finanziarie derivanti da entrate proprie potevano ottenere maggiori rendimenti dalle somme depositate nei conti fruttiferi aperti presso il tesoriere o realizzando investimenti in strumenti finanziari.
 23. Al riguardo, vale la pena precisare che l'Aou interessata (n. 2 in tabella 5) presenta un'incoerenza tra l'attività di programmazione svolta e gli strumenti utilizzati. Nello specifico, sebbene l'azienda dichiara di effettuare attività di pianificazione finanziaria pluriennale, tuttavia, non si avvale di un piano finanziario per la programmazione del fabbisogno di risorse.

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

- AMATUCCI F. (2004), «La funzione finanza nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., MARSILIO M. (2005), «L'innovazione finanziaria per gli investimenti delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 14, pp. 29-44.
- AMATUCCI F., BORGONOV E., LECCI F., MARSILIO M., VECCHI V. (2008), «L'innovazione finanziaria per gli investimenti delle aziende sanitarie», in AA.VV. (a cura di), *Sanità e finanza: una cultura in crescita*, Fondazione FarmaFactoring, Franco Angeli, Milano.
- AMATUCCI F., FAVRETTO F., VECCHI V. (2010), «Il finanziamento degli investimenti sanitari: il partenariato-pubblico privato "su misura"», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- ANESSI PESSINA E. (2006), «Il modello di analisi, l'impostazione del rapporto e i principali risultati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- AYANIAN J.Z., WEISSMAN J.S. (2002), «Teaching Hospitals and Quality of Care: A Review of the Literature», *Milbank Quarterly*, 80(3), pp. 569-93.
- BORGONOV E. (2007), «Salute: un bisogno tante dimensioni», *Mecosan*, 16, pp. 3-8.
- BORGONOV E. (2009), «Linee evolutive nei trenta anni di SSN», *Mecosan*, 18, pp. 3-9.
- BORGONOV E. (2010), «Postfazione», in C. Carbone, F. Lega, A. Prenestini (a cura di), *Governance e organizzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E., MUSSARI R. (2011), «Pubblico e privato: armonizzare gli opposti», *Azienda pubblica*, 24(2), pp. 103-21.
- CARBONE C., JOMMI C., TORBICA A. (2006), «Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- CARBONE C., LEGA F., SALVATORE D., TOZZI V. (2007), «Ospedali e università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- CARBONE C., D'ESTE C., ELEFANTI M., LEGA F., TOZZI V. (2008), «Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'Università di Parma», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- CARBONE C., LEGA F., PRENESTINI A. (2010), «La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perchè non funziona, come potrebbe migliorare», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- CARBONE C., LEGA F., PRENESTINI A. (a cura di) (2010), *Governance e Organizzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie*, Egea, Milano.
- CATALFO P., CAVALIERI M., GUCCIO C. (2011), «Finanziamento dei teaching hospitals: tra risorse immateriali e sistema di misurazione della performance», *Mecosan*, 20, pp. 51-74.
- CLEVERLEY W.O., HARVEY R.K. (1992), «Competitive strategy for successful hospital management», *Hospital & Health Services Administration*, 37(1), pp. 53-69.
- CORBETTA P.G. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.
- DALLOCCIO M., TETI E. (a cura di) (2006), *Finanza per le arti, la cultura e la comunicazione*, Egea, Milano.
- DALLOCCIO M., TZIVELIS D., VINZIA M.A. (a cura di) (2011), *Finanza per la crescita sostenibile*, Egea, Milano.
- DE CASTRO LOBO M.S., OZCAN Y.A., DA SILVA A.C.M., ESTELLITA LINS M.P., FIZSMAN R. (2010), «Financing reform and productivity change in Brazilian teaching hospitals: Malmquist approach», *Central European Journal of Operations Research*, 18(2), pp. 141-52.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FAVOTTO F., BOZZOLAN S., PARBONETTI A. (a cura di) (2012), *Economia Aziendale. Modelli, misure, casi*, (3 ed.), McGraw-Hill, Milano.
- FIASO (2010), «Formazione Manageriale in Sanità - Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN», <http://www.fiaso.it/>.
- FIASO (2012), «Primi risultati economici dell'applicazione del DL sulla "Spending Review" nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale», <http://www.fiaso.it/>.
- FINLOMBARDA (2011), *Osservatorio Finlombarda sul project finance in Sanità IX Rapporto/IX Report*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- FINLOMBARDA(2012), *Osservatorio Finlombarda sul project finance in Sanità X Rapporto/X Report*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- FOSTER M.J. (1987), «On estimating the costs of the products of teaching hospitals: a review of the literature», *Financial Accountability and Management*, 3(2), pp. 175-92.
- GROSSKOPF S., MARGATITIS D., VALDMANIS V. (2001), «Comparing Teaching and Non-teaching Hospitals: A Frontier Approach (Teaching vs. Non-teaching Hospitals)», *Health Care Management Science*, 4(2), pp. 83-90.
- HELLOWELL M., VECCHI V. (2012), «An Evaluation of the Projected Returns to Investors on 10 PFI Projects Commissioned by the National Health Service», *Financial Accountability and Management*, 28(1), pp. 77-100.
- HOOD C.A. (1995), «The NPM in the 1980s: Variations on a Theme», *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), pp. 93-109.
- HUTTIN C., DE POUVOURVILLE G. (2001), «The impact of Teaching and Research on Hospital Costs: An Em-

- pirical Study in the French Context», *The European Journal of Health Economics*, 2(2), pp. 47-53.
- JACKSON A., LAPSLEY I. (2003), «The diffusion of accounting practices in the new “managerial” public sector», *International Journal of Public Sector Management*, 16(5), pp. 359-72.
- KELLEY E., HURST J. (2006), *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework*, OECD Health Working Papers n. 23, OECD.
- KNOWLES J.H. (1966), *The teaching Hospital: evolution and contemporary issues*, Harvard University Press, Cambridge.
- KUPERSMITH J. (2005), «Quality of care in teaching hospitals: a literature review», *Academic Medicine*, 80(5), pp. 458-66.
- LANGABEER J. (1998), «Competitive strategy in turbulent healthcare markets: an analysis of financially effective teaching hospitals», *Journal of Healthcare Management*, 43(6), pp. 512-25.
- LANGABEER II J.R., DELLI FRAINE J.L., HELTON J.R. (2010), «Mixing Finance and Medicine. The evolution of financial practices in healthcare», *Strategic Finance*, December, pp. 27-34.
- LAPSLEY I., WRIGHT E. (2004), «The diffusion of management accounting innovations in the public sector», *Management Accounting Research*, 15(3), pp. 355-74.
- LECCI F., MARSILIO M. (2005), «Il leasing nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.
- LEGA F., VERME G. (2003), «L'Ospedale polispecialistico tra presente e futuro. Assetto istituzionale, organizzativo e gestionale», *Mecosan*, 12, pp. 59-75.
- LINNA M., HAKKINEN U. (2006), «Reimbursing for the costs of teaching and research in Finnish hospitals: a stochastic frontier analysis», *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 6(1), pp. 83-97.
- MALANCA M. (2004), «Il finanziamento degli investimenti in Sanità. Il caso dell'Azienda Ospedaliera di Parma», *Mecosan*, 13, pp. 121-28.
- MOORE M.H. (1995), *Creating public value: strategic management in government*, Harvard University Press, Cambridge.
- NUTI S., SEGHERI C., VAINIERI M. (2013), «Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience», *Journal of Management and Governance*, 17(1), pp. 59-69.
- PAVARANI E. (2002), *Analisi finanziaria*, McGraw-Hill, Milano.
- PESCI P., ZANETTI M., FANTINI M.P., ROVERSI E., MERLIN M., SANTI M. (1999), «Costi, attività e finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia Romagna», *Mecosan*, 8, pp. 65-74.
- RICCIO A., PROSPERI R. (2007), *Funzione finanziaria e valutazione degli investimenti in sanità*, Quaderni dell'economista n. 7, Fare.
- SMITH T., WHITCHURCH C. (2002), «The Future of the Tripartite Mission: Re-examining the Relationship Linking Universities, Medical Schools and Health Systems in Higher Education Management and Policy», *Higher Education Management and Policy*, 14(2), pp. 39-52.
- SPRADLING M. (2003), «Structuring a sound securitization of healthcare receivables», *Healthcare Financial Management*, 57(2), pp. 58-64.
- STEWART L.J., TRUSSEL J. (2006), «The use of interest rate swaps by nonprofit organizations: evidence from nonprofit health care providers», *Journal of Health Care Finance*, 33(2), pp. 6-22.
- TRAPP R. (1994), «Future Role of The Finance Director», *Journal of Financial Regulation and Compliance*, 2(2), pp. 150-54.
- UNG B., ZEINFELD J. (2011), «How to optimize an equipment leasing program», *Healthcare Financial Management*, 65(4), pp. 92-6.
- VECCHI V. (2005), «L'applicazione della cartolarizzazione al settore sanitario: modalità di applicazione e valutazioni di convenienza», *Mecosan*, 14, pp. 145-162.
- VECCHI V. (2011), «Il PPP per gli investimenti sanitari: il punto di vista degli operatori privati», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- VECCHI V., CUSUMANO N. (2012), «Il Partenariato Pubblico Privato “light” e “limited profit” al crocevia tra sostenibilità, bancabilità e vincoli finanziari», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia Rapporto OASI 2012*, Egea, Milano.
- ZAPPA G. (1957), *Le produzioni nell'economia delle imprese*, Tomo I, Giuffrè, Milano.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CER GAS, 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, accertata la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima ai 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). È consigliata agli Autori una lettera di risposta al referaggio in cui si indichino le modifiche apportate e la ragione dei suggerimenti non accolti. 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, CER GAS - 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 e 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 tra le cinquemila e le settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti, con i rispettivi titoli, su file separato dal testo. 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, 2009). 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. (2009), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo*, 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), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.

Articoli in riviste

DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2003), «Italian public healthcare organizations: specialization, institutional de-integration, and public networks relationships», *International Journal of Health Services*, 41 (4), pp. 757-74.

Rapporti/Atti

OECD (2012), *Gender Publication - Closing the Gender Gap: Act Now*, 17 December, OECD, Paris.
WHO/EUROPE (2009), «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

Non pubblicati

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.

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 fenomeno delle dimissioni ospedaliere ritardate nella regione Emilia-Romagna

M. MONGARDI, J. LENZI, E. DI RUSCIO, P. RUCCI, M. VIZIOLI, C. RANDAZZO, E. TOSCHI, T. CARRADORI, M. P. FANTINI

The aims of this paper were to estimate the prevalence and incidence of delayed hospital discharges (DHDs) in the Local Health Authorities of Emilia-Romagna region, and to identify subgroups of DHD patients with different socio-demographical characteristics and clinical/care pathways. Low prevalence (8.4%) and incidence (12.3%) rates of DHD were found, with considerable variability among Local Health Authorities. By means of cluster analysis two groups of DHD patients were identified. The first group (26.3%) included younger patients who had major therapeutic procedures, and the second group (73.7%) included elderly patients with several comorbidities. The present study highlights the importance of monitoring DHDs and planning intervention strategies targeted to hospital and the primary care settings.

Keywords: delayed discharges, survey, cluster analysis

Parole chiave: dimissioni ritardate, survey, cluster analysis

Note sugli autori

Servizio presidi ospedalieri - Direzione generale sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna: Maria Mongardi, dottore magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche; Eugenio Di Ruscio, responsabile del Servizio presidi ospedalieri (RER); Maria Vizioli, data manager Servizio presidi ospedalieri (RER); Elena Toschi, dottore in Scienze statistiche; Tiziano Carradori, direttore generale, Direzione generale sanità e politiche sociali (RER). Dipartimento di Scienze biomediche e neuromotorie, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna: Jacopo Lenzi, dottore magistrale in Scienze statistiche; Paola Rucci, ricercatore in Statistica Medica; Concetta Randazzo, medico in Formazione specialistica Igiene e medicina preventiva; Maria Pia Fantini, professore associato in Igiene generale e applicata - mariapia.fantini@unibo.it Gruppo di lavoro regionale sullo studio dei *bed-blocker* (vedi nota fine articolo)

1. Introduzione

Studi condotti in vari paesi hanno evidenziato che una proporzione importante di giornate di degenza ospedaliera è dedicata al trattamento di pazienti che, seppur clinicamente dimissibili, permangono in ospedale in attesa di collocazione in strutture riabilitative, residenziali o di trasferimento a domicilio. È stato stimato che la percentuale di utilizzazione inappropriata dei posti letto per acuti varia dal 6% al 78%, a seconda dei *setting* studiati e delle definizioni adottate, con un valore medio del 29% (McDonagh, 2000). Il fenomeno della degenza prolungata, oltre ad avere delle implicazioni economiche legate a un uso non efficiente delle risorse disponibili, può comportare un aumento del rischio di incorrere in infezioni ospedaliere e in generale di complicanze iatrogene, soprattutto nei pazienti anziani.

In Italia, il Governo sta adottando iniziative volte alla riduzione delle risorse economiche da destinare al sistema sanitario. Tuttavia, per evitare che tale riduzione comporti un taglio lineare di beni e servizi, è necessario eliminare *in primis* le inefficienze gestionali. In considerazione del fatto che i ricoveri ospedalieri costituiscono una voce importante della spesa sanitaria (Longo, 2012), appare prioritario ottimizzare la gestione dei posti letto per acuti.

Le cause che comportano un ritardo della dimissione sono state ricondotte a caratteristiche individuali dei pazienti (fattori demografici, medici e/o di dipendenza, familiari) e a fattori di tipo organizzativo/amministrativo (Bryan, 2006). Tra i fattori individuali del paziente, in una *survey* condotta in due distretti ospedalieri di Londra in reparti per

SOMMARIO

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

acuti è emerso che la maggior parte dei pazienti che subivano una dimissione ritardata erano anziani, ricoverati nei reparti di geriatria (43%) e, a seguire, nei reparti di medicina (27%) e chirurgia (6%) (Victor, 1990). I pazienti anziani, con comorbidità e bisogni socio-assistenziali complessi, necessitano infatti di maggiori cure per ottenere un miglioramento a lungo termine, e sono quindi più soggetti a subire un ritardo della dimissione (Annicchiarico, 2012).

Tra i fattori organizzativi implicati nei ritardi delle dimissioni, risulta di fondamentale importanza la gestione del paziente durante l'intero percorso di cura, sia in ospedale sia nel trasferimento al territorio (Ou, 2009). La dimissione ospedaliera ha successo se viene effettuata come un processo di accompagnamento del paziente una volta terminata la fase acuta della malattia e se comporta l'integrazione di diverse figure professionali e differenti strutture, sia sanitarie che sociali (Baumann, 2007; Costa, 2012).

Questa diversità di fattori responsabili della permanenza in ospedale di pazienti clinicamente dimissibili è anche testimoniata dai diversi termini utilizzati per indicare il fenomeno, da *bed-blocking* a *delayed transfer of care* (Manzano-Santaella, 2010). Questa più recente terminologia, adottata agli inizi degli anni Duemila, sposta il *focus* dal paziente che «blocca» un posto letto alla struttura organizzativa, incapace di predisporre un adeguato percorso assistenziale e di programmare e gestire efficacemente le dimissioni del paziente.

In Italia, un recente *trial* clinico pragmatico condotto su dodici unità ospedaliere di Medicina generale, Geriatria e Lungodegenze dell'Azienda ospedaliera di Parma, scelte per avere durate di degenza particolarmente lunghe, ha evidenziato la possibilità di ridurre del 16% le giornate di ricovero non necessarie nelle unità sperimentali attraverso un intervento di *audit* e *feedback* indirizzato ai clinici, dimostrando l'importanza della responsabilizzazione del personale medico nei confronti dei tempi di dimissione (Caminiti, 2013). Parallelamente a questa esperienza, in Emilia-Romagna è stata condotta una rilevazione *ad hoc* sulle degenze prolungate in tutte le Aziende sanitarie regionali allo scopo di stimare l'entità del fenomeno su tutto il territorio e di caratterizzare meglio i fatto-

ri socio-demografici, clinici e organizzativi che concorrono a determinarlo. Nell'ambito di questo studio, il presente lavoro ha come scopo principale quello di fornire la prevalenza e l'incidenza delle dimissioni ritardate in un periodo indice e di individuare, all'interno dei pazienti clinicamente dimissibili, sottotipi con profili socio-demografici e clinico-assistenziali differenziati come supporto alle decisioni di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera.

2. Materiali e metodi

È stata condotta una rilevazione presso le Unità operative (UO) di Chirurgia generale, Geriatria, Medicina generale, Ortopedia/Traumatologia ed LPARE (Lungodegenza post-acuzie e Riabilitazione estensiva)¹ delle 11 Aziende sanitarie locali (Ausl), 5 Aziende ospedaliere (Aosp) e un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, operanti in Emilia-Romagna, in un periodo indice di 15 giorni scelto arbitrariamente dalle varie UO fra il 30 aprile e il 31 maggio 2011. In ciascuna UO partecipante la rilevazione è stata affidata a un medico e a un infermiere che avevano il compito di identificare i pazienti con dimissione ritardata. La definizione operativa adottata è quella del *Department of Health* dello *UK National Health Service*, secondo cui le dimissioni ritardate sono quelle situazioni in cui il paziente occupa un posto letto in degenza ordinaria anche se, secondo l'opinione di un *team* multidisciplinare, è clinicamente dimissibile o trasferibile da quel posto letto (Bryan, 2006).

Per ogni paziente individuato è stata compilata una scheda *ad hoc*. Nella scheda erano riportate informazioni socio-demografiche riguardanti il livello di autosufficienza e le motivazioni dello stato di dimissione ritardata. Altre informazioni di natura clinica sono state ottenute tramite il *linkage* delle schede dei pazienti con le Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) riferite al ricovero indice e ai ricoveri dei due anni precedenti.

2.1. Dati

Le informazioni derivanti dalla *survey* includono: età, genere, motivo della dimissione ritardata, se il paziente vive solo e l'indice di dipendenza nelle attività della vita

quotidiana (ADL). L'ADL viene utilizzato per valutare la capacità del paziente di svolgere le più comuni attività della vita di tutti i giorni (lavarsi, vestirsi, uso dei servizi, trasferimento, continenza, alimentarsi) e assume valori compresi tra zero e 6; ad alti valori corrisponde un alto grado di dipendenza del paziente (Katz, 1963).

Le informazioni ricavate dalle Sdo includono: residenza del paziente, tipo di ricovero (elettivo/urgente), motivo del ricovero, precedente passaggio in terapia intensiva, trasferimento da altra UO, diagnosi principali e secondarie, interventi.

Con l'ausilio di uno specifico algoritmo basato sull'ICD-9-CM e sviluppato dalla *Agency for Healthcare Research and Quality* americana nell'ambito del progetto HCUP (AHRQ, 2012; <http://www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/procedure/procedure.jsp>), gli interventi sono stati classificati come: diagnostici minori (interventi diagnostici non in sala operatoria), terapeutici minori (interventi terapeutici non in sala operatoria), diagnostici maggiori (interventi diagnostici in sala operatoria) e terapeutici maggiori (interventi terapeutici in sala operatoria).

Le diagnosi principali sono state indagate al ricovero indice; le comorbidità sono state valutate sia nel ricovero indice sia nelle ospedalizzazioni occorse nei due anni precedenti. Le diagnosi sono state classificate in 31 gruppi utilizzando una versione aggiornata dell'algoritmo di Elixhauser (Quan, 2005). Ai gruppi di patologia dell'algoritmo sono stati aggiunti la demenza (codici 290.x, 294.1, 331.2) e la frattura di femore o spalla (codici 733.14, 733.15, 808.x, 810.x, 811.x, 812.0-812.1, 820.x, 821.x). In Appendice sono elencati i 33 gruppi di patologia coi rispettivi codici ICD-9-CM.

Le UO sono state classificate, in base alla disciplina di appartenenza, in unità di Chirurgia generale, Geriatria, Medicina generale, Ortopedia/Traumatologia, ed LPARE. Le Aziende sono state classificate come Ausl o Aosp.

2.2. Analisi statistica

Nella prima fase dell'analisi, volta alla determinazione delle misure di occorrenza delle dimissioni ritardate, sono state calcolate la prevalenza puntuale al primo giorno

di osservazione, la prevalenza di periodo e la densità di incidenza con riferimento ai successivi quattordici giorni. Gli intervalli di confidenza al 95% per le prevalenze sono stati ottenuti mediante l'approssimazione normale della distribuzione binomiale e, per la densità di incidenza, mediante l'approssimazione normale della distribuzione di Poisson. Il calcolo della prevalenza periodale è stato effettuato per verificare la stabilità della stima puntuale.

Nella seconda fase dell'analisi, volta a identificare sottogruppi di pazienti, con dimissioni ritardate nel primo giorno di osservazione omogenei al loro interno e disomogenei l'uno rispetto all'altro per un insieme di caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali, è stata eseguita una *cluster analysis*. La tecnica di aggregazione tra i gruppi utilizzata è stata il metodo del legame completo (*complete-linkage*).² Per misurare il grado di dissimilarità tra i pazienti è stato usato l'indice di Gower (Gower, 1971) e il numero ottimale di gruppi è stato determinato con l'ausilio degli indici pseudo-F di Caliński-Harabasz e $Je(2)/Je(1)$ di Duda-Hart (Caliński, 1974; Duda, 2001). Le differenze tra i gruppi risultanti sono state quindi analizzate attraverso i test t di Student, χ^2 di Pearson, U di Mann-Whitney e il test esatto di Fisher, in funzione della tipologia delle variabili considerate.

Le analisi statistiche sono state condotte con il *software* Stata, versione 12 (StataCorp. 2011. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP).

3. Risultati

3.1. Caratteristiche del campione

Lo studio ha coinvolto 256 UO: 50 di Chirurgia generale (13,5%), 18 di Geriatria (7,0%), 84 di Medicina generale (32,8%), 40 di Ortopedia/Traumatologia (15,6%) e 64 LPARE (25,0%). Complessivamente, queste UO rappresentano più del 90% delle UO delle strutture pubbliche della Regione Emilia-Romagna appartenenti alle varie discipline considerate e dotate di posti letto per acuti. In particolare, l'indagine ha riguardato un totale di 6.952 posti letto, di cui 1.130 di Chirurgia generale (16,3%), 562 di Geriatria (8,1%), 2.851 di Medicina generale (41,0%),

1.093 di Ortopedia (15,7%) e 1.316 di LPARE (18,9%).

3.2. Prevalenza e incidenza

Nel primo giorno di studio (giorno 0) i pazienti presenti nelle UO considerate erano 6.325, di cui 510 (8,1%) con dimissione ritardata. La prevalenza di periodo nei successivi quattordici giorni è risultata di poco superiore: 8,4% (tabella 1). Il dato di prevalenza più alto, puntuale e periodale, si registra nelle LPARE (15,2% e 16,8%, rispettivamente). Il secondo dato più alto di prevalenza puntuale si registra nelle UO di Ortopedia/Traumatologia (9,6%), seguito da quello delle UO di Geriatria e Medicina generale (6,4% e 6,1%, rispettivamente). La prevalenza più bassa si registra nelle UO di Chirurgia generale (3,1%) (tabella 1).

Nei successivi giorni di rilevazione sono stati individuati 988 nuovi casi di dimissioni ritardate, con un tasso di incidenza pari a 12,3%. I tassi di incidenza sono simili in tutti i tipi di UO (dal 12,1% nelle UO di Medicina generale al 15,6% nelle LPARE) ad eccezione delle UO di Chirurgia generale, in cui il tasso di incidenza è 5,8% (tabella 1). Nei pazienti ricoverati nelle UO di LPARE il rischio di subire una dimissione ritardata è di quasi tre volte superiore rispetto al rischio nei pazienti ricoverati in Chirurgia generale (RR = 2,7).

Nelle figure 1 e 2 sono riportate le prevalenze di periodo e le densità di incidenza per Azienda di ricovero.

Nell'intero periodo di studio sono state calcolate 8.797 giornate di ricovero in pazienti con dimissioni ritardate su un totale di 92.822 giornate complessive (9,5%). Questo dato equivale a 590 posti letto occupati mediamente ogni giorno da pazienti clinicamente idonei alla dimissione.

3.3. Cause di dimissione ritardata

La tabella 2 mostra la distribuzione delle cause di dimissione ritardata per disciplina dell'UO di ricovero nei pazienti osservati al giorno 0. Quasi un terzo dei pazienti con dimissione ritardata (28,4%) attende un posto letto in struttura residenziale e quasi un quarto (23,7%) attende un posto letto in LPARE. Il 14,5% dei pazienti attende un posto letto per acuti in altra UO e il 16,7% subisce un mancato ritorno a domicilio per carenza della rete familiare. Quasi la metà dei pazienti con dimissione ritardata in LPARE è in attesa di un posto letto in struttura residenziale (45,3%). Infine, il 40% circa delle dimissioni ritardate nelle UO di Chirurgia generale, Geriatria o Medicina generale ha origine dall'attesa di un posto letto in LPARE (37,0%, 40,0% e 42,1%, rispettivamente).

3.4. Caratterizzazione dei pazienti con dimissione ritardata

La cluster analysis condotta sui 510 pazienti con dimissione ritardata ha portato all'identificazione di due gruppi eterogenei tra loro, denominati di seguito G1 e G2.

Tabella 1

Prevalenza e tasso di incidenza di dimissioni ritardate con intervalli di confidenza al 95% per disciplina di ricovero

Disciplina dell'UO	Dimissioni ritardate (giorno 0)	Dimissioni ritardate (giorni 1-14)	Prevalenza puntuale (%)	Prevalenza di periodo (%)	Tasso di incidenza (‰) (1)	Durata mediana (2) di degenza protratta (giorni)
Chirurgia generale	28	69	3,1 (2,0-4,3)	3,4 (2,3-4,6)	5,8 (4,5-7,4)	6 (6,5)
Geriatria	35	99	6,4 (4,4-8,5)	6,4 (4,3-8,4)	13,8 (11,2-16,8)	4 (5)
Medicina generale	166	424	6,1 (5,2-7,0)	6,3 (5,4-7,2)	12,1 (11,0-13,3)	3 (5)
Ortopedia/traumatologia	87	175	9,6 (7,7-11,5)	9,4 (7,5-11,3)	14,5 (12,5-16,8)	3 (5)
LPARE	194	221	15,2 (13,2-17,2)	16,8 (14,6-18,9)	15,6 (13,6-17,8)	8 (11)
Totale	510	998	8,1 (7,4-8,7)	8,4 (7,7-9,0)	12,3 (11,5-13,1)	5 (7)

(1) Il tasso di incidenza esprime il numero di nuovi pazienti con dimissione ritardata ogni 1.000 giorni-paziente.

(2) Sono state calcolate la mediana e la differenza interquartile per tenere conto della distribuzione asimmetrica della variabile. UO, unità operativa; LPARE, lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva.

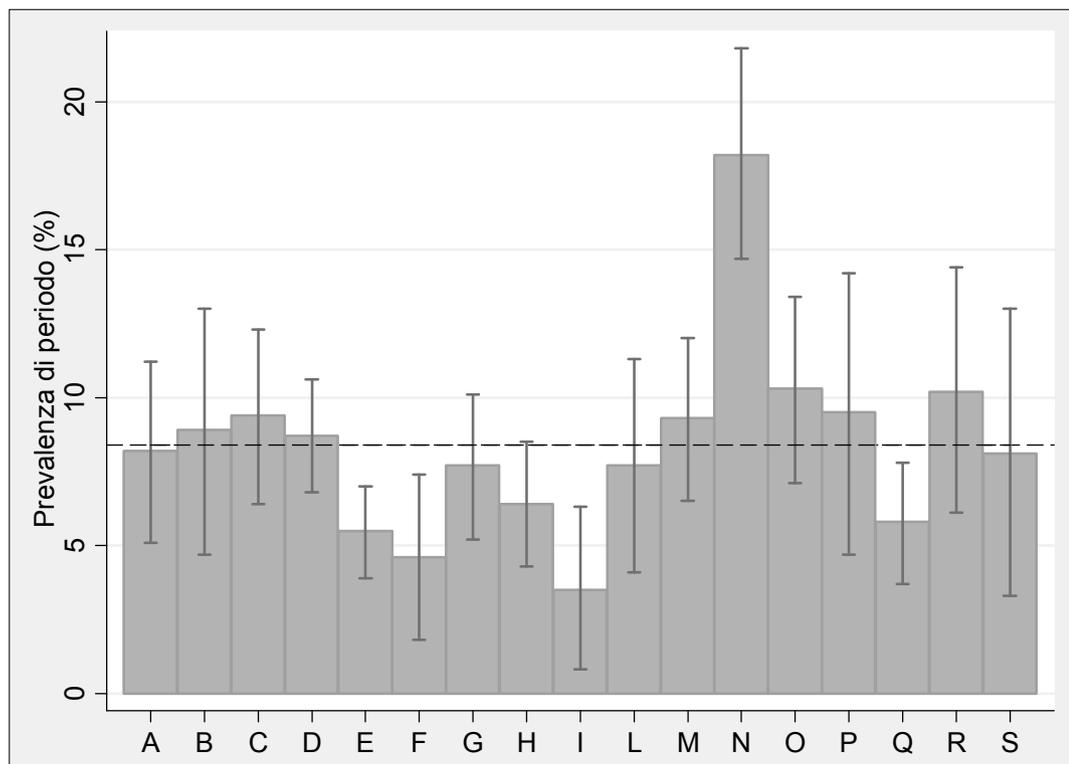


Figura 1
Prevalenza periodale di dimissione ritardata nelle 17 Aziende di ricovero dell'Emilia-Romagna (A-S), con intervalli di confidenza al 95%

Linea tratteggiata, prevalenza di periodo regionale (8,4%).

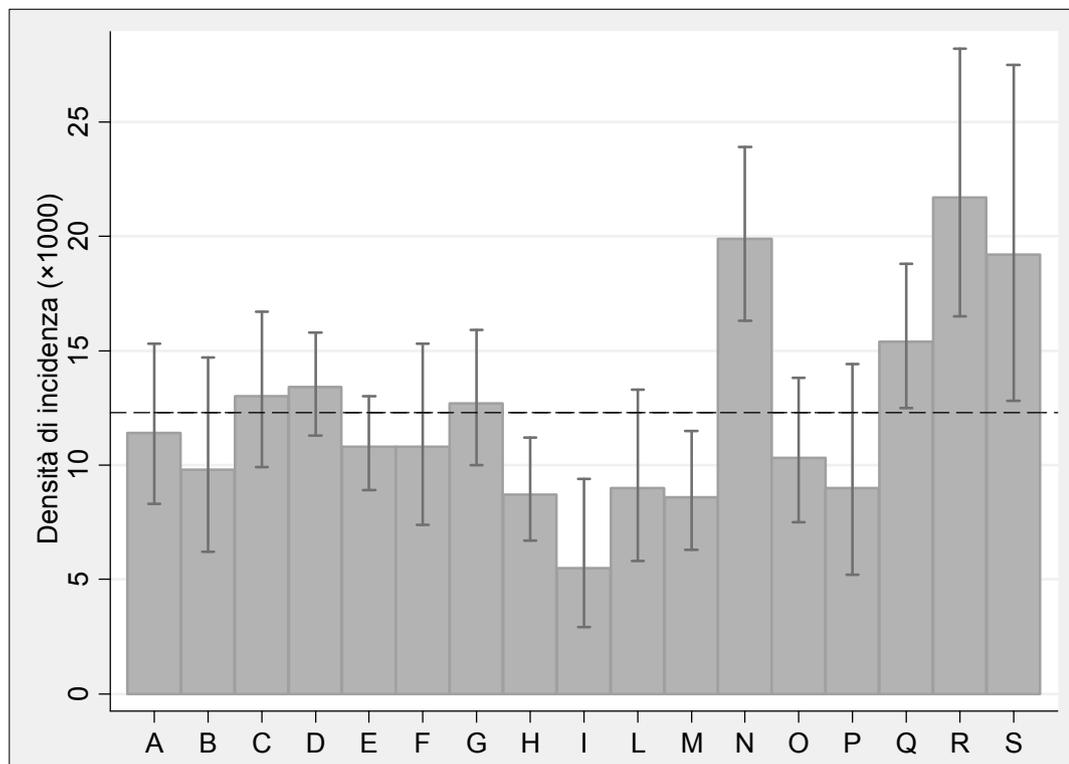


Figura 2
Densità di incidenza di dimissione ritardata nelle 17 Aziende di ricovero dell'Emilia-Romagna (A-S), con intervalli di confidenza al 95%

Linea tratteggiata, densità di incidenza regionale (12,3%).

Motivazione della dimissione ritardata	Disciplina dell'UO					Totale (n = 503) (1)
	Chirurgia generale (n = 27)	Geriatria (n = 35)	Medicina generale (n = 164)	Ortopedia/ traumatologia (n = 87)	LPARE (n = 190)	
Attesa PL acuto/Riabilitazione cod. 56	8 (29,6)	4 (11,4)	27 (16,5)	20 (23,0)	14 (7,4)	73 (14,5)
Attesa PL in LPARE	10 (37,0)	14 (40,0)	69 (42,1)	26 (29,9)	0 (0,0)	119 (23,7)
Attesa PL in struttura residenziale (pubblica o privata)	3 (11,1)	10 (28,6)	25 (15,2)	19 (21,8)	86 (45,3)	143 (28,4)
Carenza rete familiare/famiglia non accetta la dimissione	6 (22,2)	2 (5,7)	26 (15,8)	7 (8,0)	43 (22,6)	84 (16,7)
Domicilio inadeguato/domicilio fuori regione	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,2)	5 (5,7)	16 (8,4)	23 (4,6)
Attesa disponibilità presa in carico Adi/mancata disponibilità di presidi, dispositivi medici, attrezzature sanitarie	0 (0,0)	5 (14,3)	7 (4,3)	5 (5,7)	15 (7,9)	32 (6,4)
Attesa disponibilità presa in carico Adi/mancata disponibilità di presidi, dispositivi medici, attrezzature sanitarie/difficoltà di presa in carico del servizio sociale/difficoltà organizzative della programmazione di dimissione protetta/altro	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (4,9)	5 (5,7)	16 (8,4)	29 (5,8)

(1) Sono esclusi dal conteggio i pazienti con causa di dimissione ritardata non nota (n = 7).

Tabella 2

Motivazione della dimissione ritardata per disciplina dell'UO di ricovero

Il gruppo G1 è composto da 134 pazienti (26,3%) e il gruppo di G2 da 376 pazienti (73,7%).

La **figura 3** mostra la distribuzione percentuale dei pazienti G1 e G2 per disciplina dell'UO di ricovero. Nelle UO di Geriatria e Medicina generale circa il 10% dei pazienti con dimissione ritardata appartiene a G1 e il restante 90% a G2. Nelle UO di Chirurgia generale e Ortopedia/Traumatologia circa un quarto dei pazienti appartiene a G1 e tre quarti a G2. Infine, il 43% dei pazienti ricoverati in LPARE appartiene a G1 e il restante 57% a G2.

Nella **tabella 3** sono confrontate le caratteristiche dei pazienti G1 e G2. La distribuzione per genere è simile nei due gruppi (p = 0,817), così come il livello di autosufficienza (Il paziente vive solo: p = 0,429; ADL: p = 0,243). Di contro, emerge che i pazienti G1 sono più giovani (G1: età media = 72,6; G2: età media = 80,4; p < 0,001), si trovano più frequentemente in LPARE (G1: 61,9%; G2: 29,5%; p < 0,001), e meno frequentemente in Medicina generale (13,4% vs. 39,4%, p < 0,001) e Geriatria (3,0% vs. 8,2%, p < 0,001). Inoltre, i pazienti G1 vengono ammessi più spesso in una UO di disciplina diversa da quella in cui poi subiscono una

dimissione ritardata (56,0% vs. 33,0%, p < 0,001); al contrario, i pazienti G2 rimangono più di frequente nella stessa UO in cui sono stati inizialmente ricoverati (44,0% vs. 67,0%, p < 0,001).

La quasi totalità dei pazienti G2 è stata ricoverata in urgenza, mentre solo la metà dei pazienti G1 ha sperimentato questo regime di ammissione (97,1% vs. 51,5%, p < 0,001). Quasi il 30% dei pazienti G1 ha trascorso un periodo di ricovero in terapia intensiva, a fronte del 2% dei pazienti G2 (p < 0,001).

I pazienti G1 vengono ricoverati più frequentemente con fratture di femore o spalla in diagnosi principale o secondaria e hanno un minor numero di ospedalizzazioni negli anni precedenti il ricovero indice; di contro, i pazienti G2 presentano più spesso una diagnosi principale di insufficienza cardiaca congestizia e patologie secondarie quali aritmia cardiaca e demenza (tabella 3).

I pazienti G1 sono più di frequente sottoposti a un intervento terapeutico maggiore (47,0% vs. 29,0%, p < 0,001) mentre i pazienti G2 sono più frequentemente sottoposti a procedure diagnostiche (9,7% vs. 22,9%, p < 0,001).

Il 29,9% dei pazienti G1 viene dimesso in ritardo in attesa un posto letto in una

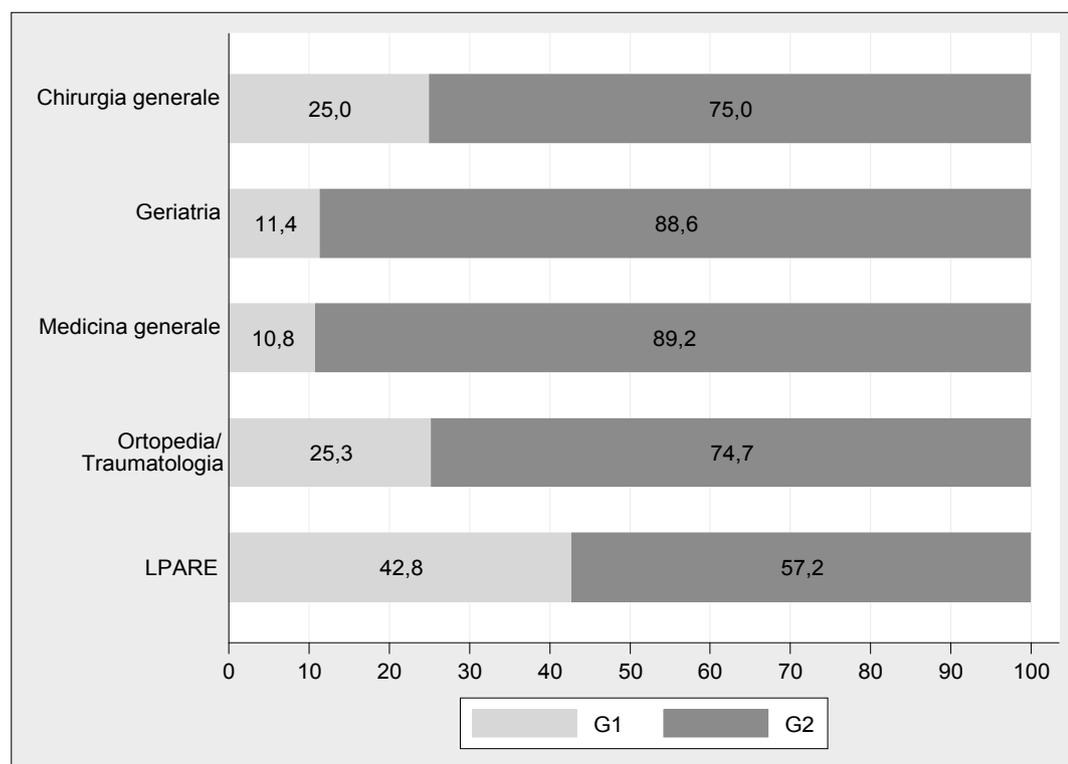


Figura 3
Distribuzione percentuale
dei gruppi G1 e G2
per disciplina dell'UO
di ricovero

struttura residenziale (pubblica o privata), il 20,2% per carenza della rete familiare (o perché la famiglia non accetta la dimissione) e il 16,4% perché attende un altro posto letto per acuti o in riabilitazione. Nel gruppo G2, invece, i motivi più frequenti di ritardo della dimissione sono: attesa di un posto letto in LPARE (28,2%), attesa di un posto letto in una struttura residenziale (27,9%) e carenza della rete familiare (15,5%).

4. Discussione

Nelle UO di Chirurgia generale, Geriatria, Medicina generale, Ortopedia/Traumatologia ed LPARE dell'Emilia-Romagna, l'8% dei pazienti ospedalizzati presenta una dimissione ritardata, con un'incidenza di 12 nuovi casi ogni 1.000 giorni-paziente. Dal nostro studio emerge, inoltre, che circa il 10% dei posti letto è occupato ogni giorno da questi pazienti.

Da una revisione sistematica della letteratura di studi riferiti ai pazienti anziani emerge che l'utilizzo inappropriato dei posti letto per acuti varia dal 6% al 78%, pertanto il valore rilevato nel presente studio si colloca in

prossimità del limite inferiore di tale range (McDonagh, 2000).

Pur con una condivisa definizione delle dimissioni ritardate e in presenza di una bassa prevalenza, si è evidenziata una notevole variabilità del fenomeno nelle diciassette aziende sanitarie della Regione. Questo risultato conferma l'esigenza di cogliere le cause dei ritardi delle dimissioni per pianificare strategie di intervento nei vari contesti organizzativi (Costa, 2012). L'esperienza dell'Azienda ospedaliera di Parma (Caminiti, 2013) ha indicato che puntare sulla sensibilizzazione dei clinici e sulla loro assunzione di responsabilità attraverso una procedura di *audit e feedback* porta a una riduzione del 16% delle occupazioni non necessarie dei posti letto. Questo risultato si riconferma a un anno dall'istituzione di questa strategia di intervento. Tale evidenza suggerisce la possibilità di intervenire in modo efficace sul fenomeno delle dimissioni ritardate attraverso una focalizzazione sul processo di dimissione. I risultati del nostro studio consentono invece di interrogarsi su interventi più strutturali che permettano di ridurre l'uso non efficiente della risorsa posto letto per acuti.

Tabella 3

Differenze tra le caratteristiche dei due gruppi di pazienti con dimissione ritardata (G1 e G2)

Caratteristiche dei pazienti con dimissione ritardata	Tutti (n = 510)	Gruppo		
		G1 (n = 134)	G2 (n = 376)	p-value
Sesso (%)				0,817
Maschio	206 (40,4)	53 (39,6)	153 (40,7)	
Femmina	304 (59,6)	81 (60,4)	223 (59,3)	
Età in anni, media [DS]	78,4 [12,5]	72,6 [16,1]	80,4 [10,2]	< 0,001
Tipo di ricovero (%)				< 0,001
Elettivo	76 (14,9)	65 (48,5)	11 (2,9)	
Urgente	434 (85,1)	69 (51,5)	365 (97,1)	
Motivo del ricovero (%)				< 0,001
Non richiesto dall'Mmg	378 (74,1)	56 (41,8)	322 (85,6)	
Richiesto dall'Mmg	30 (5,9)	4 (3,0)	26 (6,9)	
Ricovero programmato	37 (7,3)	31 (23,1)	6 (1,6)	
Trasferimento da altro ospedale	32 (6,3)	26 (19,4)	6 (1,6)	
Richiesto dal medico specialista	33 (6,5)	17 (12,7)	16 (4,3)	
Disciplina dell'UO (%)				< 0,001
Chirurgia generale	28 (5,5)	7 (5,2)	21 (5,6)	
Geriatria	35 (6,9)	4 (3,0)	31 (8,2)	
Medicina generale	166 (32,6)	18 (13,4)	148 (39,4)	
Ortopedia/traumatologia	87 (17,1)	22 (16,4)	65 (17,3)	
LPARE	194 (38,0)	83 (61,9)	111 (29,5)	
Tipo di ente territoriale (%)				0,218
Azienda sanitaria locale	320 (67,2)	90 (61,2)	230 (62,8)	
Azienda ospedaliera	190 (32,8)	44 (38,8)	146 (37,2)	
Trasferimento da altra UO (%)				< 0,001
No	311 (61,0)	59 (44,0)	252 (67,0)	
Sì	199 (39,0)	75 (56,0)	124 (33,0)	
Precedente passaggio in terapia intensiva (%)				< 0,001
No	462 (90,6)	95 (70,9)	367 (97,6)	
Sì	48 (9,4)	39 (29,1)	9 (2,4)	
Tipo di intervento (%)				< 0,001
Diagnostico (1)	99 (19,4)	13 (9,7)	86 (22,9)	
Terapeutico minore	211 (41,4)	51 (38,1)	160 (42,6)	
Terapeutico maggiore	172 (33,7)	63 (47,0)	109 (29,0)	
Nessuno	28 (5,5)	7 (5,2)	21 (5,6)	
Diagnosi principale (%) (2)				
Insufficienza cardiaca congestizia	25 (4,9)	0 (0,0)	25 (6,65)	0,001
Frattura femore/spalla	79 (15,5)	10 (7,5)	69 (18,35)	0,002
Comorbidità (%) (2)				
Insufficienza cardiaca congestizia	50 (9,8)	7 (5,2)	43 (11,4)	0,038
Aritmia cardiaca	88 (17,3)	4 (3,0)	84 (22,3)	< 0,001
Demenza	76 (14,9)	5 (3,7)	71 (18,9)	< 0,001
Frattura femore/spalla	20 (3,9)	10 (7,5)	10 (2,7)	0,014
Numero di ricoveri nei due anni precedenti (%), mediana [IQR]	4 [9]	3 [5]	5 [9,5]	0,003
Numero di comorbidità rilevate nei precedenti ricoveri (%), mediana [IQR]	2 [5]	1 [3]	1 [3]	0,360

(segue) **Tabella 3**

Differenze tra le caratteristiche dei due gruppi di pazienti con dimissione ritardata (G1 e G2)

Motivo della dimissione ritardata (%) (3)				< 0,001
Attesa PL acuto/Riabilitazione cod. 56	73 (14,5)	22 (16,4)	51 (13,8)	
Attesa PL in LPARE	119 (23,7)	15 (11,2)	104 (28,2)	
Attesa PL in struttura residenziale (pubblica o privata)	143 (28,4)	40 (29,9)	103 (27,9)	
Carenza rete familiare/famiglia non accetta la dimissione	84 (16,7)	27 (20,2)	57 (15,5)	
Domicilio inadeguato/domicilio fuori regione	23 (4,6)	14 (10,5)	9 (2,4)	
Attesa disponibilità presa in carico ADI/mancata disponibilità di presidi, dispositivi medici, attrezzature sanitarie	32 (6,4)	7 (5,2)	25 (6,8)	
Difficoltà di presa in carico del servizio sociale/difficoltà organizzative della programmazione di dimissione protetta/altro	29 (5,8)	9 (6,7)	20 (5,4)	
Motivo di cessazione dello status ricovero inappropriato (%) (4)				< 0,001
Paziente riacutizzato (5)	58 (11,4)	19 (14,2)	39 (10,4)	
Trasferito in altro ospedale per acuti	24 (4,7)	3 (2,2)	21 (5,6)	
Trasferito in servizio di continuità assistenziale (6)	236 (46,3)	59 (44,0)	177 (47,1)	
Dimesso a domicilio (con o senza Adi)	87 (17,1)	16 (11,9)	71 (18,9)	
Deceduto	15 (2,9)	0 (0,0)	15 (4,0)	
Altro/non noto (7)	90 (17,6)	37 (27,6)	53 (14,1)	
Il paziente risiede in una provincia diversa da quella dell'UO (%) (8)				< 0,001
No	463 (90,8)	106 (79,1)	357 (95,0)	
Sì	47 (9,2)	28 (20,9)	19 (5,0)	
Il paziente vive solo				0,429
No	352 (69,0)	94 (70,1)	258 (68,6)	
Sì	132 (25,9)	36 (26,9)	96 (25,5)	
Non noto	26 (5,1)	4 (3,0)	22 (5,9)	
ADL (%)				0,243
0	151 (26,6)	39 (29,1)	112 (29,8)	
1	95 (18,6)	30 (22,4)	65 (17,3)	
2	63 (12,4)	20 (14,9)	43 (11,4)	
≥ 3	117 (22,9)	30 (22,4)	87 (23,1)	
Non noto	84 (16,5)	15 (11,2)	69 (18,4)	

- (1) Gli interventi diagnostici minori e maggiori sono analizzati congiuntamente per via dell'esigua numerosità degli interventi diagnostici.
- (2) Sono riportate solo le diagnosi principali e le comorbidità le cui distribuzioni differiscono tra i due gruppi.
- (3) Sono esclusi dal conteggio i pazienti con motivo di dimissione ritardata non noto ($n = 7$).
- (4) Escludendo la modalità Altro/Non noto, il p -value è ancora significativo ($p = 0,025$). La presenza di dati mancanti (Non noto) è dovuta al fatto che alcuni dei pazienti osservati al giorno 0 sono ancora ricoverati al termine delle due settimane di osservazione.
- (5) Il paziente rimane nella stessa UO, o viene trasferito ad altra UO.
- (6) Trasferimento in: LPARE, UO di riabilitazione cod. 56, struttura socio-sanitaria residenziale (pubblica o privata).
- (7) Altro comprende: dimissione volontaria, Day Hospital.
- (8) Variabile ricodificata per via dell'esigua numerosità dei pazienti residenti in un'altra regione o all'estero.
DS, deviazione standard; Mmg, medico di medicina generale; IQR, intervallo interquartile; Adi, assistenza domiciliare integrata; PL, posto letto; ADL, indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana.

Negli ultimi anni, nella Regione Emilia-Romagna sono state promosse strategie di intervento per migliorare il *management* dei posti letto ospedalieri, tra cui la gestione degli ospedali per intensità di cura, la gestione unificata dei flussi dei pazienti in uscita dai reparti per acuti e l'istituzione di strutture di ricovero intermedie. L'analisi dettagliata delle cause di dimissione ritardata e l'identificazione di sottotipi di pazienti con ricovero protratto costituiscono un'importante tappa

conoscitiva nel processo di miglioramento di percorsi di cura specifici e mirati, così come di una più efficiente gestione delle dimissioni e dei rapporti con il territorio.

Nel presente studio, la *cluster analysis* ha evidenziato due gruppi di pazienti con dimissione ritardata che presentano diverse caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali. Il gruppo G1 rappresenta quasi un terzo della popolazione ed è costituito da pazienti mediamente più giovani, senza

comorbidità, ricoverati più frequentemente in reparti di Medicina generale e Ortopedia/Traumatologia. Quasi un terzo di questi pazienti transita in terapia intensiva e quasi la metà è sottoposta a intervento terapeutico maggiore. I pazienti G1 subiscono un ritardo nel processo di dimissione dopo essere stati trasferiti in LPARE. Questo ritardo è legato principalmente all'attesa di un posto letto in una struttura residenziale, alla carenza della rete familiare e all'attesa di un posto letto in un reparto di riabilitazione. Il secondo gruppo, G2, include più dei due terzi dei pazienti, mediamente più anziani, con ricoveri nei due anni precedenti e storia di comorbidità di tipo cardiovascolare e che sono ammessi in urgenza presso reparti di Medicina generale e Geriatria. Questi pazienti presentano una dimissione ritardata negli stessi reparti in cui sono stati ammessi, per lo più in attesa di un trasferimento in LPARE.

I gruppi identificati delineano due realtà assistenziali distinte cui le organizzazioni sanitarie sono chiamate a dare una risposta. La più numerosa, rappresentata dai pazienti G2, comprende quei pazienti anziani e polipatologici che spesso utilizzano in maniera inappropriata l'ospedale. Una presa in carico secondo modelli di gestione integrata della patologia cronica potrebbe favorire, oltre alle dimissioni protette, anche la riduzione dei flussi in entrata di questi pazienti. A tal fine è necessario rivisitare il ruolo della medicina generale e predisporre il *mix* dei servizi necessari per il supporto a pazienti anziani, polipatologici e fragili.

Fra le soluzioni organizzative proposte dalla regione Emilia-Romagna per favorire la migliore presa in carico dei pazienti a livello territoriale figurano le Case della salute, strutture in cui si erogano prestazioni socio-sanitarie favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli di assistenza (Del. G.R. 291/2010). Queste strutture rappresentano il luogo fisico di riferimento per l'erogazione delle cure territoriali e devono garantire la presenza stabile di *équipe* di professionisti sanitari e sociali che possono effettuare un'ampia gamma di prestazioni riducendo il ricorso improprio all'ospedale.

La presenza di strutture territoriali efficaci ed efficienti che lavorano in maniera coordinata è anche il presupposto per la predispo-

sizione delle dimissioni protette dei pazienti anziani e fragili. In quest'ottica, un'altra possibile soluzione è rappresentata dall'istituzione di strutture intermedie con l'obiettivo di ridurre le dimissioni ritardate dei pazienti anziani in attesa di una collocazione in strutture residenziali o al domicilio. Le strutture intermedie, ampiamente descritte in letteratura (Baumann, 2007; Bryan, 2010; Mur-Vee-man, 2011) sono servizi di cura extra-ospedalieri che permettono il passaggio graduale del paziente dal ricovero per acuti al territorio e all'assistenza sociale. Secondo una revisione Cochrane, l'istituzione di queste strutture aumenta il benessere dei pazienti, favorisce le dimissioni a domicilio e riduce i tassi di riammissione in ospedale (Griffiths, 2007). Le strutture di cure intermedie permettono inoltre di ridurre la durata di degenza ospedaliera e di preservare il più possibile il grado di indipendenza raggiunto dal paziente (Steiner, 2002; Garåsen, 2007). Va però segnalato che si tratta di un *setting* di cura che richiede uno specifico investimento di risorse poiché prevede la formazione di diverse figure professionali e la predisposizione di percorsi di cura personalizzati. Due studi olandesi hanno evidenziato che l'istituzione delle strutture intermedie decongestiona i flussi ospedalieri e migliora il benessere del paziente, a patto però che il personale coinvolto sia opportunamente formato e motivato (Mur-Vee-man, 2011) e che l'organizzazione di tali strutture sia chiara, renda partecipi gli *stakeholder* e tenga conto delle caratteristiche della popolazione *target* (Plochg, 2005).

Nella Regione Emilia-Romagna già dagli anni Novanta è stato sperimentato questo tipo di struttura, anche se non esplicitamente prevista nei documenti di programmazione regionale. Nel 1995, l'Azienda Usl di Forlì ha avviato un *Country Hospital* nel comune di Premilcuore e successivamente, nel 1996, nel comune di Modigliana. I *Country Hospital* sono piccoli ospedali, perlopiù in zone di provincia, riconvertiti in strutture intermedie fisicamente collegate ai servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio, destinati prevalentemente agli anziani affetti da patologie che non necessitano di assistenza sanitaria complessa (Aulizio, 2002). In questo senso, il *Country Hospital* si configura come un modello di struttura socio-sanitaria intermedia ad assistenza infermieristica con consulenza

medica (eventualmente fornita dal medico di medicina generale) e si colloca come potenziale anello di congiunzione fra gli ospedali per acuti, la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali per anziani (Residenze sanitarie assistenziali, Case protette o di riposo). Secondo il rapporto di Age.Na.S. del 2009 (Age.Na.S., 2009), attualmente tutte le Regioni italiane (a eccezione di Sicilia, Basilicata e Provincia autonoma di Trento) hanno istituito queste strutture di ricovero, spesso denominate Ospedali di comunità.

L'altro gruppo di pazienti con dimissione ritardata che emerge dal presente studio, minoritario rispetto al precedente, è rappresentato da pazienti mediamente più giovani che vengono ricoverati con maggior frequenza per l'esecuzione di una procedura chirurgica maggiore (pazienti G1). Ospedalizzati spesso per problemi ortopedici, hanno un ricovero protratto nei reparti LPARE in attesa di riabilitazione, di trasferimento in strutture residenziali o per impossibilità di accoglienza in ambito familiare.

Per entrambi i gruppi di pazienti, emerge che i reparti LPARE rappresentano una possibile criticità all'interno degli ospedali. I reparti LPARE sono stati istituiti in Emilia-Romagna nel 1997 per rispondere alla necessità di rimodulazione della rete ospedaliera, diversificandola in base alla tipologia di complessità assistenziale richiesta dai bisogni del paziente. Le LPARE, a gestione medica o infermieristica, si configurano come il luogo di cura idoneo per i pazienti non autosufficienti che richiedono una degenza per stabilizzare le proprie condizioni di salute o una riabilitazione estensiva. L'istituzione di queste unità di ricovero nell'ambito degli ospedali fu, a suo tempo, un'intuizione lungimirante rispetto agli scenari che le organizzazioni sanitarie si sarebbero trovate ad affrontare

nel decennio successivo. Nella contingenza attuale, in cui occorre razionalizzare l'uso delle risorse, è oltremodo necessario investire ulteriormente sulla gestione del flusso dei pazienti durante l'intero percorso di cura e puntare alla differenziazione dei livelli di assistenza, non tanto e non più per discipline, ma sulla base della complessità dei pazienti e dei loro bisogni assistenziali. L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura deve prevedere l'adozione di specifiche metodologie per la gestione del flusso dei pazienti attraverso l'ospedale e in coordinamento con il territorio. Rispetto a quest'ultimo punto, vanno valorizzate esperienze di gestione delle dimissioni protette. A questo proposito, la Centrale metropolitana delle post-acuzie (CeMPA), istituita dall'Azienda Usl di Bologna (Annicchiarico, 2012), rappresenta un esempio di gestione dei trasferimenti dai reparti per acuti alle strutture dedicate al post-acuzie e al domicilio, con una significativa riduzione della degenza media dei reparti di medicina per acuti e un miglioramento dell'indice di turn over dei pazienti.

5. Conclusioni

Il nostro studio sulle dimissioni ritardate contribuisce a dare suggerimenti basati sulle caratteristiche della domanda di servizi e sulla rimodulazione della rete dell'offerta, in particolare quella ospedaliera. È importante perseguire il ridisegno della funzione ospedaliera sulla base dei bisogni assistenziali dei pazienti e creare strutture di ricovero intermedie che possano facilitare il passaggio dei pazienti anziani, polipatologici e fragili dal ricovero per acuti alle strutture residenziali e/o al domicilio per perseguire l'obiettivo di fornire prestazioni sanitarie efficaci, efficienti, economiche, sicure e di qualità.

6. Appendice

Patologia	ICD-9-CM
Insufficienza cardiaca congestizia	398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 425.4-425.9, 428.x
Aritmia cardiaca	426.0, 426.10, 426.12, 426.13, 426.7, 426.9, 427.0-427.4, 427.6-427.9, 785.0, 996.01, 996.04, V45.0, V53.3
Valvulopatia	093.2x, 394.x-397.x, 424.x, 746.3-746.6, V42.2, V43.3
Malattia del circolo polmonare	415.0, 415.1, 416.x, 417.0, 417.8, 417.9
Demenza	290.x, 294.1, 331.1
Disordini vascolari periferici	093.0, 473.3, 440.x, 441.x, 443.1-443.9, 447.1, 557.1, 557.9, V43.4
Ipertensione non complicata	401.x
Ipertensione complicata	402.x-405.x
Paralisi	334.1, 342.x, 343.x, 344.0-344.6, 344.9
Altri disordini neurologici	331.9, 332.0, 332.1, 333.4, 333.5, 333.92, 334.x-335.x, 336.2, 340.x, 341.x, 345.x, 348.1, 348.3, 780.3, 784.3
Malattia polmonare cronica	416.8, 416.9, 490.x-505.x, 506.4, 508.1, 508.8
Diabete non complicato	250.0-250.3
Diabete complicato	250.4-250.9
Ipotiroidismo	240.9, 243.x, 244.x, 246.1, 246.8
Insufficienza renale	403.01, 403.11, 403.91, 404.02, 404.03, 404.12, 404.13, 404.92, 404.93, 585.x, 586.x, 588.0, V42.0, V45.1, V56.x
Malattia del fegato	070.22, 070.23, 070.32, 070.33, 070.44, 070.54, 070.6, 070.9, 456.0-456.2, 570.x, 571.x, 572.2-572.8, 573.3, 573.4, 573.8, 573.9, V42.7
Malattia da ulcera peptica senza sanguinamento	531.7, 531.9, 532.7, 532.9, 533.7, 533.9, 534.7, 534.9
HIV e AIDS	042.x
Linfoma	200.x-202.x, 203.0, 238.6
Tumore metastatico	196.x-199.x
Tumore solido senza metastasi	140.x-172.x, 174.x-195.x
Artrite reumatoide/malattie collagenovascolari	446.x, 701.0, 710.0-710.4, 710.8, 710.9, 711.2, 714.x, 719.3, 720.x, 725.x, 728.5, 728.89, 729.30
Coagulopatia	286.x, 287.1, 287.3-287.5
Obesità	278.0
Perdita di peso	260.x-263.x, 783.2, 799.4
Disordini elettrolitici	253.6, 276.x
Anemia da perdita emorragica	280.0
Anemia da carenza	280.1-280.9, 281.x
Abuso di alcol	265.2, 291.1-291.3, 291.5-291.9, 303.0, 303.9, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0-571.3, 980.x, V11.3
Abuso di farmaci	292.x, 304.x, 305.2-305.9, V65.42
Psicosi	293.8, 295.x, 296.04, 296.14, 296.44, 296.54, 297.x, 298.x
Depressione	296.2, 296.3, 296.5, 300.4, 309.x, 311
Fratture femore/spalla	733.14, 733.15, 808.x, 810.x, 811.x, 812.0-812.1, 820.x, 821.x

Nota

Il Gruppo di lavoro regionale sullo studio dei *bed-blocker* comprende: Candida Andreati, Anna Bandini, Nino Basaglia, Tiziana Bergozzi, Bruno Bocchi, Athos Borghi, Andrea Donatini, Stefania Ferrari, Paola Ferri, Elena Focchi, Giancarlo Francioni, Aldina Gardellini, Giorgio Lenzotti, Antonella Messori, Mauro Monti, Roberto Nardi, Cristiano Pelati, Simonetta Puglioli, Giovanni Tazzoli, Virna Valmori.

Ringraziamenti

Si ringraziano i referenti del Progetto nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna: Vincenzo Russo, Ketty Bulgarelli, Cristina Vedovelli (Ausl Piacenza); Monica Abbatello, Luigina Calza, Lorenzo Massera (Ausl Parma); Pietro Vitali, Tiziana Ferrari, Simona Fontechiari (Aou Parma); Patrizia Camerlengo, Andra Gigliobianco, Angela Accardo, Cristina Incerti Medici, Antonio Poli, Sabrina Fiori, Tiziana Montruccoli, Elisabetta Poli, Emilia Sessi, Marisa Tagliavini (Ausl Reggio Emilia); Francesco Vercilli, Maria Paola Lince, Maura Rovatti (Aosp Reggio Emilia); Vincenzo Ciccarese, Laura Persisti, Teresa Roversi (Ausl Modena); Alessandro Callegaro, Stefania Ferrari, Attilia Scacchetti (Aou Modena); Cristina Grementieri, Maurizia Rambaldi, Marilena Tangenti, Lorena Rizzoli, Marta Quartieri (Ausl Bologna); Carmen Scotton, Anna

Bandini, Carmine Pellecchia (Aou Bologna); Maria Teresa Montella, Annella Mingazzini (Istituto Ortopedico Rizzoli); Emanuela Dall'Olimi, Catia Bedosti, Ivana Melucci (Ausl Imola); Candida Andreati, Marika Colombi, Vittoria Parisi (Ausl Ferrara); Antonio Rossi, Elisabetta Zanolli, Federica Borsari, Elisabetta Cattelan, Lorena Cocchi, Marco Sandri, Alessandro Fiorini, Daniela Pirini (Aou Ferrara); Barbara Mengolini, Paolo Missiroli, Maurizio Spinelli, Verdiana Tagliaferri (Ausl Ravenna); Cesare Bini, Susanna Mengozzi, Marinella Terrasi (Ausl Forlì); Marina Amadori, Umberta Dradi (Ausl Cesena); Gianfranco Cicchetti, Marilena Montaldi (Ausl Rimini).

Note

1. I reparti di LPARE sono stati istituiti in Emilia-Romagna alla fine degli anni Novanta come luogo di cura idoneo all'assistenza di pazienti che, terminata la fase acuta della patologia, risultano ancora non autosufficienti e necessitano di una degenza protratta. Si tratta di reparti ospedalieri e non di strutture extraospedaliere o cure intermedie.
2. Tecnica di aggregazione tale per cui la distanza tra due gruppi è calcolata come la distanza tra gli elementi più distanti dei due gruppi.

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

- ANNICCHIARICO M., COLOMBO M., PROTONOTARI A. (2012), «La rete della post-acuzie: un sistema di continuità di cura ospedale-territorio dell'area bolognese», *Mecosan*, 84, pp. 63-78.
- AGENCY OF HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2012), «Procedure classes 2013», HCUP, Rockville, www.hcup-us.ahrq.gov/toolssoftware/procedure/procedure.jsp.
- AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI E REGIONALI (2009), *L'ospedale di comunità - Country Hospital in Italia*, Age.Na.S., Roma.
- AULIZIO G. (2002), «Il Country Hospital: le esperienze dei comuni di Modigliana e Premilcuore viste dai MMG», in L. Sbrogiò (a cura di), *L'Ospedale di Comunità: una risposta appropriata? Principi e metodi di valutazione*, Booksei, Pordenone.
- BAUMANN M., EVANS S., PERKINS M., CURTIS L., NETTEN A., FERNANDEZ J.L., HUXLEY P. (2007), «Organisation and features of hospital, intermediate care and social services in English sites with low rates of delayed discharge», *Health and Social Care in the Community*, 15(4), pp. 295-305.
- BRYAN K., GAGE H., GILBERT K. (2006), «Delayed transfers of older people from hospital: Causes and policy implications», *Health Policy*, 76(2), pp. 194-201.
- BRYAN K. (2010), «Policies for reducing delayed discharge from hospital», *British Medical Bulletin*, 95(1), pp. 33-46.
- CALIŃSKI T., HARABASZ J. (1974), «A dendrite method for cluster analysis», *Communication in Statistics*, 3(1), pp. 1-27.
- CAMINITI C., MESCHI T., BRAGLIA L., DIODATI F., IEZZI E., MARCOMINI B., NOUVENNE A., PALERMO E., PRATI B., SCHIANCHI T., BORGHI L. (2013), «Reducing unnecessary hospital days to improve quality of care through physician accountability: a cluster randomised trial», *BMC Health Service Research*, 13(1), p. 14.
- COSTA A.P., POSS J.W., PEIRCE T., HIRDES J.P. (2012), «Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: evidence from a Canadian health region», *BMC Health Service Research*, 12(1), p. 172.
- DUDA R.O., HART P.E., STORK D.G. (2001), *Pattern Classification*, Wiley, New York.
- GARÅSEN H., WINDSPOLL R., JOHNSEN R. (2007), «Intermediate care at community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomized controlled trial», *BMC Public Health*, 7(1), p. 68.
- GOWER J.C. (1971), «A general coefficient of similarity and some of its properties», *Biometrics*, 27(4), pp. 857-871.
- GRIFFITHS P.D., EDWARDS M.H., FORBES A., HARRIS R.L., RITCHIE G. (2007), «Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units», *Cochrane Database System Review*, 18(2), CD002214.
- KATZ S., FORD A.B., MOSKOWITZ R.W., JACKSON B.A., JAFFE M.W. (1963), «Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function», *JAMA*, 185(12), pp. 914-919.
- LONGO F., SALVATORE D., TASSELLI S. (2012), «The growth and composition of primary and community-based care services. Metrics and evidence from the Italian National Health Service», *BMC Health Service Research*, 12(1), p. 393.
- MANZANO-SANTAELLA A. (2010), «From bed-blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept», *Health Service Management Research*, 23(3), pp. 121-127.
- MCDONAGH M.S., SMITH D.H., GODDARD M. (2000), «Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results», *Health Policy*, 53(3), pp. 157-184.
- MUR-VEEMAN I., GOVERS M. (2011), «Buffer management to solve bed-blocking in the Netherlands 2000-2010. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows», *International Journal of Integrated Care*, 11 (Special 10th Anniversary Edition), e080.
- OU L., YOUNG L., CHEN J., SANTIANO N., BARAMY L.S., HILLMAN K. (2009), «Discharge delay in acute care: reasons and determinants of delay in general ward patients», *Australian Health Review*, 33(3), pp. 513-521.
- PLOCHG T., DELNOI D.M.J., VAN DER KRUK T.F., JANMAAT T.A.C.M., KLAZINGA N.S. (2005), «Intermediate care: For better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home», *BMC Health Service Research*, 5(1), p. 38.
- QUAN H., SUNDARARAJAN V., HALFON P., FONG A., BURNAND B., LUTHI J.C., SAUNDERS L.D., BECK C.A., FEASBY T.E., GHALI W.A. (2005), «Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10-CM administrative data», *Medical Care*, 43(11), pp. 1130-1139.
- STEINER A. (2001), «Intermediate care. A good thing?», *Age and Ageing*, 30(Suppl. 3), pp. 33-39.
- VICTOR C.R. (1990), «A survey of the delayed discharge of elderly people from hospitals in an inner-London health district», *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 10(2), pp. 199-205.

Lean Thinking in Radiologia: allineare i servizi fuori linea al percorso di cura del paziente in Pronto soccorso

D. RICCI, S. MAGAZZINI, A. COPPI, A. BOGANI, F. BELLOMO, G. DELLINO, A. SERGI

In the Local Health Trust of Prato (Tuscany, Italy) has been activated, launched since March 2010, an innovative pilot project for the process reorganization in the department of Radiology of the hospital Misericordia e Dolce. The goal is to optimize the radiological process for the Emergency Department (ED), ensure alignment to the process that requests the Imaging services. The methodology of analysis, proposing countermeasures and approach to problem solving have been implemented following the Lean Thinking principles. Outcomes obtained in the first experimental phase, show a significant reduction of process variability and average time between request and execution of an X-Ray exam for ED. This helps to improve performances in the ED and waiting time reduction for the ED patients.

Keywords: lean thinking, radiology, off-line services alignment

Parole chiave: pensare snello, radiologia, allineamento servizi fuori linea

Note sugli autori

Azienda Unità Sanitaria Locale 4 Prato: Dario Ricci, ingegnere gestionale, U.F. Organizzazione dei servizi sanitari - dricci@usl4.toscana.it; Simone Magazzini, direttore Pronto soccorso; Alberto Coppi, ingegnere gestionale, U.F. Organizzazione dei servizi sanitari; Alessandro Bogani, Posizione organizzativa tecnici sanitari di Radiologia medica; Francesco Bellomo, direttore sanitario; Gabriella Dellino, ingegnere informatico, Economics and Institutional Change, IMT Institute for Advanced Studies, Lucca; Alessandro Sergi, direttore sanitario di Presidio ospedaliero

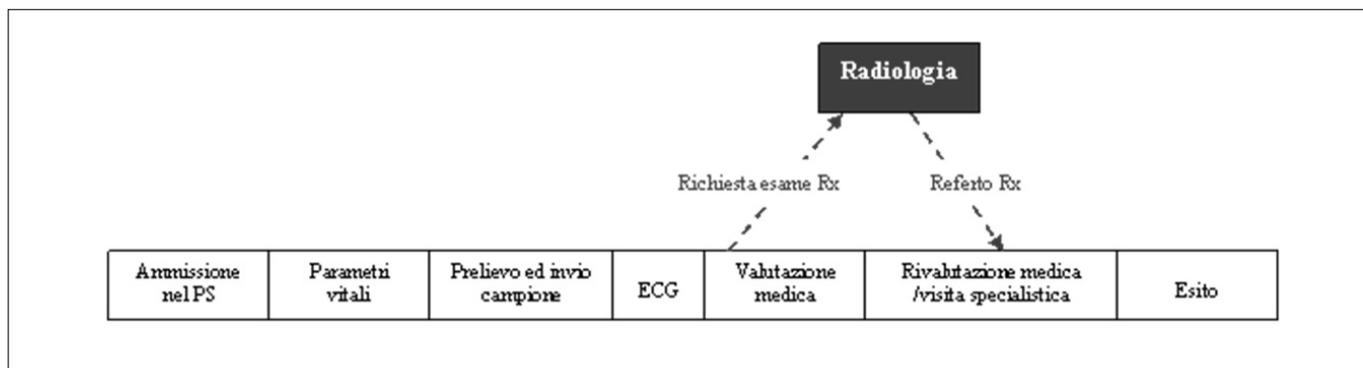
1. Introduzione

L'Unità di erogazione di prestazioni radiologiche si colloca, in una schematizzazione di flusso del percorso clinico-assistenziale nei reparti di degenza e in Pronto soccorso (PS), in un contesto di servizio «fuori linea», ovvero di elemento richiamato, in base alla frequenza e intensità della domanda in ingresso, dal processo di linea. Diventa quindi cruciale che tale servizio sia in grado di rispondere alla domanda nel momento in cui essa è prodotta e in tempi tali da evitare code e condizionare negativamente l'efficienza del processo richiedente. È inoltre un'attività che, dato l'alto contenuto tecnologico che la caratterizza e la rilevanza ai fini diagnostico-terapeutici delle apparecchiature a energia radiante di cui dispone, assume una rilevanza strategica nel contesto ospedaliero, sia in termini sanitari che di gestione aziendale. La tecnologia presente, non solo diagnostica, ma anche informativa, determina una elevata standardizzazione delle procedure operative che il personale tecnico e medico deve eseguire e la possibilità di una profonda capacità analitica della domanda in ingresso al servizio, a scopi descrittivi e inferenziali (figura 1).

Tutti questi elementi hanno fortemente direzionato la volontà di sperimentare in questo ambito il metodo di riorganizzazione basato sul *Lean Thinking*. Il *Lean Thinking* (pensare snello) è una strategia operativa nata nel mondo *automotive* (Womack, Jones, 1996), ma oggi ampiamente applicata in settori e ambiti diversi, per aumentare l'efficienza ed eliminare gli sprechi di un pro-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le fasi di sperimentazione
3. Verso lo stato future: azioni migliorative progettate e intraprese
4. Risultati
5. Considerazioni conclusive

**Figura 1**

Macro fasi del processo in Pronto soccorso

cesso. Si basa nello specifico sui seguenti principi ispiratori:

- identificare gli elementi del processo che creano valore per l'utente;
- identificare tutti i passaggi dell'intera catena del valore;
- realizzare solo quegli interventi che creano un flusso di valore;
- fornire solo i servizi richiesti, nel momento in cui sono richiesti dall'utente del processo;
- perseguire la perfezione, iterando la procedura strutturata di analisi dei processi e *problem solving*.

Il *Lean Thinking* ha trovato pressoché immediata applicazione in ambito manifatturiero, con particolare riguardo alla gestione della produzione. Successivamente, a partire dai primi anni 2000, si riscontra interesse per questa organizzazione snella anche in campo sanitario. Infatti, nonostante l'iniziale scetticismo di questo settore – pienamente espresso dalla frase «Non siamo giapponesi e non costruiamo automobili» (Doherty, 2011) – si assiste poi a una graduale e crescente apertura verso l'adozione di strumenti tipici dell'ambito gestionale, di cui si riconoscono le potenzialità di miglioramento nella gestione dei processi sanitari. Un esempio particolarmente significativo è rappresentato dal *Bolton Improving Care System (BICS)*, un sistema sviluppato dalla *Bolton NHS Foundation Trust* con l'intento di trasferire i principi del *Lean Thinking* all'ambito sanitario. In particolare, dal 2005 l'approccio BICS è stato applicato al *Royal Bolton Hospital*, con evidenti testimonianze di successo (Doherty, 2011; Fillingham, 2010).

Un'ampia rassegna della letteratura sul tema dell'applicazione del *Lean Thinking* nella sanità è fornita da Mazzocato *et al.* (2010).

Berry e Seltmann (2008) offrono uno sguardo all'interno di una delle organizzazioni sanitarie di maggior successo per la cura, evidenziando come la *Mayo Clinic* ha risolto molti dei suoi problemi operativi e come ha costruito la sua reputazione.

In un'ottica fortemente operativa, Baker *et al.* (2009) discutono le modalità con cui è possibile trasferire le strategie suggerite dal *Lean Thinking* al contesto ospedaliero per migliorare l'efficienza dei processi sanitari; in particolare, la trattazione parte dalla descrizione di un ospedale fittizio dell'Inghilterra settentrionale, illustrando alcune dinamiche ricorrenti allo scopo di individuarne le principali criticità su cui occorre intervenire. La proposta di intervento è guidata dai principi cardine del *Lean Thinking*, richiamati in precedenza.

Nicosia (Nicosia, 2012) focalizza l'attenzione sul contesto italiano, illustrando il funzionamento di un ospedale orientato all'impostazione *lean*: viene discusso in dettaglio il caso dell'ospedale Galliera di Genova, che è stato il primo ospedale in Italia ad adottare un modello *lean*, integrando l'aspetto operativo gestionale con l'esigenza di una riorganizzazione dei percorsi sanitari secondo il modello per intensità di cure.

Di rilievo anche l'esperienza, avviata a partire dal 2007, della Azienda sanitaria di Firenze con il progetto OLA (Organizzazione *Lean* dell'Assistenza). Tale progetto ha previsto una prima fase di identificazione delle principali linee di attività ospedaliera, implementandone poi le funzioni negli ospedali della rete fiorentina, attraverso cicli di

miglioramento rapido, durante i quali sono stati analizzati i processi locali e sono state proposte e discusse le soluzioni per la riorganizzazione.

Come specifico ambito di sperimentazione, in questo lavoro si è scelto di dedicarsi alle prestazioni di Radiologia tradizionale richieste da pazienti provenienti dal Pronto soccorso. Tale orientamento è stato dettato dalle seguenti motivazioni:

- il Pronto soccorso è un elemento chiave dell'offerta di servizi erogati in ambito ospedaliero in termini di risposta immediata alla cittadinanza di situazioni di emergenza e urgenza;

- un'analisi dei dati, relativa agli accessi in pronto soccorso nell'anno 2009, ha evidenziato un tempo medio di permanenza dell'utente nel sistema di circa 196 minuti, prevalentemente speso in attività attinenti alle prestazioni radiologiche e in particolare di radiologia tradizionale;

- l'Unità operativa di Radiologia dell'Ospedale di Prato è interamente dislocata un piano sopra il Pronto soccorso, generando difficoltà di trasporto che era opportuno tentare di regolamentare.

2. Le fasi di sperimentazione

2.1. Il coinvolgimento e la formazione del personale

Per un progetto di revisione di un processo così strategico per l'ospedale, è stato fondamentale coinvolgere personale di linea sia della Radiologia (tecnici, infermieri e trasportatori) sia del Pronto soccorso (infermieri, coordinatori infermieristici, capituono, Operatori socio-sanitari).

Per ottenere questo risultato sono stati perseguiti due obiettivi formativi e di disseminazione culturale delle logiche e degli strumenti di un approccio di analisi e revisione dell'organizzazione per processi:

- 1) un corso di formazione finalizzato all'acquisizione della certificazione *Green Belt*, che identifica competenze nell'ambito dell'analisi dei processi e una conoscenza di base nell'uso della statistica inferenziale, per un tecnico di radiologia, identificato dalla Direzione sanitaria come agente del cambia-

mento, e per il direttore della Unità funzionale organizzazione servizi sanitari;

- 2) un piano formativo per il personale coinvolto che si strutturasse in momenti di acquisizione dei contenuti in aula e che prevedesse al contempo momenti di contestualizzazione operativa dei concetti acquisiti sull'ambiente di lavoro.

Queste fasi di acquisizione di conoscenze teoriche legate all'ingegneria di processo e di *training on the job* sono state realizzate con il contributo del Dipartimento di Ingegneria gestionale del Politecnico di Milano.

Particolare rilevanza ha rivestito il corso tenutosi presso l'Azienda Usl 4 di Prato e rivolto al personale di Radiologia e del Pronto soccorso, strutturato come segue:

- formazione d'aula, nelle modalità di lezioni frontali e *role playing*, sulla introduzione dei concetti di analisi della domanda in ingresso, analisi della capacità produttiva, controllo statistico di processo, Mappa del flusso del valore (*Value Stream Mapping*) e metodo scientifico di *problem solving* basato sul PDCA (*Plan Do Check Adjust*);

- identificazione di interventi migliorativi da implementare da parte degli operatori tra una sessione di formazione e l'altra;

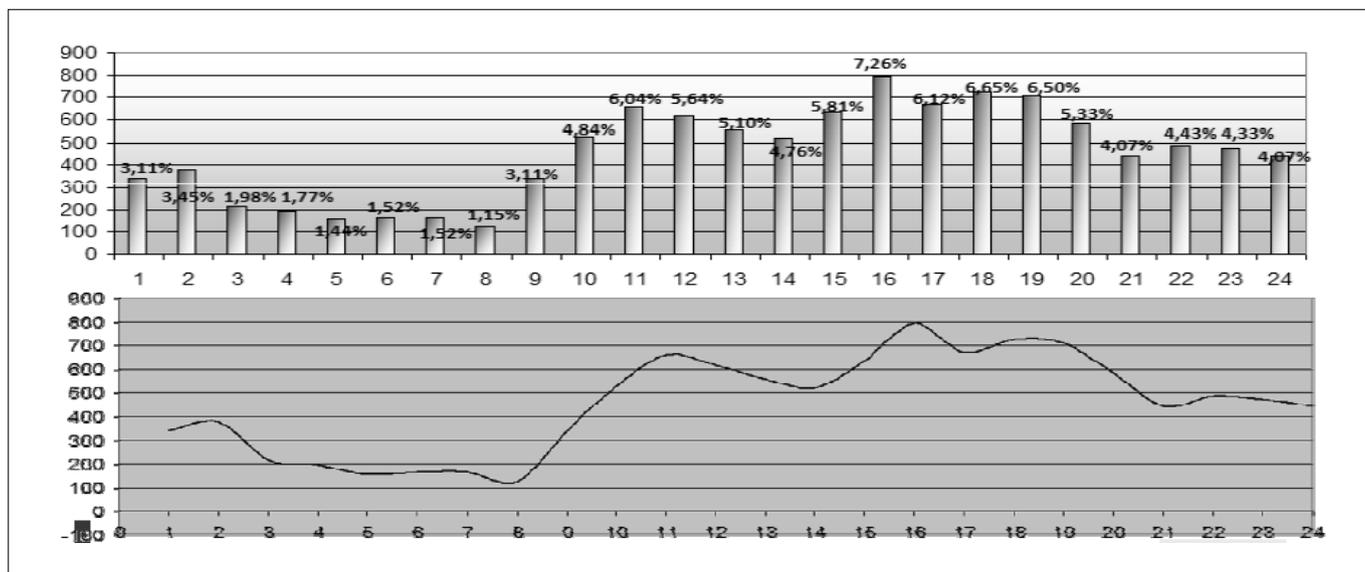
- *feedback* strutturato, con l'ausilio di *phone e call conference*.

2.2. L'analisi della situazione di partenza: la domanda in ingresso e le attività di processo

Oltre a una fondamentale fase di coinvolgimento del personale operativo, altro aspetto cruciale è stata un'accurata analisi della situazione di partenza, espressa in termini di:

- analisi della domanda in ingresso;
- corretta identificazione e analisi di processo.

Per rispondere al primo punto sono stati analizzati i dati relativi alle prestazioni di Radiologia tradizionale erogate dal 25 gennaio al 30 aprile 2010, a seguito di richieste attivate dal Pronto soccorso a Radiologia. L'analisi ha previsto vari livelli di dettaglio, ma l'elemento di riflessione più interes-

**Figura 2**

Distribuzione per fasce orarie della domanda in ingresso in Radiologia

sante è stato dato dalla stratificazione delle prestazioni nel periodo considerato per fasce orarie, in modo da poterne osservare la variabilità nelle varie giornate. I risultati ottenuti sono riportati in **figura 2**: in particolare, il grafico in alto raffigura la frequenza delle prestazioni radiologiche erogate in ogni ora della giornata, mediate sul periodo di osservazione considerato; si riporta anche l'incidenza in termini percentuali delle prestazioni erogate nelle diverse fasce orarie rispetto al totale delle prestazioni erogate.

Il grafico in basso identifica una linea di tendenza della domanda di prestazioni per la Radiologia a livello giornaliero, da cui risulta evidente un andamento bimodale con il picco più elevato nella fascia pomeridiana tra le 15 e le 17. Queste considerazioni possono fornire una solida base di programmazione dell'attività di Radiologia.

Per rispondere al secondo punto, l'analisi di processo ha previsto sia l'individuazione delle fasi principali del processo sia la stima di opportuni parametri che ne misurassero le performance. A tal fine è stata elaborata una *Value Stream Map* (Lovelle, 2001), costruita attraverso i seguenti passaggi:

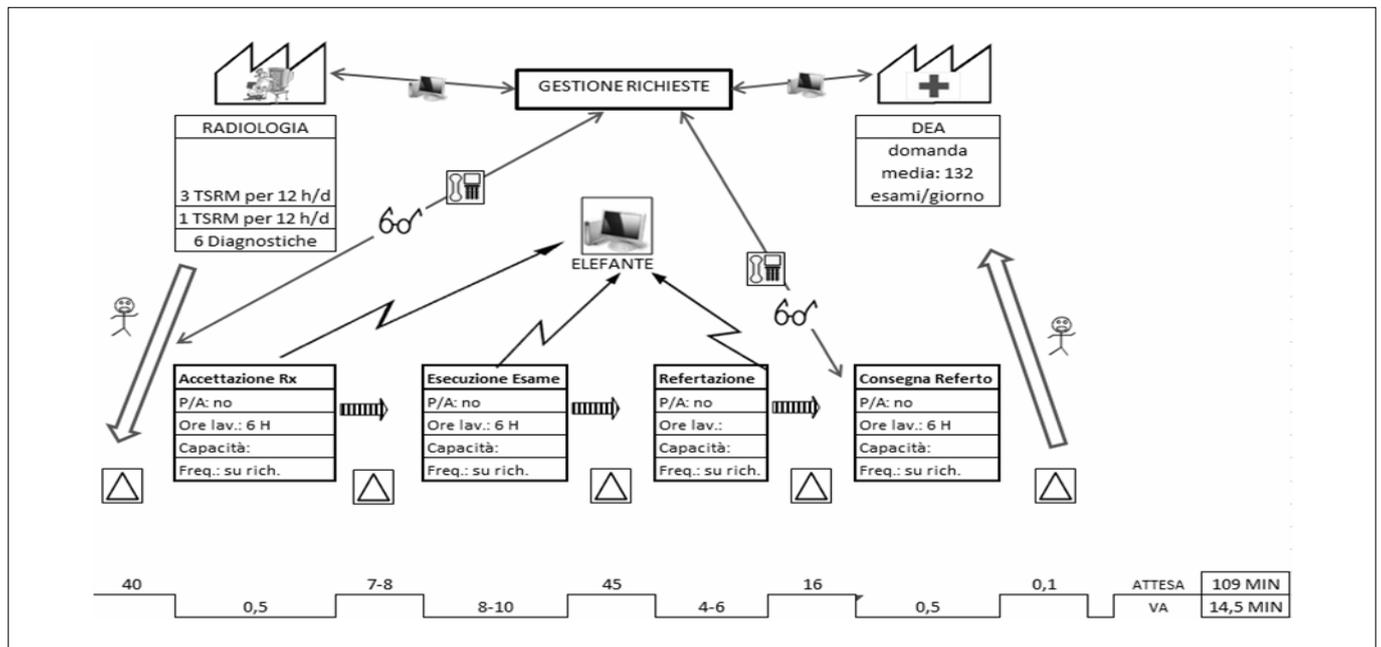
1) conoscenza diretta del processo (in contrapposizione alla conoscenza indiretta, operata mediante documenti, procedure o analisi di dati a posteriori), ponendosi nel-

la prospettiva del paziente. Questo aspetto comporta l'individuazione della sequenza di attività fisicamente vissute dal paziente, ponendo l'accento non solo sulle attività che comportano una rilevanza clinico-assistenziale (il cosiddetto tempo a valore aggiunto) ma anche, e soprattutto, sui tempi di attesa tra un'attività e l'altra, vissuti dal paziente come fonte di stress e spreco;

2) rapide rappresentazioni manuali della sequenza di attività secondo la simbologia prevista dal metodo;

3) identificazione, per ogni attività, di parametri legati al tempo di esecuzione (tempo ciclo), al numero di risorse umane e tecnologiche disponibili per l'esecuzione di quell'attività (capacità), alla frequenza e alla verifica dell'esistenza o meno di procedure che le governino e in che modo esse siano rispettate. In tale fase si procede anche all'individuazione della domanda in ingresso e della modalità di gestione del flusso documentale e di gestione delle richieste di prestazioni.

Come accennato in precedenza, la finalità dell'Unità Operativa di Radiologia è quella di effettuare e gestire diagnosi per immagini, fornendo esami radiologici e prestazioni diagnostico-terapeutiche in linea con i protocolli approvati e le apparecchiature in dotazione. La Radiologia riceve pazienti da tre flussi distinti:



1) Esterni: l'accesso è regolato tramite prenotazione al Centro unico prenotazioni (pazienti ambulatoriali, richieste urgenti del Medico di medicina generale cui si aggiungono i dimessi dal Pronto soccorso);

2) Interni: i ricoverati degli altri reparti;

3) Pronto soccorso: ha un proprio accesso. Attraverso una opportuna richiesta, il paziente accede alla Radiologia e, al termine dell'esame, ritorna al Pronto soccorso per il controllo del medico. All'interno di questa macro classificazione si distinguono due ulteriori livelli di specificazione: le prestazioni urgenti (da erogare in tempi più rapidi) e quelle ordinarie (pianificate in agenda).

La mappa del flusso del valore descrive le fasi fondamentali, evidenziate nella **figura 3**, del processo di erogazione di RX per la domanda dal PS. Tali fasi contemplano:

1) dall'arrivo del processo «fornitore», il Pronto soccorso, viene erogata una richiesta di esame radiologico dal medico in Dipartimento emergenza e accettazione (Dea);

2) a seguito di tale richiesta, il paziente è accompagnato in Radiologia, dove attende per la fase di accettazione radiologica;

3) segue la fase di *Front Office*: inserimento dei dati del paziente all'arrivo nell'unità operativa e aggiornamento della coda

del sistema informativo Ris (*Radiology Information System*);

4) esecuzione: erogazione della prestazione diagnostica;

5) refertazione: compilazione del referto;

6) *Back Office*: restituzione dell'apparato documentale prodotto al paziente.

Al termine di queste fasi il paziente è ricompagnato in Pronto soccorso, con l'esame debitamente refertato da un infermiere o da un Operatore socio-sanitario del Pronto soccorso, per la rivalutazione medica e la successiva destinazione di esito (ricovero, ritorno a casa, osservazione). In parallelo al processo fisicamente vissuto dal paziente, e iconograficamente espresso nella mappatura da frecce doppie, alcune attività, come l'accettazione, l'esecuzione e la refertazione, alimentano il flusso informativo elettronico, immagazzinando e rendendo disponibili alla postazione di accettazione del Pronto soccorso i dati relativi alle prestazioni (indicati nella Mappa del flusso del valore con le frecce a zig-zag che convergono sull'icona del sistema Ris). Inoltre, la gestione dei flussi in ingresso e in uscita dei pazienti in e dalla Radiologia è affidata a controlli visivi o telefonici da parte dell'Operatore Socio Sanitario del PS addetto al trasporto. Tale elemento di governo del processo è evidenziato, nel-

Figura 3

Mappa del flusso del Valore del processo di radiologia tradizionale

la Mappa del flusso del valore, dal box «gestione richieste» da cui si dipartono le frecce con le relative icone esemplificative della modalità informatica, telefonica o a vista della gestione della coda. Completa il set di informazioni sulle performance di processo la *timeline* sottostante i box della sequenza di fasi che evidenziano, in corrispondenza dei box, i tempi di esecuzione della relativa fase «a valore aggiunto» per il paziente; i tempi sottostanti i triangoli sono invece identificativi dei tempi di attesa tra l'esecuzione di una fase e l'inizio della successiva.

2.3. Le problematiche di processo

Osservando i tempi della *Value Stream Map* emerge una situazione interessante: dei 121 minuti trascorsi in Radiologia per il completamento dell'esame, solo 15 sono «a valore aggiunto» per il paziente, ovvero utilizzati per l'attività di esecuzione e referenziazione dell'esame. Il tempo restante è solamente motivo di attesa per il paziente.

Per comprendere appieno le problematiche di processo e stimarne adeguatamente l'efficienza organizzativa, occorre tuttavia tener conto di un altro elemento: il ritmo della domanda in ingresso. Non basta, infatti, analizzare il processo nel suo interno e valutare quanto dei suoi elementi costitutivi

al momento dell'indagine rispondano ai bisogni del paziente; occorre anche analizzare la frequenza di arrivo di una nuova richiesta per valutare se il processo così strutturato sia in grado di rispondere efficientemente a tale domanda (fatta salva, naturalmente, l'efficacia e l'appropriatezza diagnostico-terapeutica).

Per fare questo occorre confrontare i tempi necessari per l'attesa e la successiva esecuzione di ogni fase del processo con il cosiddetto *Takt Time*. Il *Takt Time* è definito come il rapporto tra il tempo lavorativo in un dato orizzonte temporale, al netto delle pause, e la domanda in ingresso nel medesimo intervallo di tempo. Il risultato è un valore numerico che esprime ogni quanto tempo arrivi una nuova richiesta di prestazione.

Dati i seguenti parametri:

- n. di giorni considerati (dal 25 gennaio al 30 aprile 2010) per l'analisi delle richieste di esami radiologici tradizionali: 95 giorni;
- n. ore lavorative giornaliere: 24 ore su 24;
- domanda registrata nei giorni analizzati: 9.659 esami.

Il *Takt Time* della domanda in ingresso era:

$$Takt\ Time = \frac{95 \text{ [giorni/periodo]} * 1440 \text{ [minuti/giorno]}}{9.659 \text{ [esami/periodo]}} = 14,16 \text{ minuti/ esame}$$

A fronte di un ritmo così elevato (circa ogni 15 minuti arriva una nuova richiesta di esame di radiologia tradizionale dal Pronto soccorso) è facile comprendere come ben poche attività, al di là della stretta fase di esecuzione, rispondessero a questa esigenza di «produzione» e quanto fosse necessario svolgere una approfondita analisi dei tempi non a valore aggiunto e dei fattori che li generassero.

Per fare ciò, sono state analizzate le fasi costitutive del processo in esame e per ciascuna di esse si è proceduto con la tecnica della Analisi della Causa Radice (*Root Cause Analysis*), basata sull'indagare l'origine dei problemi determinanti il fenomeno che si vuole correggere fino alla individuazione della causa che, se rimossa, dovrebbe comportare la soluzione definitiva, o quanto

meno la drastica riduzione, del problema in oggetto.

Sono stati individuati i seguenti problemi all'origine delle attese e delle inefficienze:

- duplicazione della fase di accettazione in Radiologia: il paziente che accede al Pronto soccorso e che necessita di una prestazione radiologica tradizionale viene registrato in Pronto soccorso; tuttavia, veniva compiuto un ulteriore inserimento dei dati quando il paziente si recava in Radiologia per effettuare l'esame;
- carico di lavoro in fase di esecuzione delle prestazioni radiologiche non livellato sulle risorse disponibili: nella Radiologia sono disponibili sei sale diagnostiche, di cui due dedicate esclusivamente al Pronto soccorso. Di queste, in realtà una sola era effet-

tivamente adoperata ai limiti della sua capacità produttiva, preferita all'altra dagli operatori per la sua maggiore facilità di utilizzo. Questo contrastava con la possibilità di saturare la capacità produttiva al fine di garantire la piena elaborazione delle richieste provenienti dal Pronto soccorso; inoltre, l'attività non era schedulata secondo precisi criteri di gestione della produzione, generando piuttosto dei «lotti di produzione» in un terzo delle risorse disponibili. Inoltre vigeva una modalità di ripartizione del lavoro da parte dei tecnici di Radiologia basata sull'essere dedicati, nel proprio turno, alla diagnostica piuttosto che essere organizzati in modo flessibile a seconda del volume e delle tipologie di richieste di esami in ingresso;

– le fasi di trasporto in ingresso e in uscita dalla Radiologia non erano sincronizzate né con la capacità produttiva disponibile in quel momento, né tanto meno con il *Takt Time* della domanda in ingresso. Il trasportatore, tipicamente un Operatore socio-sanitario (Oss), non portava un paziente dal Pronto soccorso al piano superiore in Radiologia al momento in cui si generava la richiesta o al più quando, una volta contattata la Radiologia, quest'ultima fosse stata pronta per ricevere il paziente; invece, accumulava un certo numero di richieste e portava in Radiologia un gruppo di pazienti in attesa di esame. In questo modo il trasportatore ottimizzava il proprio compito, ma a scapito dell'efficienza dell'intero processo di erogazione della prestazione radiologica, generando sia code a monte della fase di accettazione in radiologia sia code a valle, al momento del ritorno dei pazienti in Pronto soccorso, con gli esami refertati per la rivalutazione medica.

3. Verso lo stato futuro: azioni migliorate progettate e intraprese

Per far fronte alle problematiche individuate sono stati attivati dei nuclei operativi che, con l'ausilio del tecnico di Radiologia individuato come agente del cambiamento, hanno partecipato a una serie di incontri in cui, contestualmente alle attività formative in aula proposte durante il corso di formazione, fossero presentati i dati relativi all'analisi della situazione attuale e attivati momenti di scambio di opinioni tra il personale in Radiologia e quello in Pronto soccorso. Ciò ha per-

messo una partecipazione fattiva al miglioramento del processo di cui i presenti erano gli operatori. Congiuntamente a questo, a livello di direzione strategica aziendale, erano già state prese decisioni volte a intensificare l'integrazione dei flussi di dati informativi tra la Radiologia e il Pronto soccorso. In questo modo è stato possibile attuare le seguenti contromisure:

– miglioramento dell'integrazione tra il sistema informativo del Pronto soccorso e quello della Radiologia, al fine da evitare la doppia registrazione della richiesta radiologica del paziente;

– adozione di una diversa ripartizione dei compiti basata sull'acquisito concetto di «due velocità» di esecuzione del lavoro. Tale concetto si basa sull'organizzazione del lavoro del personale della Radiologia in base al ritmo della domanda in ingresso di richieste radiologiche durante le ore della giornata e sui picchi di volume che si registrano in particolare nella fascia pomeridiana;

– esecuzione di esami richiesti dai pazienti interni (ricoverati nei reparti) nelle fasce identificate come a minor afflusso dal Pronto soccorso. Questa scelta è stata resa possibile dallo studio dell'andamento della domanda nel corso della giornata;

– sensibilizzazione del personale di Radiologia a una gestione del lavoro in base alla richiesta degli esami piuttosto che a una ripartizione dei compiti per sale diagnostiche;

– miglioramento del coordinamento e della compartecipazione al lavoro tra operatori in Radiologia e in Pronto soccorso con l'ausilio di strumenti di comunicazione a distanza (*walkie talkie* prima, cellulari poi) e attivazione di riunioni settimanali tra tecnici di radiologia e Oss di Pronto soccorso per analizzare lo stato di avanzamento del processo e le modalità di gestione adottate;

– riorganizzazione delle postazioni diagnostiche secondo la metodologia 5S, uno degli strumenti principali della filosofia *Lean* che racchiude in cinque passaggi un metodo sistematico e ripetibile per l'ottimizzazione degli standard di lavoro e quindi per il miglioramento delle performance operative.

In particolare, l'acronimo identifica la sequenza delle seguenti cinque attività, nella

lingua giapponese tutte inizianti con la lettera S (da cui «5S»):

1) *Seiri* - separare: separare ciò che serve da ciò che non è funzionale all'attività e quindi crea disturbo e disordine, quindi spreco di tempo o di risorse (*Muda*);

2) *Seiton* - riordinare: riporre tutto quello che è utile, in modo da garantire una collocazione univoca a ogni oggetto;

3) *Seiso* - pulire: mantenere un ordine costante e metodico. Un ambiente pulito e ordinato è un ambiente che «non nasconde» le inefficienze;

4) *Seiketsu* - sistematizzare o standardizzare: definire delle metodologie ripetitive e canonizzate da utilizzare per continuare queste attività di razionalizzazione delle risorse e degli spazi lavorativi;

5) *Shitsuke* - diffondere o sostenere: fare in modo che questo modo di pensare e agire sia pervasivo per tutte le attività aziendali.

In questa fase sperimentale del progetto il primo passo è stato quello di identificare un posto univoco per alcuni materiali di alto consumo, in modo da ridurre i tempi di ricerca degli stessi al momento necessario.

4. Risultati

4.1. La situazione in Radiologia un anno dopo

A seguito della fine del corso di formazione e delle contromisure adottate e in precedenza elencate, occorre determinare se tali accorgimenti avessero effettivamente migliorato l'efficienza del processo e se tali miglioramenti avessero in qualche maniera esercitato un riscontro positivo anche sulle prestazioni diagnostico-terapeutiche in Pronto soccorso. È stata quindi condotta un'analisi ponendo a confronto la produzione del 2010 con l'isoperiodo 2011, focalizzando l'attenzione non sui tempi tecnici di esecuzione delle attività, bensì sugli intertempi tra una attività e la successiva. Per fare questo, è stata fondamentale l'interrogazione del database alimentato dal sistema Ris e la successiva analisi secondo la metodologia del Controllo statistico di processo (SPC).

Lo scopo è quello di incidere sugli aspetti di gestione operativa che maggiormente con-

dizionano l'efficienza dei processi clinico-assistenziali, come ampiamente sperimentato e documentato anche in letteratura (Baker *et al.*, 2009; Litvak *et al.*, 2001), piuttosto che sui tempi ritenuti necessari a priori dalla metodologia per l'esecuzione delle procedure diagnostico-terapeutiche.

Nel 2011 la Radiologia ha eseguito poco più di 40.000 prestazioni, rispetto alle circa 34.000 del primo 2010.

Sono stati rilevati quindi gli andamenti dei seguenti tempi non a valore aggiunto e confrontati con il quadrimestre analogo dell'anno precedente:

- attesa tra la richiesta di prenotazione e l'accettazione in Radiologia;
- attesa tra l'accettazione e l'esecuzione dell'esame;
- attesa tra l'esecuzione e la refertazione dell'esame;

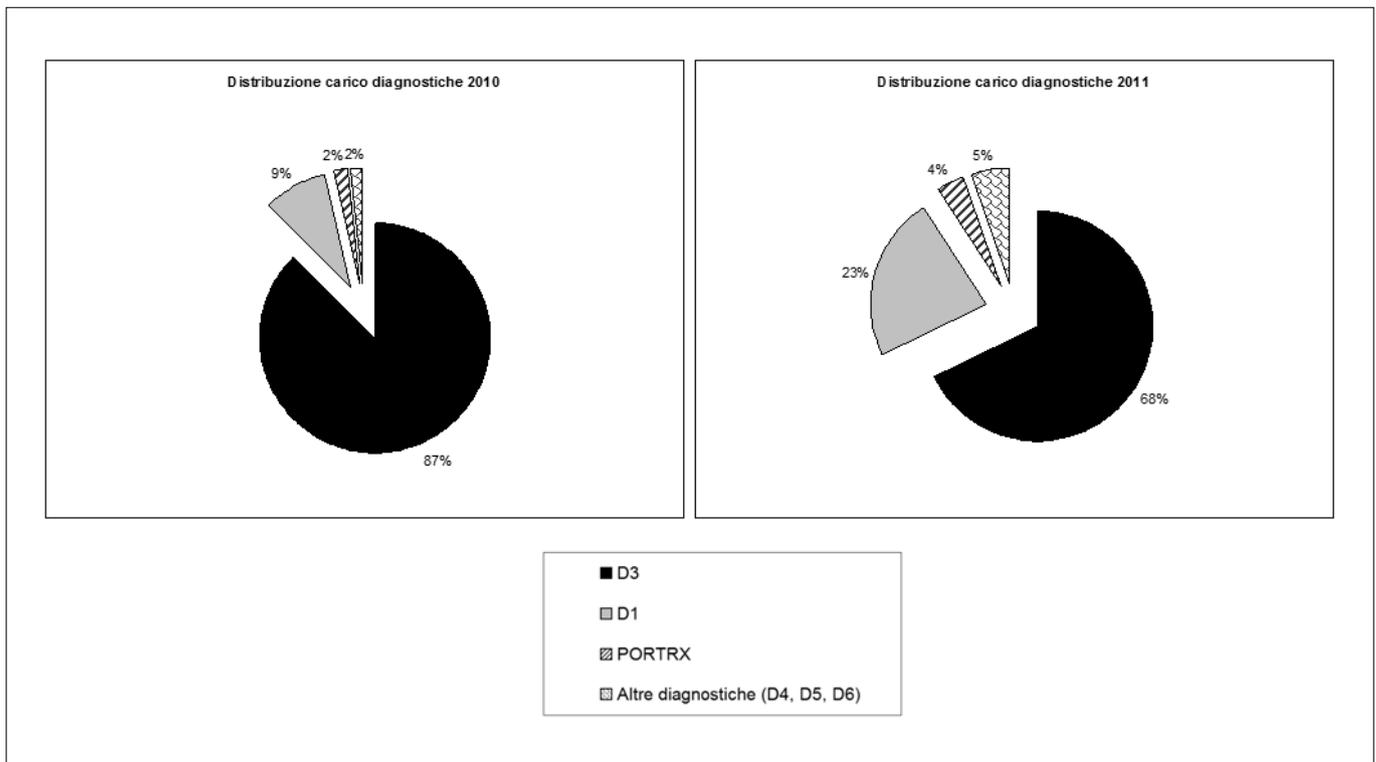
Come stimatori del tempo complessivo di completamento di un esame, il cosiddetto *Lead Time* nell'ambito manifatturiero, sono stati usati i seguenti parametri:

- attesa tra il tempo di prenotazione e il tempo di esecuzione di una richiesta;
- attesa tra il tempo di prenotazione e il tempo di refertazione di una richiesta.

È stato inoltre fatto un confronto tra la distribuzione dei carichi di lavoro nelle sei sale diagnostiche (D1-D6) a disposizione nel 2010 e il corrispettivo parametro nel 2011. Nella **figura 4** le voci del grafico sono codificate come segue:

- D1, D2, D3, D4, D5 e D6 identificano le sei diagnostiche preposte alla lavorazione di esame di radiologia tradizionale;
- PORTRX codifica i macchinari portatili per l'esecuzione di RX a letto del paziente.

Dai risultati di questa analisi è emerso un dato estremamente incoraggiante. Le prestazioni dell'anno 2011 sono state erogate in maniera molto più omogenea tra le sale diagnostiche a disposizione rispetto allo stesso periodo dell'anno 2010. In particolare colpisce la riduzione del 21% del carico sulla diagnostica «preferita» dagli



operatori fino all'anno prima (indicata con la sigla D3), a favore di tasso di utilizzo dell'altra sala dedicata (D1) e delle altre risorse a disposizione un po' più che raddoppiato.

Altri risultati incoraggianti provengono dall'analisi degli intertempi su menzionati. Per comprendere se rispetto all'anno precedente ci sia stato un miglioramento in termini di riduzione del tempo tra la prenotazione di un esame e l'avvenuta esecuzione, sono stati plottati i dati relativi ai due intervalli temporali analizzati (2010 e 2011) e posti a confronto (figura 5).

Sull'asse delle ascisse sono indicati i tempi (espressi in minuti) tra la richiesta e l'esecuzione di un esame, mentre sulle ordinate compare il numero di prestazioni eseguite nei due periodi. L'area sottesa tra le due linee di tendenza evidenzia il numero di prestazioni in più erogate nel 2011 con un tempo uguale o inferiore ai 30 minuti, valore identificato a priori come termine di riscontro accettabile. Tale valore è stato concordato con gli operatori sia del Pronto soccorso sia della Radiologia e tiene conto del tempo ritenuto necessario per l'esecuzione del lavoro corri-

spondente alle attività di processo in esame. Tale area copre un miglioramento stimabile nel 35% di prestazioni in più eseguite entro i 30 minuti.

Un'ultima indagine è stata condotta sull'andamento, negli anni 2010-2011, del tempo complessivo di attraversamento di una richiesta di esame tradizionale radiologico dal Pronto soccorso, dal momento della prenotazione al momento dell'avvenuta refertazione (e non più solo esecuzione).

Sono stati quindi considerati i record relativi a esami di cui fossero registrate, nel sistema informativo, la data e l'ora di refertazione e per essi identificati i parametri di valore medio, di deviazione standard del tempo intercorso rispetto alla numerosità delle prestazioni nei due anni. È stato possibile analizzare, al termine di questa fase, oltre il 99% della popolazione di dati in ingresso. I risultati sono espressi nella figura 6.

Operando un *fitting* dei dati registrati negli anni 2010-2011 mediante una regressione di tipo lineare, risulta estremamente evidente come nel giro di un anno il processo si sia attestato attorno:

Figura 4
Distribuzione delle richieste di radiologia tradizionale tra le Sale diagnostiche

Figura 5

Andamento dei tempi di esecuzione dalla prenotazione degli esami RX nel 2010 e nel 2011

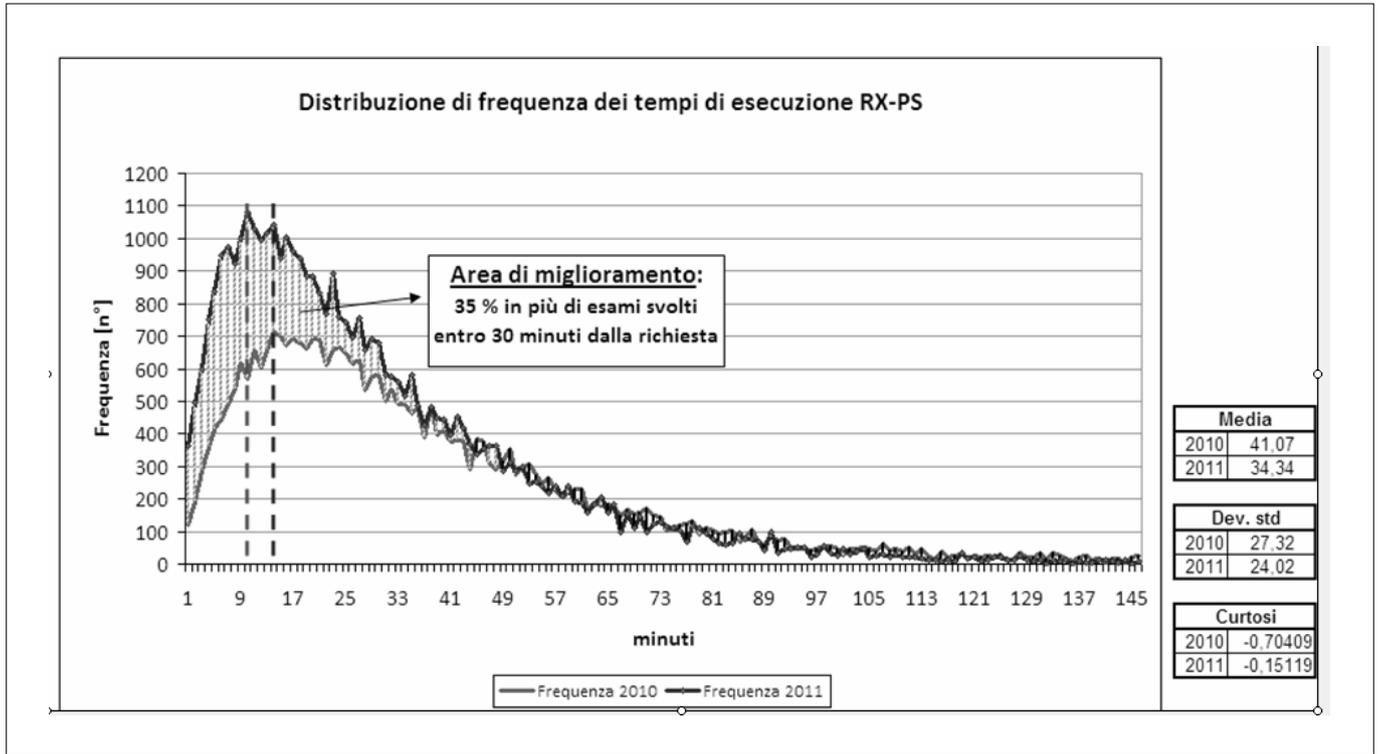
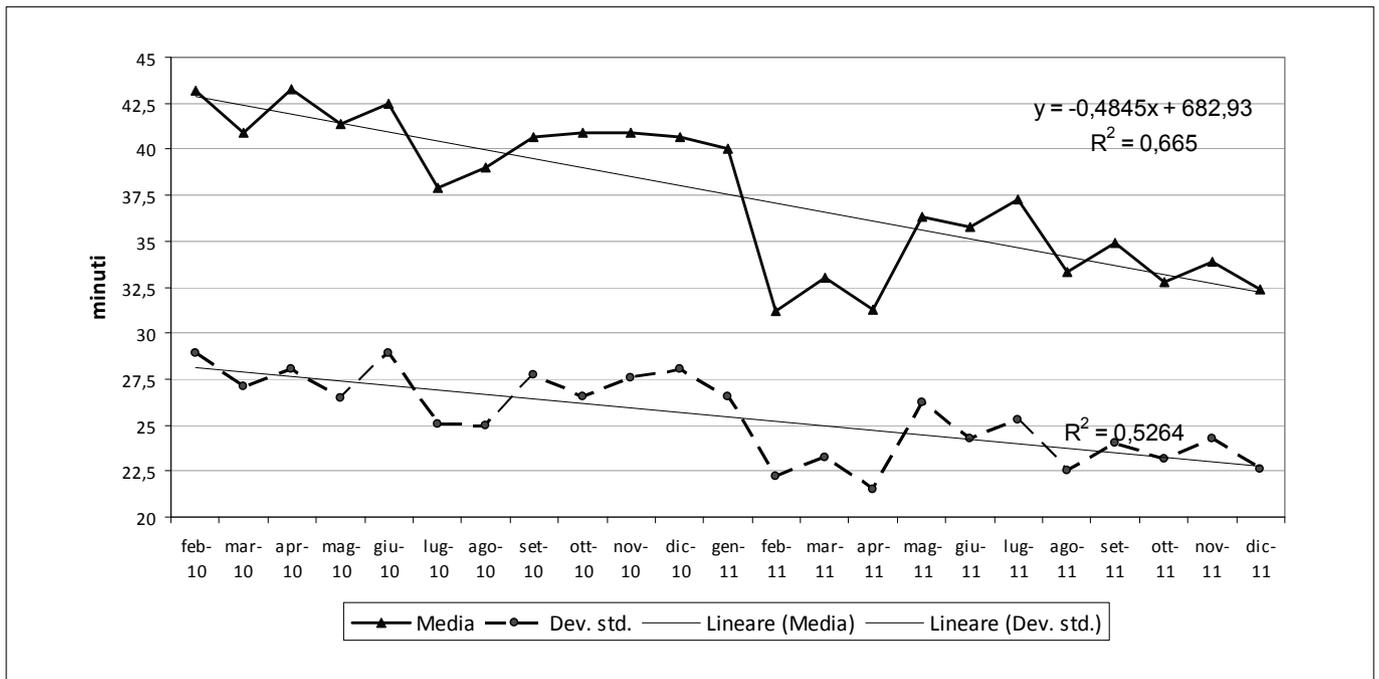


Figura 6

Trend del Tempo di attraversamento (Lead Time) di una richiesta radiologica per il PS



- a un valore medio di completamento esame di circa 32,5 minuti a prestazione, pari al 20% in meno rispetto all'anno precedente;
- a una deviazione standard ridotta di circa il 10% rispetto alla situazione di partenza.

Il risultato è particolarmente significativo alla luce di due considerazioni:

- il trend sistematico di progressiva riduzione, segnale di un miglioramento strutturale e non episodico;
- nel 2011 la produzione (intesa come numero di esami eseguiti) di radiologia tradizionale per il Pronto soccorso ha avuto in tutto l'anno un aumento medio di circa il 9% delle prestazioni erogate rispetto all'anno precedente, con picchi anche del 17% in alcuni periodi dell'anno, come evidenziato dai dati riportati nella **figura 7**. A fronte di un tale aumento di complessità, dettato dal maggior volume di prestazioni richieste, ci si sarebbe aspettati un aumento corrispondente della variabilità del processo di gestione delle richieste radiologiche. Dalla figura 6 si osserva, al contrario, una significativa riduzione di tale variabilità.

4.2. La situazione in Pronto soccorso un anno dopo

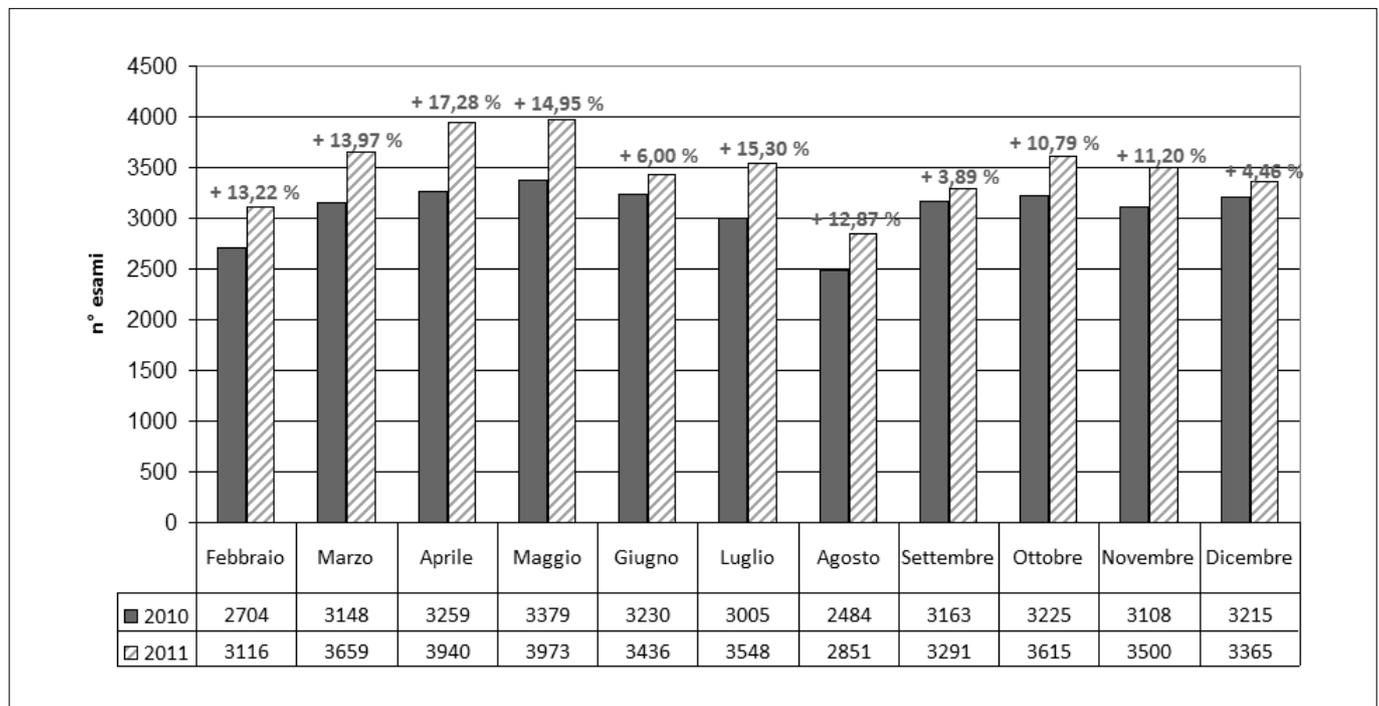
Considerata l'imprescindibile interrelazione tra il servizio di Radiologia e la modalità con cui la domanda in ingresso al servizio è erogata dal Pronto soccorso, è indispensabile domandarsi se parte degli effetti positivi registrati siano anche dovuti alle prestazioni rese più efficienti nel dipartimento di Emergenza e urgenza. Per verificare questo aspetto, sono stati esaminati tre elementi relativi alle performance di processo in Pronto soccorso:

- l'andamento del tempo complessivo di attraversamento (*Lead Time*) in Pronto soccorso nel primo quadrimestre 2011 rispetto all'isoperiodo 2010;
- la distribuzione della variabilità nell'attivazione delle richieste di esami radiologici tradizionali;
- il numero di accessi nel primo quadrimestre 2011 rispetto all'isoperiodo 2010.

// Lead Time in Pronto soccorso

L'analisi di questo indicatore è stata condotta in rapporto alla percentuale di pazienti in ingresso al Pronto soccorso che abbiano

Figura 7
Confronto produzione RX per PS 2010 vs 2011



completato il proprio percorso diagnostico-terapeutico entro le 4 ore indicate come obiettivo dal Sistema regionale di valutazione e monitoraggio delle performance. In base a questo criterio è stato identificato l'andamento degli accessi come riportato in **figura 8**.

Sull'asse delle ascisse sono riportati i tempi di permanenza in Pronto soccorso, espressi in intervalli di due ore, mentre le ordinate identificano il numero di accessi. È evidente non solo il notevole incremento percentuale di accessi entro le 4 ore, ma anche un netto miglioramento rispetto al 2010 del trend degli accessi che superino tale soglia.

La variabilità nella richiesta degli esami

Analizzare questo parametro ha richiesto un'analisi delle richieste di esami attivate dal Pronto soccorso, considerando la totalità delle richieste del 2010 e 2011, e verificandone la distribuzione stratificata nelle fasce orarie. L'obiettivo era valutare la presenza di eventuali andamenti che suggerissero una variabilità «artificiale» e confrontare le per-

formance in termini di omogeneità di esecuzione dell'attività tra un anno e l'altro.

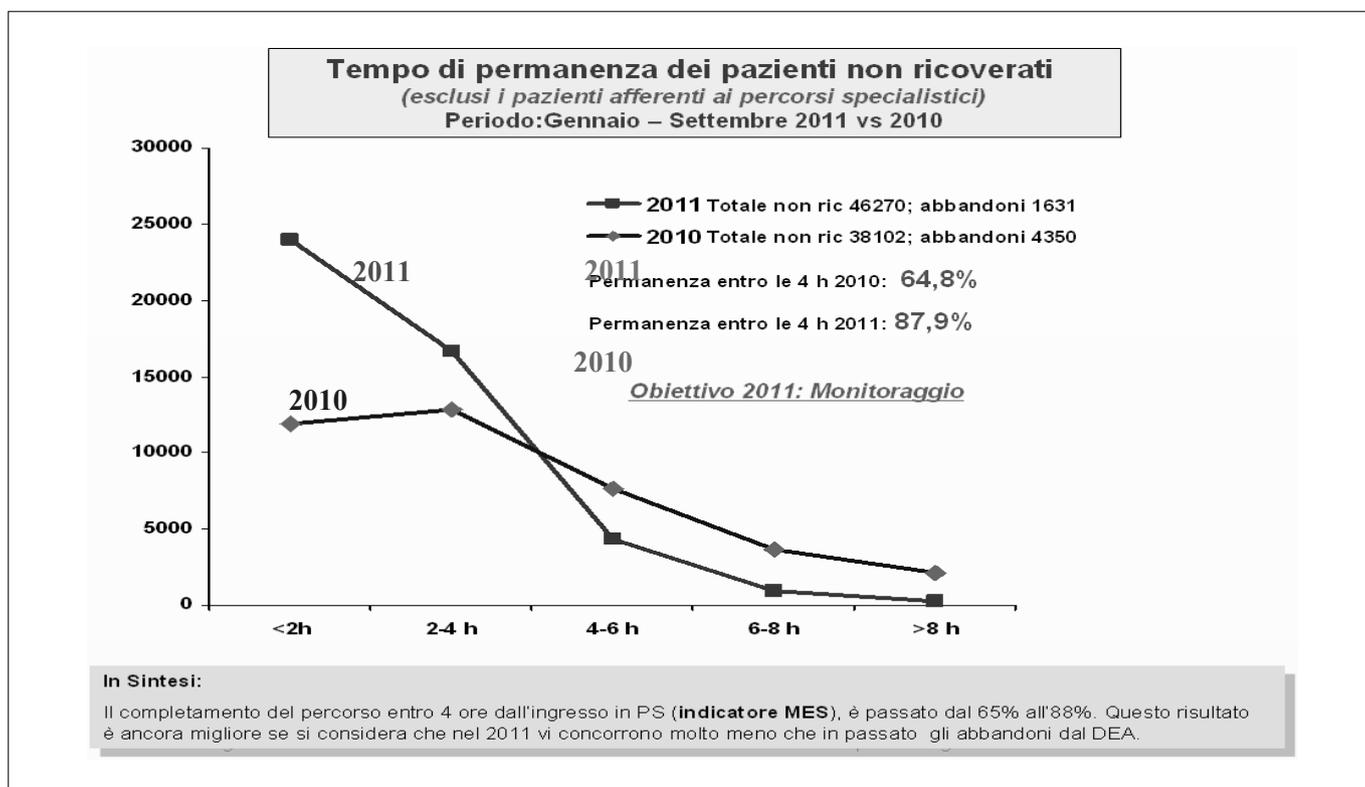
Dal grafico nella **figura 9** risulta evidente che, a fronte di una maggiore numerosità di richieste, la deviazione standard si è ridotta sensibilmente, riducendo l'ampiezza della distribuzione rispetto al valor medio, peraltro leggermente aumentato. L'attività di richiesta di esami radiografici tradizionali avviene quindi con maggiore regolarità e omogeneità rispetto agli accessi in Pronto soccorso.

Numero di accessi in Pronto soccorso

Per indagare, infine, se l'accresciuto numero di prestazioni eseguite in Radiologia avesse una corrispondenza nelle attività di processo del Pronto soccorso, è stato effettuato un confronto tra il numero di accessi al Pronto soccorso nel 2010 e nel 2011 (**figura 10**): è emerso un aumento nel numero di accessi mensili e complessivi nel 2011 pari a circa il 15% rispetto all'anno precedente. Tale percentuale, sostanzialmente identica al numero di prestazioni in più eseguite dalla Radiologia nel corso dell'anno rispetto all'i-

Figura 8

Andamento del tempo di permanenza in Pronto Soccorso



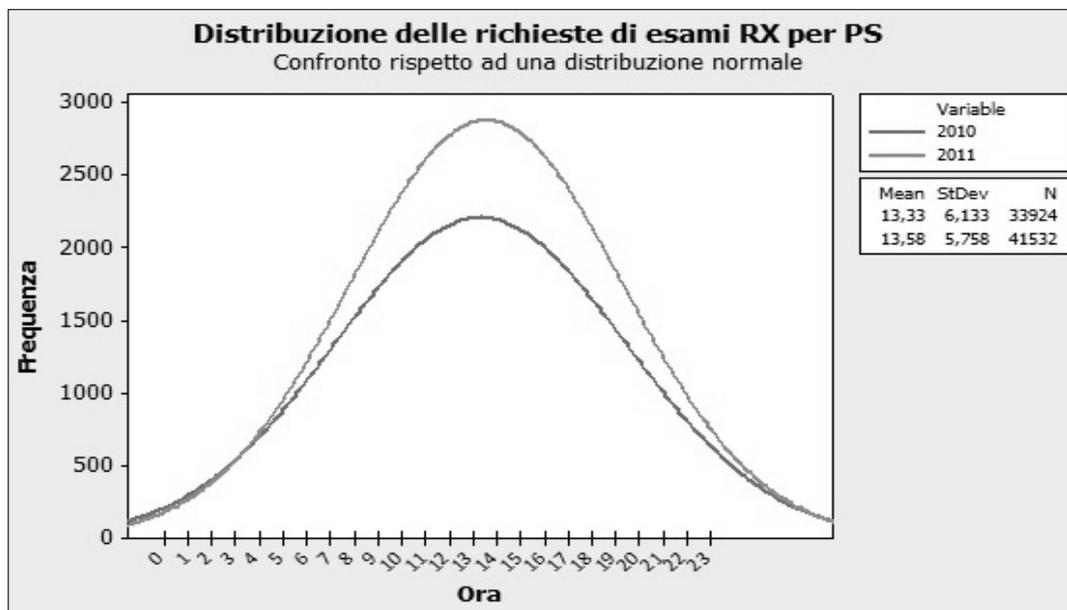


Figura 9
Distribuzione richieste esami dal PS

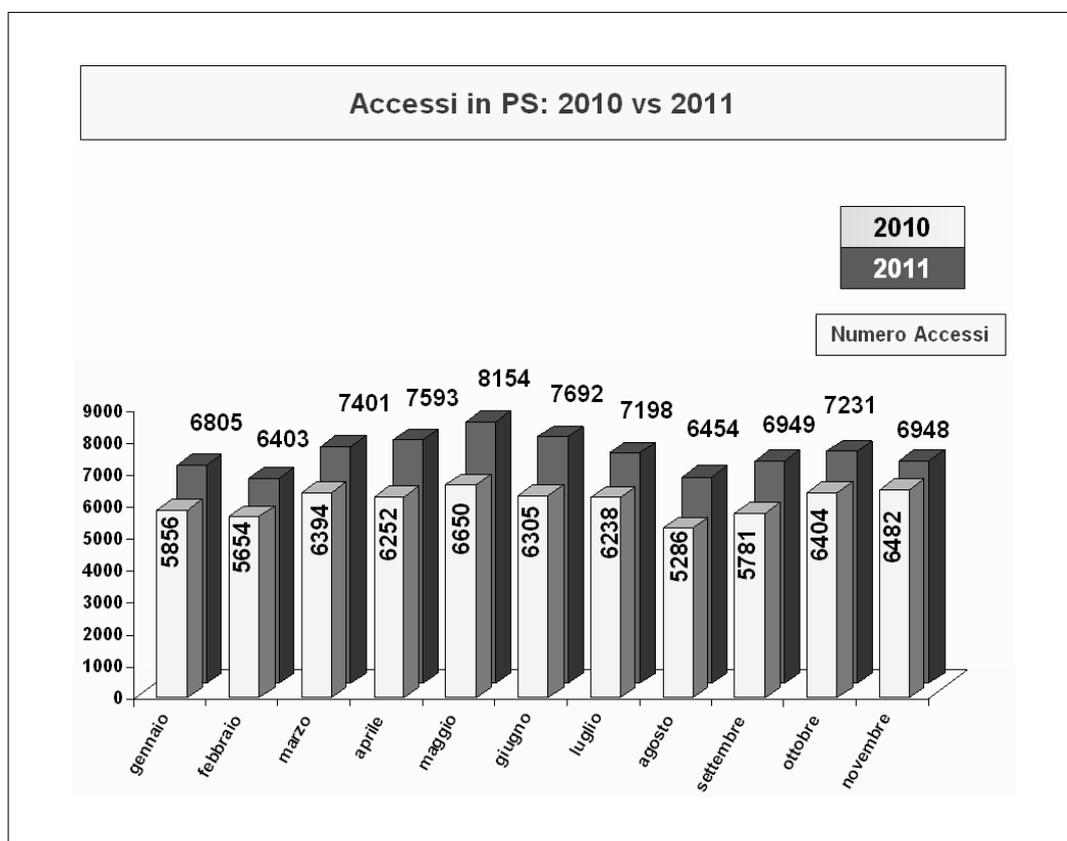


Figura 10
Confronto del numero di accessi in PS tra 11 mesi 2010 e 2011

soperiodo 2010, lascia supporre che l'aumento delle prestazioni radiologiche erogate sia dovuto al maggior numero di accessi al Pronto soccorso, piuttosto che a una saturazione della capacità produttiva nella Radiologia stessa. Il dato è comunque estremamente positivo, in quanto, nonostante l'accresciuta complessità generata dall'aumento di domanda in ingresso, il servizio è riuscito comunque a soddisfare le richieste e a porsi al ritmo del processo fornitore a monte (figura 10).

5. Considerazioni conclusive

L'indagine condotta in questo lavoro evidenzia i rilevanti miglioramenti nell'efficienza di processo, che possono essere sinteticamente espressi da un tempo di completamento esame (dall'arrivo della richiesta alla sua erogazione) più in linea con il ritmo della domanda in ingresso, accompagnato da una significativa riduzione della sua variabilità a fronte di un aumento di prestazioni richieste.

Le prestazioni registrate successivamente al periodo in analisi, e relative quindi all'anno 2012, sembrano confermare ulteriormente una acquisita stabilità di processo nell'erogazione di radiologia tradizionale in termini di tempi di esecuzione e variabilità. Inoltre il Pronto soccorso ha ulteriormente migliorato le sue prestazioni, soprattutto in termini di percentuale di pazienti dimessi entro 4 ore, che è aumentato dall'88% circa del 2011 al 95% circa nel 2012.

I risultati incoraggianti registrati, tuttavia, possono essere considerati il punto di partenza per ulteriori sforzi di miglioramento: il valor medio del tempo di completamento si attesta ancora al di sopra del *Takt Time* della domanda in ingresso e la variabilità, espressa in un valore di deviazione standard ancora più alto del valor medio, è tale da non poter ritenere il processo in controllo statistico (ovvero caratterizzato da una variabilità puramente casuale, intrinseca in ogni sistema

complesso e, in quanto tale, non eliminabile).

L'approccio adottato, tuttavia, non solo ha consentito di raggiungere un'adeguata conoscenza del contesto su cui operare, ma ha anche creato solide basi di coinvolgimento del personale per poter attuare concreti interventi risolutivi. Passaggio iniziale fondamentale, per giungere a un tale clima organizzativo, è stato il percorso formativo curato e gestito dal Dipartimento di Ingegneria gestionale del Politecnico di Milano, che ha consentito di introdurre la base di metodo e di comprensione delle logiche oggetto delle successive analisi e sperimentazioni.

È inoltre alla luce di questi presupposti che sono in fase di studio, per una sperimentazione sul campo e una successiva pubblicazione:

- un ulteriore miglioramento del coordinamento tra personale di Pronto soccorso e di Radiologia, creando una cabina di regia che schedi in maniera centralizzata l'erogazione delle prestazioni, analogamente a quanto avvenga in ambito manifatturiero con il *Master Production Scheduling* (MPS);

- una standardizzazione dell'attività di trasporto di pazienti da e verso la Radiologia, con un sistema di cartellini che renda immediatamente visibile agli operatori lo stato di «lavorazione» della richiesta;

- un potenziamento di riorganizzazione secondo la metodologia 5S delle postazioni di lavoro, in modo da creare celle che siano dotate del corretto quantitativo di risorse necessarie per l'esecuzione di un determinato numero di esami, da calcolare opportunamente, senza che i tecnici di Radiologia siano costretti a provvedere al rifornimento in maniera non standardizzata nei quantitativi e nei tempi di riordino;

- un sistema di monitoraggio periodico basato su carte di controllo che identifichino se il processo è in controllo statistico rispetto alle specifiche di processo.

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

- BAKER M., TAYLOR I., MITCHELL A. (2009), «Making hospitals work», *Lean Enterprise Academy*, Godrich, UK.
- BERRY L., SELTMAN K. (2008), *Management lessons from Mayo Clinic*, McGraw Hill, New York.
- DOHERTY L. (2011), «Striving for Excellence. Succeeding with lean thinking in healthcare», *Internal Report*, Bolton NHS Foundation Trust, UK.
- FILLINGHAM D. (2010), «Achieving a leaner and better hospital», *Journal of the Health Management Institute of Ireland*, pubblicato on-line su journal.hmi.ie/?p=1167.
- LITVAK E., LONG M.C., COOPER A.B., MCMANUS M.L. (2001), «Emergency room diversion: causes and solutions», *Academic Emergency Medicine*, 8, pp. 1108-1110.
- LOVELLE J. (2001), «Mapping the value stream», *IIE Solutions* 33, 2, pp. 26-32.
- MAZZOCATO P., SAVAGE C., BROMMELS M., ARONSON H., THOR J. (2010), «Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature», *Quality and Safety in Health Care*, 19, pp. 376-382.
- NICOSIA F. (2012), *Il nuovo ospedale è snello. Far funzionare gli ospedali con il Lean Healthcare*, Franco Angeli, Milano.
- WOMACK J.P., JONES D.T. (1996), *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*, Simon&Schuster, New York.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CER GAS, 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, accertata la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima ai 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). È consigliata agli Autori una lettera di risposta al referaggio in cui si indichino le modifiche apportate e la ragione dei suggerimenti non accolti. 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, CER GAS - 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 e 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 tra le cinquemila e le settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti, con i rispettivi titoli, su file separato dal testo. 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, 2009). 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. (2009), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo*, 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), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.

Articoli in riviste

DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2003), «Italian public healthcare organizations: specialization, institutional de-integration, and public networks relationships», *International Journal of Health Services*, 41 (4), pp. 757-74.

Rapporti/Atti

OECD (2012), *Gender Publication - Closing the Gender Gap: Act Now*, 17 December, OECD, Paris.
WHO/EUROPE (2009), «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

Non pubblicati

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.

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**.

Dal controllo della spesa al governo clinico delle cure primarie: esperienza alla ASL 4 Terni

FLAVIA SIMONETTA PIROLA, VINCENZO PANELLA, SERGIO LUZZI GALEAZZI

The article describes how, even in primary care, it has been possible to move from a financial management of the local expenditure to a clinical governance of allocated resources, in order to achieve significant levels on costs rationalization, without reducing the needed standards of assistance. Such result has been reached through: defining clinical governance targets such as prescriptive appropriateness for drugs; constructing clinical pathways; refining individual welfare programs; supporting a whole engagement of all the attendees (general practitioners and health workers in the primary care services). An informative and technological back-up that helps sharing patients healthcare information and a stable and synergic activity of health management were successful conditions.

Keywords: primary care; general practitioners; prescriptive appropriateness; clinical pathways; patient summary

Parole chiave: cure primarie; governo del territorio; Medici di medicina generale; appropriatezza prescrittiva; PDTA; patient-summary

Note sugli autori

Ex Asl 4 Terni:
Flavia Simonetta Pirola, è direttore sanitario aziendale - flaviapirola@libero.it
Vincenzo Panella, è direttore generale
Sergio Luzzi Galeazzi, è medico di medicina generale

1. Introduzione

L'aumento dell'età media della popolazione, la crescente incidenza e prevalenza delle patologie croniche, la sempre maggiore richiesta di servizi assistenziali a fronte della limitatezza delle risorse economiche assegnate, impongono oggi anche nei Sistemi Sanitari la messa in atto di meccanismi che razionalizzino al massimo l'impiego delle risorse. Ogni sistema deve essere impegnato nella ricerca di un aumento di efficienza, trovando tuttavia un equilibrio sostenibile tra le diverse dimensioni per privilegiare quelle di tutela della salute (Borgonovi, 2012; Del Favero, 2012). I Medici di Medicina Generale (MMMG) ed i servizi delle ASL responsabili della gestione dell'assistenza territoriale (distretti) sono particolarmente coinvolti in questa evoluzione (Heller, Tedeschi, 2004; Guzzanti, 2012). Infatti oggi le risorse economiche assorbite da questi settori sono consistenti, arrivando a consumare in alcuni casi anche oltre il 50% del bilancio delle ASL (Longo *et al.*, 2012). Ne deriva che la presa in carico globale degli assistiti e delle loro necessità assistenziali in maniera efficiente non può prescindere dal pieno e completo coinvolgimento di queste figure. Per ottenere tutto ciò, occorre:

– realizzare in ambito distrettuale e territoriale una rete integrata di servizi, finalizzati alle cure primarie e alle cure intermedie, che garantisca la continuità dell'assistenza, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente, il governo dei percorsi sanitari e sociali, la soddisfazione della domanda di salute in maniera appropriata (Longo, Del

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto
3. Gli obiettivi
4. La strategia
5. Il metodo operativo
6. I risultati
7. Considerazioni conclusive

Vecchio, Lega, 2010; Consalvi, Vendramini, 2010);

– razionalizzare l'utilizzo delle risorse economiche disponibili, attraverso una linea rigorosa di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica garantendo l'efficacia del sistema (Del Vecchio, 2001; Bancho, 2012);

– integrare le informazioni socio-sanitarie disponibili sul paziente e renderle fruibili alla maggior parte degli attori del sistema (Ugenti, 2012; Compagni, Tediosi, Tozzi, 2010).

La disponibilità di metodi di registrazione delle prestazioni erogate e di misurazione dell'efficienza delle attività assistenziali in relazione a parametri di riferimento scientificamente validati è, a nostro parere, il presupposto per qualunque azione di ottimizzazione dei processi diagnostico-terapeutici (Ugenti, 2012). Tali misurazioni debbono poter essere replicate periodicamente ed essere compatibili con le risorse assegnate. Inoltre, esse devono essere disponibili in tempo reale a tutti gli attori del sistema ma, in particolare, ai MMG, agli operatori di distretto, dell'emergenza-urgenza ed, infine, anche agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri. Tutti questi attori devono essere condotti ad adottare modalità lavorative che siano tra esse in piena sintonia e soprattutto che siano sinergiche e complementari, che prevedano comportamenti omogenei e in linea con le indicazioni moderne della letteratura scientifica, che tengano conto dei criteri di appropriatezza clinica e prescrittiva e che si riferiscano a modelli etici di comportamento in cui l'aspetto economico è parte integrante della propria attività e della responsabilità del medico (Calciolari, 2009; Del Vecchio, 2008; Galli, Vendramini, 2008).

Questo lavoro descrive gli interventi realizzati nel triennio 2009-2012 dalla Direzione Generale della ASL 4 di Terni di concerto con i MMG ed i tre distretti che hanno portato, senza ridurre i livelli di assistenza, a una efficace razionalizzazione della spesa, con una presa in carico dei pazienti attraverso l'adozione di comportamenti prescrittivi virtuosi, di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e di Piani Assistenziali Integrati (PAI) più adeguati ai tempi moderni. Questi percorsi e piani sono stati costruiti

a partire dalla conoscenza epidemiologica del contesto, derivata dalla «messa in comune» dei dati sanitari dei singoli pazienti (concentratore epidemiologico, *software* territoriale) e dalla individuazione e condivisione di comportamenti assistenziali (anche prescrittivi) appropriati ed efficienti (prescrizione farmaceutica, PDTA, PAI).

2. Il contesto

La ASL 4 di Terni¹ insisteva sulla provincia omonima e contava 232.295 assistiti, di cui 57.601 con età superiore a 64 anni. Con un indice di invecchiamento di 24,8 e un indice di vecchiaia di 205,29, si è caratterizzata per avere una popolazione piuttosto anziana rispetto alle altre realtà territoriali dell'Umbria e ancor più rispetto all'Italia (Dati ISTAT al 1° gennaio 2012). I consumi sanitari e socio-assistenziali sono sempre stati molto elevati. Nel 2009 il tasso di ospedalizzazione standardizzato era del 192,51 per 1000 abitanti con il 16,11% di ricoveri potenzialmente inappropriati. Il consumo pro-capite di prestazioni specialistiche era di oltre 14 all'anno. La spesa farmaceutica, che rappresentava il 10% del bilancio della ASL, era storicamente la più alta della Regione Umbria, sia in termini assoluti che pro-capite, e nel 2009 aveva uno scostamento dalla media regionale per la farmaceutica convenzionata di 16 € pro-capite. Per garantire l'assistenza socio-sanitaria, la ASL 4 ha ricevuto nel 2009 dalla Regione Umbria l'ammontare di 395.011.123 €, per una quota pro-capite di 1.716 €, superiore alla quota erogata alle restanti ASL umbre.²

Dal punto di vista epidemiologico, la maggiore anzianità della popolazione e la conseguente maggiore presenza di malattie croniche non sembrava giustificare i maggiori consumi sanitari rilevati. L'analisi di questi consumi attribuibile ai singoli medici mostra infatti delle differenze fra medico e medico non riferibili alle caratteristiche epidemiologiche degli assistiti assegnati, essendo queste, tranne rare eccezioni, uniformemente distribuite tra i pazienti dei singoli medici. Anche la quantità di medici presenti sul territorio (205 MMG e 85 medici di continuità assistenziale) non era certamente sottodimensionata in misura tale da far ritenere carente la disponibilità degli stessi quale causa dell'ec-

cessiva prescrizione di prestazioni sanitarie, in particolare di ricoveri ospedalieri.

La distribuzione territoriale dei 205 MMG sui 3 distretti (Terni, Narni-Amelia e Orvieto) era organizzata, in funzione della numerosità dei residenti, in 11 NAP (Nuclei di Assistenza Primaria) comprendenti 20.000 residenti ciascuno. I NAP sono corrispondenti di fatto ai raggruppamenti territoriali definiti UTAP dall'art. 26 bis e ter della convenzione per la medicina generale o, meglio ancora, UCCP (Unità Complessa delle Cure Primarie), le cui funzioni sono descritte dai commi 2-3 dell'art. 26 ter dell'ACCN (Accordo Collettivo Nazionale). I NAP possono essere considerati i precursori di quelle che oggi nei nuovi accordi sono chiamate AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e sono il «luogo» dove i MMG sviluppano e agiscono le proprie competenze gestionali (Heller, 2004; Vendramini, 2009). Dei sopraddetti 205 MMG, 185 erano già dotati di cartella clinica informatizzata con il prodotto *Millewin*,³ che raccoglie i dati clinici, strumentali e prescrittivi dei pazienti che afferiscono agli studi medici. Lo stesso sistema informatico *Millewin* metteva a disposizione procedure automatiche per l'interscambio dei dati fra medici di medicina di gruppo, medicina in rete e cooperative che nella realtà nazionale e regionale si erano create (Galli, Heller, Tedeschi, 2005), sia con modelli autogestiti sia con modelli gestiti direttamente *in service* dalla stessa società che forniva il programma. In questo modo era già possibile condividere informazioni sui pazienti che per vari motivi si rivolgono a più medici della struttura, ma non risultava ancora possibile procedere a tracciare un profilo epidemiologico dei propri assistiti o a poterli identificare come gruppi omogenei in funzione della patologia (*clusters*) e delle risorse assorbite.

La ASL 4 disponeva già nel 2009 di un sistema di registrazione delle ricette farmaceutiche prescritte tale da garantire l'attribuzione delle prescrizioni al singolo medico. Una analisi di esse ha permesso di rilevare una alta variabilità nella prescrizione farmaceutica, con notevoli differenze da medico a medico nelle modalità di presa in carico di pazienti con caratteristiche simili. In particolare, si sono rilevate differenze nell'utilizzo delle varie classi di farmaci che ne determinavano poi la difformità nella spesa. Il confronto delle modalità prescrittive dei MMG della ASL 4 di Terni con gli standard prescelti⁴ relativi al corretto rapporto fra farmaci genericabili e non genericabili e/o le differenti tipologie di farmaco per ogni classe (Vainieri, 2009; Vainieri, Zett, 2010), è riportato nella **tabella 1**. Da essa si evince come per ogni classe considerata le percentuali risultavano nettamente superiori allo standard individuato, con una tendenza dei MMG a prescrivere farmaci non genericabili o molecole meno appropriate ai singoli casi clinici (anche se evidentemente idonee) ma più costose. Queste modalità comportamentali determinavano delle ricadute negative sul consumo di farmaci ed, in particolare, sulla spesa farmaceutica sia complessiva che pro-capite.

Per quanto riguarda invece l'assistenza distrettuale nelle sue componenti di residenzialità e di assistenza domiciliare, la ASL non disponeva all'epoca di un sistema informatizzato per la registrazione delle prestazioni erogate e dei pazienti in carico. Esisteva tuttavia da qualche anno da parte di un distretto la proposta per l'adozione di un sistema informatico utile allo scopo. Verificata la validità del sistema informatico proposto (Atl@nte),⁵ esso è stato adottato per tutta la ASL. Occorreva a quel punto formare tutto il personale dei distretti al suo

Classe farmaco	Standard	Anno 2009
SARTANI: % sartani non genericabili/ace + sartani	< 30%	35,43%
STATINE: % statine non genericabili/tutte le statine	< 55%	59,59%
IPP: % IPP non genericabili/tutti IPP	< 20%	24,37%
SSRI: SSRI non genericabili/tutti gli SSRI	< 25%	42,28%

Tabella 1
Modalità prescrittive MMG
Asl 4 Terni e scostamento
dallo standard adottato

utilizzo, al fine di poter ottenere i dati necessari alla gestione delle risorse assegnate al territorio. Il progetto di informatizzazione del territorio per i servizi socio-sanitari andava a colmare una carenza informativa gestionale fondamentale sul piano delle cure domiciliari, dove l'accento troppo spesso prestato alle esigenze di assolvimento del debito informativo e prestazionale ha sempre rischiato di trascurare l'attenzione dovuta agli esiti di salute della persona assistita e all'appropriatezza delle risorse effettivamente utilizzate per garantirli (Scaccabarozzi, 2012; Agenas, 2009). Anche in questo settore, infatti, si riscontravano elevati livelli di spesa, sia generali che pro-capite, superiori a quelli delle altre ASL della Regione. In particolare, nel 2009 la spesa per l'assistenza socio-sanitaria e psichiatrica era nella ASL 4 pari a quasi 29,5 milioni di euro (corrispondente al 6% del bilancio), con una spesa pro-capite di 126 euro l'anno. Contemporaneamente, le modalità assistenziali si basavano su di una generica erogazione di prestazioni più che su di una reale presa in carico olistica della persona, con l'attuazione di un vero e proprio Piano Assistenziale Individuale che ne preservasse e potenziasse le capacità residue proprie e della famiglia. Una analisi preliminare, condotta nell'inverno 2009-2010, ha messo in evidenza come alcuni pazienti usufruissero delle stesse prestazioni da oltre dieci anni, senza alcuna revisione nel contempo del PAI, e di come altri pazienti fossero seguiti da più gruppi assistenziali, con duplicazioni di attività e conseguente spreco di risorse (per esempio pazienti dapprima diabetici o cardiopatici ancora autonomi, poi in assistenza domiciliare integrata e seguiti contemporaneamente sia dagli ambulatori specialistici che dalla rete delle cure domiciliari). La mancanza di comunicazione in tempo reale fra le diverse strutture non permetteva di agire in maniera sinergica ed efficiente, quand'anche ancora efficace, determinando un eccessivo dispendio di risorse nel settore considerato.

3. Gli obiettivi

In considerazione della riduzione progressiva delle risorse assegnate da parte degli organi centrali dello Stato alle Regioni e

per una maggiore equità territoriale (Fattore, Torbica, 2010), risultava indispensabile per la Regione Umbria agire per ridurre il consumo eccessivo di prestazioni sanitarie e di farmaci nel territorio della ASL 4 di Terni. Gli organi regionali hanno pertanto assegnato alla direzione della ASL 4⁶ il compito generale di ricondurre il fabbisogno assistenziale e i consumi complessivi del territorio nella media regionale, garantendo tuttavia il soddisfacimento dei bisogni assistenziali della popolazione. In particolare, l'accento è stato posto sul ricondurre all'interno della media regionale il consumo di farmaci della farmaceutica convenzionata e, più complessivamente, sul consumo di prestazioni socio-sanitarie del territorio considerato.

In tale ambito, gli obiettivi specifici riconducibili a una diretta azione da parte dei MMG (Galli, Vendramini, 2007) e dei medici di distretto, sono stati:

- la riduzione della spesa farmaceutica complessiva;
- la riduzione della spesa farmaceutica pro-capite;
- la riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- la riduzione dei ricoveri inappropriati;
- la riduzione della spesa socio sanitaria;
- la riduzione del consumo di prestazioni specialistiche.

Quest'ultimo obiettivo, pure affrontato, non è oggetto di trattazione in questo articolo per l'ampiezza dell'argomento stesso.

4. La strategia

L'analisi della letteratura (Longo, 1999; Heller, 2004), seppur non individuando dei rapporti di conseguenza diretta, ha identificato diversi fattori associati allo sviluppo manageriale nelle cure primarie, quali:

- le pressioni di sistema o *shock* istituzionale;
- gli stress finanziari per la singola organizzazione;
- la messa a disposizione di risorse per incentivare il cambiamento;
- l'approccio strategico e graduale al cambiamento, legato a una chiara comunicazione;

– i buoni rapporti e la fiducia tra gli attori coinvolti nel cambiamento (tipicamente MMG e dirigenti ASL).

Questi elementi si sono rivelati tutti presenti nella strategia adottata dalla direzione generale che si è esplicitata *in primis* attraverso l'azione in contemporanea sia sui medici di medicina generale (MMG) che sui medici e sugli operatori di distretto (dirigenti ASL), ritenendo che le azioni dovessero essere condotte su tutto il sistema complessivamente e, dunque, su tutti gli attori in esso operanti.

Il secondo presupposto strategico è stato ritenere che l'adozione delle «buone pratiche mediche» fosse il miglior *driver* per il cambiamento comportamentale, nella convinzione che «parlare di medicina con i medici possa sortire migliori effetti che ragionare solo in termini di controllo della spesa». Parlare di medicina significa costruire percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali moderni e adatti al contesto, rivedere i comportamenti prescrittivi, ragionare e confrontarsi tra pari sulle modalità operative adottate, rivedere i percorsi assistenziali territoriali. Il tutto nell'ambito di un approccio graduale al cambiamento e di una costruzione del processo attraverso una comunicazione chiara e condivisa delle modalità da adottare.

Per fare tutto ciò occorre però «conoscere epidemiologicamente» i propri assistiti (concentratore epidemiologico) e il proprio territorio (*software* per le prestazioni socio-sanitarie) attraverso la diffusione e la condivisione delle informazioni cliniche e assistenziali dei pazienti, per ottenere le quali è necessario possedere un robusto sistema informativo.

Infine, quale terzo presupposto strategico, tutte le azioni possibili sono state orientate al raggiungimento degli obiettivi sopra elencati, compreso l'utilizzo delle risorse economiche disponibili, come gli investimenti in formazione e gli incentivi individuali. In particolare, gli obiettivi da raggiungere sono stati inseriti negli accordi contrattuali con i MMG e la formazione specifica di questi ultimi è stata orientata a ottenere le conoscenze necessarie per raggiungerli. Anche per i distretti, nell'ambito del processo di budget, sono stati individuati per i medici e per tutti gli operatori obiettivi finalizzati a tale raggiun-

gimento e gli investimenti in formazione per gli operatori si sono concentrati sull'apprendimento dell'utilizzo del sistema gestionale di registrazione informatica delle prestazioni socio-sanitarie erogate nel territorio.

5. Il metodo operativo

Operativamente si possono distinguere due settori di intervento: i MMG e i Distretti. Gli interventi attuati, seppure in contemporanea e sinergici, si sono esplicitati con strumenti e azioni diverse.

5.1. MMG e appropriatezza prescrittiva

La strategia operativa adottata con i MMG si è sviluppata su quattro pilastri:

1) privilegiare interventi di governo clinico della domanda di prestazioni piuttosto che finanziari di mero controllo della spesa e collegare a essi la gran parte della retribuzione di risultato dei singoli medici;

2) responsabilizzare ogni singolo medico sia per il raggiungimento dei propri obiettivi che per quelli dell'*équipe* di appartenenza;

3) dare possibilità di controllo in tempo reale dell'andamento dei risultati da parte di ogni singolo medico attraverso un sistema informatizzato messo a disposizione dell'azienda;

4) forte impegno della Direzione Aziendale nello *start-up* del progetto e nella messa a disposizione di strumenti informatici (*software*) di gestione e controllo.

Il governo clinico dell'appropriatezza

All'interno dell'accordo aziendale integrativo per la corresponsione della retribuzione di risultato dei MMG sono stati inseriti degli obiettivi di governo clinico tra loro correlati e sinergici.

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i MMG, sottoscritto nel marzo 2005 e modificato per il quadriennio 2006-2009, ha sancito tre livelli di negoziazione: nazionale, regionale e aziendale. L'accordo sottoscritto in ASL 4 nel 2010 si è riferito al terzo livello di negoziazione, quello aziendale, a valere per gli anni 2010, 2011 e 2012, con rimodulazione degli indicatori per ogni anno, di volta in vol-

ta rinegoziati entro il secondo mese dell'anno successivo in funzione del grado progressivo di raggiungimento. Secondo l'art. 2, comma 4 dell'ACN, il livello aziendale di negoziazione «definisce i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale». Nell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Regione Umbria viene inoltre sancito che gli accordi aziendali devono svilupparsi sugli obiettivi di programmazione regionali/aziendali che prevedono la ricerca del governo clinico, anche attraverso un piano di sviluppo delle forme associative e tendenti all'individuazione di «obiettivi di salute», definiti sia a livello regionale che locale, identificando «gli specifici obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico, diagnostico, di ricovero e di ricorso alle prestazioni specialistiche, anche prevedendo obiettivi differenziati per distretto, *équipe* e altre forme associative». Tenendo conto delle indicazioni contenute nell'ACN e nell'AIR, e mantenendo sempre in primo piano il ruolo del cittadino-utente del SSN, la finalità dell'accordo aziendale sottoscritto è stata quella di qualificare sempre più l'assistenza sanitaria territoriale, lasciando agli ospedali il ruolo che sempre più compete loro in una sanità moderna, cioè l'assistenza dell'acuzie e l'alta specialità, recuperando verso il territorio stesso la maggior parte di quelle mansioni, funzioni e attività, impropriamente delegate alla Azienda Ospedaliera e agli ospedali a gestione diretta, che si traducono in un aumento dei costi per la ASL e in una congestione del Pronto Soccorso. L'accordo aziendale decentrato, siglato dalla ASL 4 con le organizzazioni sindacali per il triennio 2010-2013, ha introdotto per la prima volta obiettivi di risultato (Vendramini, 2002; Cavallo *et al.*, 2000) e di governo clinico, prevedendo due ordini di indicatori: indicatori bloccanti e indicatori incentivanti. Gli indicatori bloccanti sono quelli che devono assolutamente essere raggiunti al fine di accedere alla retribuzione incentivante: si tratta in genere di indicatori di processo e di corretto comportamento da parte del medico. Gli indicatori incentivanti, sono quelli invece legati alla reale retribuzione di risultato che viene erogata poi in funzione della percentuale di raggiungi-

mento degli obiettivi. Di essi, il 90% è stato rappresentato da obiettivi per il governo clinico.

La **tabella 2** elenca complessivamente gli obiettivi e indicatori dell'accordo siglato.

Il percorso di governo clinico condiviso ha visto:

- l'individuazione delle patologie per le quali dai dati esistenti si evinceva un eccesso di consumo di farmaci e di ricoveri ospedalieri;

- la costruzione per ognuna di esse del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale appropriato (Lega, 2001; Tozzi, 2004) attraverso corsi di formazione appositamente strutturati;

- l'individuazione di indicatori specifici della applicazione del corretto trattamento dei pazienti e presa in carico da parte del MMG (Regione Emilia Romagna, 2011).

Per l'anno 2010-11, le patologie individuate sono state l'ipercolesterolemia e il diabete, l'ipertensione e la prevenzione delle malattie cardiovascolari, le sindromi e patologie disepatiche, le bronco pneumopatie croniche ostruttive.

Per l'anno 2011-12, poiché per le dispepsie gli obiettivi erano stati completamente raggiunti, detto obiettivo è stato sostituito con quello del trattamento della depressione.

Nella **tabella 3** sono riportati i dati di dettaglio relativi al tasso di ospedalizzazione di queste patologie per il territorio della ASL 4 rispetto al resto della Regione Umbria, mentre nella tabella 1 sono già stati illustrati i livelli di scostamento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci utilizzati per il trattamento/prevenzione delle stesse.

La costruzione dei percorsi assistenziali (PDTA) delle patologie prescelte, è stata soggetto principe dei temi di formazione per gli anni considerati. Infatti, l'accordo sindacale integrativo sottoscritto ha legato la formazione agli obiettivi di governo clinico. I temi della formazione combinati agli obiettivi di governo clinico sono stati molto enfatizzati, anche per il notevole investimento in formazione per i MMG che il SSN deve garantire.⁷ L'accordo integrativo locale non solo ha previsto l'impegno della ASL a erogare detta formazione, ma ha indicato quale «indicatore bloccante» per ogni singolo medico la partecipazione ad almeno il 70% di essa.

Obiettivi bloccanti	Indicatore anno 2010	Anno 2011/2012
Anagrafe sanitaria: effettuazione di una procedura informatica finalizzata all'allineamento della anagrafica regionale con quella dei programmi informatici dei MMG per ottenere ricette prive di errori formali	Esecuzione almeno mensile della procedura	Idem
Autocertificazione delle attività dei MMG	Compilazione	No
Inserimento nel programma informatico di tutte le prestazioni PIP, in ADI e ADP erogate, compresi i piani terapeutici	Compilazione dei campi informatici	No
Vaccinazione antinfluenza dei soggetti con età > 65 anni	Soggetti vaccinati > 55%	Idem
Formazione professionale, gestionale, informatica: 40 ore di formazione sulle tematiche individuate congiuntamente organizzate e finanziate dalla ASL	Partecipazione ad almeno il 70% della formazione organizzata dalla ASL	Idem
Obiettivi incentivati		
Comunicazioni di decesso ai servizi ASL entro un mese dall'avvenuto decesso dell'assistito	N. decessi comunicati/decessi totali > 75%	> 85%
Denuncia malattie infettive on-line	N. segnalazioni on-line/comunque ricevute > 70%	Idem
Raccolta consenso informato per utilizzo telematico dati sanitari del paziente	N. consensi raccolti/n. assistiti > = 25%	> 50%
Spesa farmaceutica ed appropriatezza prescrittiva individuale e d'équipe NAP	Vedi tabella 4	Vedi tabella 4
Ricoveri ospedalieri	Vedi tabella 4	Vedi tabella 4
Adesione ai RAO	Vedi tabella 4	Vedi tabella 4

Tabella 2
Obiettivi dell'accordo aziendale sottoscritto suddivisi in indicatori bloccanti ed incentivati

TO anno 2008 patologia	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	Media regionale
Scopenso cardiaco	249,9	207	215,8	278	243,3
BPCO	149,9	130,8	122,4	176,1	144,5
Diabete	19	36,4	37,4	59	39,8
Globale	168,41	161,26	162,59	198,87	172,32

Tabella 3
Dati di dettaglio relativi ai TO standardizzato per 100.000 residenti per le singole patologie indicate nella ASL 4 rispetto al resto della Regione Umbria per l'anno 2008: dal confronto si osserva come la ASL 4 abbia i valori più alti su ogni singola patologia oltre che sul globale

Ogni PDTA è stato oggetto per i MMG di una sessione plenaria con tutti i MMG che, con gli specialisti territoriali od ospedalieri della branca (diabetologia, cardiologia e dislipidemia, gastroenterologia, pneumologia, psichiatria), hanno tracciato il teorico PDTA

tenendo conto delle ultime evidenze scientifiche. Nella seconda giornata, all'interno di ogni NAP, si è discusso del teorico PDTA proposto in plenaria, giungendo a una formulazione dello stesso più aderente alla realtà locale. Nella terza giornata di confronto tra i diversi NAP si è giunti alla condivisione e validazione di un unico PDTA per patologia, che è stato adottato per l'intera ASL, e di ogni PDTA sono stati individuati gli indicatori per la verifica della corretta applicazione e validati quelli di risultato.

Per ognuna delle patologie indicate (tranne le dispepsie) uno degli indicatori è stato il Tasso di ospedalizzazione standardizzato specifico per patologia,⁸ per ogni singolo medico e per *équipe*.

L'altro indicatore per ogni PDTA, escluse le broncopatie croniche ostruttive,⁹ è stato la valutazione della appropriatezza

prescrittiva misurata attraverso la valutazione della percentuale di farmaci appropriati sugli inappropriati e delle DDG (Dose Definita Giornaliera) per mille abitanti prescritte.

In particolare (**tabella 4**):

– per l'ipercolesterolemia l'indicatore è stato la percentuale di prescrizione di statine non genericabili su tutte le statine inferiore al 55% e, per l'anno 2012, la percentuale della sola Rosuvastatina su tutta la classe, inferiore al 10%;

– per la prevenzione delle malattie cardiovascolari la percentuale di prescrizione di sartani su aceinibitori inferiore al 30%;

– per le dispepsie la percentuale di Inibitori di Pompa Protonica (IPP) non genericabili su tutti gli inibitori di pompa inferiore al 20%;

Tabella 4

Specificazione degli obiettivi di governo clinico per la ricerca della appropriatezza prescrittiva

Obiettivi incentivati di governo dell'appropriatezza	Indicatore anno 2010-2011	Anno 2011-2012
Spesa farmaceutica ed appropriatezza prescrittiva individuale e d'équipe NAP		
Classe ATC Sartani/tutta la classe	< 30%	Idem
Classe ATC Sartani/tutta la classe	> 30% e < 35%	Idem
Classe ATC Statine non genericabili (atorvastatina+rosuvastatina)/tutta la classe	< 55%	Idem
Classe ATC Statine non genericabili (rosuvastatina)/tutta la classe	No	< 10%
IPP non genericabili (esomeprazolo+rabeprazolo)/tutta la classe	< 20%	No
Classe ATC=n064A SSRI antidepressivi non genericabili/tutta la classe	No	< 25%
Ricoveri ospedalieri		
% ricoveri per diabete/popolazione	< 39/1000	Idem
% ricoveri per BPCO/popolazione	< 144/1000	Idem
% ricoveri per scompenso cardiaco/popolazione	< 234/1000	Idem
% ricoveri per polmonite/popolazione	< 116/1000	Idem
Adesione ai RAO		
Indicare la priorità sulla ricetta	> 80%	Idem
Indicare il sospetto diagnostico sulla ricetta	> 80%	Idem

– per la depressione la percentuale di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) non genericabili su tutta la classe inferiore al 25%.

Responsabilizzazione del medico e dell'équipe

L'assegnazione a ogni MMG e a ogni *équipe* (da ora in avanti NAP) degli stessi obiettivi e indicatori di raggiungimento anche se con pesi diversi, ha il significato di voler costruire percorsi sinergici e «di training» da parte dei medici «virtuosi» di ogni singolo NAP nei confronti di quelli più refrattari. Infatti, l'indicatore tarato per singolo medico serve a garantire lo sforzo e l'apporto di ognuno al raggiungimento dell'obiettivo; lo stesso obiettivo di NAP, per essere raggiunto, necessita di un impegno da parte dei medici virtuosi nei confronti di coloro che sono più distanti dallo standard di comportamento affinché anch'essi si adeguino al comportamento richiesto. Nella tabella 4 sono riportati gli indicatori degli obiettivi di governo clinico negli anni considerati.

Controllo delle performance in tempo reale: supporto informatico, «semaforo» e «concentratore epidemiologico»

Il «semaforo»

Per permettere a ogni medico di controllare adeguatamente il raggiungimento o meno degli obiettivi assegnati, la ASL ha implementato un sistema informatizzato che possiamo assimilare a un «contatore». Esso è stato messo a punto per gli indicatori di governo clinico della spesa farmaceutica. Per la sua conformazione è stato chiamato «semaforo» in quanto, in funzione della performance dell'indicatore, assumeva la colorazione verde se al di sopra della soglia di raggiungimento, gialla se al di sotto del 10% e quindi considerata ancora recuperabile, rossa se al di sotto del 10% e quindi difficilmente recuperabile. Tale sistema è basato sulla registrazione di tutte le prescrizioni dei MMG con la possibilità di attribuzione a ogni singolo. La **tabella 5** mostra visivamente la schermata video che ogni medico può osservare connettendosi al programma informatico.

La registrazione in tempo reale delle prescrizioni era attiva nella ASL solo per quelle farmaceutiche. Per tale motivo è stato possibile costruire «il semaforo» solo per esse e non per le prescrizioni di esami specialistici. Lo stesso dicasi per il controllo in tempo reale dei ricoveri ospedalieri, dove per avere il dato occorre anche poter accedere ai ricoveri effettuati presso strutture extra-ASL ed extra regione, dati che si ricavano dai flussi sanitari solo a metà dell'anno successivo a quello di riferimento.

Il «concentratore epidemiologico»

L'impegno della ASL dal punto di vista informatico si è esteso anche alla realizzazione di un programma di registrazione delle patologie e della clinica dei pazienti in tempo reale, chiamato «concentratore epidemiologico». Esso è uno strumento informatico per la gestione dei dati sanitari territoriali dei medici di medicina generale e dei Centri di Salute dei distretti. Insieme al «progetto Atl@nte» costituisce l'impalcatura del «Fascicolo sanitario elettronico» nella ASL 4 di Terni. I MMG hanno raccolto giornalmente i dati clinici dei loro assistiti in modalità informatica nella quasi totalità (> 90%). La raccolta avviene attraverso una procedura proprietaria del *software* di gestione delle cartelle cliniche. La trasmissione avviene in modalità bidirezionale e in tempo reale (cioè mentre si sta lavorando), ed è completamente trasparente all'utente. Sul «concentratore» sono stati attivati modelli di ricerca epidemiologica con priorità e, in via sperimentale, sulle patologie a più ampio impatto socio-sanitario, quali la bronco pneumopatia cronica, lo scompenso cardiaco e il diabete mellito. I dati estratti, anonimizzati e raggruppati, rispondono alle esigenze di valutazione epidemiologica e consentono quindi di migliorare la programmazione e la gestione dei servizi resi.¹⁰ Il modello informatico progettato risponde inoltre alle esigenze di sicurezza e manutenzione dei dati (*data recovery*), di *repository* delle informazioni essenziali per ciascun assistito (il cosiddetto *patient summary*), di verifica del grado di accuratezza della raccolta dati (*audit* individuale del MMG). Il modello proposto consente di estendere il livello di ricerca a qualsiasi altra patologia codificata,¹¹ oltre a quelle dappri-

Tabella 5

Questa tabella riporta la schermata video del programma informatico che ogni MMG può visionare dalla propria postazione e che riporta in tempo reale il grado di raggiungimento degli obiettivi propri. Per ogni singolo obiettivo il colore del semaforo visualizzato (non visibile tuttavia in questa rappresentazione in bianco e nero) permette di verificare il grado di raggiungimento e di scostamento. Sono inoltre riprodotti i pesi attribuiti ai singoli obiettivi ed il percorso di costruzione dell'indicatore

ASL 4 Terni • Quadro sinottico incentivi attività MMG 2010 - Mozilla Firefox

File Modifica Visualizza Cronologia Segnalibri Strumenti Aiuto

asl4.terni.it https://css.asl4.terni.it/asp/verifiche/ver_indicatori.jsp?medico=

ASL 4 Terni • Quadro sinottico incent.

INFLUENZA campagna 2010-2011 inserimento dati al 31/12/2010		procedura obbligatoria, percentuale soggetti vaccinati ultra 65enni > 55%	ord. Ministeriale, ord. Regionale
FORMAZIONE		partecipazione al 70% degli eventi formativi totali organizzati dall'ASL, eventuale recupero sugli eventi serali	art. 20 comma 8
INCENTIVI			
procedura	status	descrizione	peso riferimento
COMUNICAZIONE DI DECESSO		n° dei decessi comunicati dal MMG o da altro operatore eliminati in anagrafe entro 1 mese dalla data del decesso / tutti i decessi di ciascun medico nell'anno solare >= 75%	5,00% elaborazioni ASL
DENUNCIA MALATTIE INFETTIVE		numero segnalazioni inviate dal MMG per assistiti / segnalazioni comunque rievolute per gli assistiti del MMG in un anno > 70%; nota: in assenza di eventi infettivi per la popolazione del MMG l'incentivo viene ugualmente erogato	5,00% elaborazioni ASL
ANAGRAFE SANITARIA (consenso informato)		numero dei consensi informati protocollati in procedura in un anno solare / numero degli assistiti in carico senza consenso informato = 25%	5,00% elaborazioni ASL
SPESA FARMACEUTICA MMG (sartani)		% sartani / aoe+sartani < 30% [35%]	12,50% elaborazioni ASL
SPESA FARMACEUTICA MMG (statine)		% statine n.g. / tutte le statine < 55%	12,50% elaborazioni ASL
SPESA FARMACEUTICA MMG (IPP)		% IPP n.g. / IPP < 20%	12,50% elaborazioni ASL
SPESA FARMACEUTICA NAP (sartani)		% sartani / aoe+sartani < 30% [35%]	7,50% elaborazioni ASL
SPESA FARMACEUTICA NAP (statine)		% statine n.g. / tutte le statine < 55%	7,50% elaborazioni ASL
SPESA FARMACEUTICA NAP (IPP)		% IPP n.g. / IPP < 20%	7,50% elaborazioni ASL
RICOVERI OSPEDALIERI (diabete) sui ricoveri del 2010 valutabili al 31/06/2011		% ricoveri per diabete / popolazione di riferimento < 38%	5,00% elaborazioni ASL
RICOVERI OSPEDALIERI (BPCO) sui ricoveri del 2010 valutabili al 31/06/2011		% ricoveri per BPCO / popolazione di riferimento < 144%	5,00% elaborazioni ASL
RICOVERI OSPEDALIERI (scompenso) sui ricoveri del 2010 valutabili al 31/06/2011		% ricoveri per scompenso / popolazione di riferimento < 234%	5,00% elaborazioni ASL
RICOVERI OSPEDALIERI (polmonite) sui ricoveri del 2010 valutabili al 31/06/2011		% ricoveri per polmonite / popolazione di riferimento < 116%	5,00% elaborazioni ASL
totale incentivo			86,25%

Home

ma inserite, e con indicatori personalizzabili. L'invio e l'aggiornamento dei *patient summary* viene attivato su comando specifico dal MMG. L'eventuale utilizzo in lettura del *patient-summary* da parte dei sanitari autorizzati viene notificato automaticamente nella cartella del paziente, residente nel sistema informatico del MMG, con l'eventuale comunicazione degli atti medici eseguiti. Le informazioni sanitarie scambiate, tutte rigorosamente, preventivamente e selettivamente autorizzate dal paziente (consenso informato), riguardano i dati anagrafici, le allergie/intolleranze, i problemi attivi, i farmaci continuativi, i referti ritenuti dal MMG più rilevanti. Inoltre, per le patologie prescelte per le quali si è identificato il corretto PDTA, per ogni paziente è possibile verificare l'adesione e/o lo scostamento del comportamento del medico dal PDTA. La disponibilità di queste informazioni potrà gradualmente essere allargata agli specialisti ambulatoriali della ASL o direttamente ai medici ospedalieri che abbiano in cura l'assistito. La consultazione dei dati inseriti è *on-line* per i MMG ed è stata estesa anche ai medici della continuità assistenziale, del pronto soccorso, del 118 Emergenza-Urgenza in modo che le informazioni cliniche di ogni singolo paziente inserito possano essere conosciute anche da questi professionisti nei momenti di prestazione in emergenza-urgenza. L'adesione è stata su base volontaria ma la ASL e i MMG hanno concertato l'utilizzo di parte della retribuzione incentivante per gli anni 2011 e 2012 per l'implementazione e alimentazione del concentratore.

Lo start-up e l'accompagnamento dell'applicazione dell'accordo: il pressing aziendale

L'introduzione in un accordo integrativo aziendale di obiettivi di risultato e non solo di processo ha rappresentato per la ASL 4 una novità sia per le strutture distrettuali che per gli stessi MMG. L'importanza degli obiettivi e soprattutto la specificità per ogni singolo medico degli indicatori di raggiungimento ha reso necessari un'attenta presentazione e il monitoraggio del progetto da parte della direzione aziendale. Nell'autunno 2010 infatti il direttore sanitario, con il direttore del dipartimento farmaceutico e i

direttori di distretto, ha incontrato ogni singolo NAP discutendo con i medici dell'andamento dell'accordo, della validità degli indicatori, delle difficoltà che si incontravano nella sua applicazione. Questi incontri hanno permesso di entrare nei dettagli clinici di trattamento dei singoli pazienti con un confronto fra pari molto proficuo improntato al *problem-solving*, di chiarire meglio alcuni obiettivi e nel contempo di affrontare e risolvere i problemi segnalati. Questi ultimi hanno riguardato le difficoltà di collegamento informatico per l'accesso al programma di controllo o a modalità comportamentali dei medici specialisti non conformi al PDTA concordato. Sono state illustrate anche le modalità di funzionamento del programma di autocontrollo per chi ancora aveva difficoltà di accesso al sistema. L'azione della direzione intervenendo per la soluzione dei problemi, ha reso più aderente all'attesa l'operato dei MMG.

5.2. I Distretti ed il programma di informatizzazione e gestione dell'assistenza socio-sanitaria territoriale

La strategia operativa sui distretti per il controllo degli interventi sul territorio (residenzialità e presa in carico domiciliare) ha puntato anche in questo caso sulla conoscenza esaustiva dei casi e dei loro effettivi bisogni, delle prestazioni erogate, nonché sulla revisione e attualizzazione dei PAI (Aronica *et al.*, 2001). Così come proposto anche da altre esperienze (Scaccabarozzi, 2012), strategicamente si è implementato un sistema che superi il modello organizzativo che «insegue» le criticità (cliniche, assistenziali) nel momento in cui si presentano per attuare un modello di sorveglianza proattiva che garantisca interventi precoci e che, attraverso la discussione multidisciplinare dei casi, proponesse a priori gli interventi possibili in condizioni di emergenza.

A partire da Maggio 2010, grazie al *pressing* della Direzione Generale della ASL 4, nonché della Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria, l'Azienda ha avviato il progetto di informatizzazione e gestione dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, volto a migliorare il processo di assistenza domiciliare integrata attraverso

l'utilizzo di un sistema informativo e informatico (Atl@nte) che permettesse:

– di implementare modelli di governo delle prestazioni e dei servizi erogati a partire dalle condizioni di salute della persona così come tracciati dai profili/bisogni di cura e definiti nel documento ministeriale «Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio» del 18.10.2006;

– di gestire in maniera automatizzata il debito informativo verso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, di cui al D.M. Del 17.12.2008.

Atl@nte è, ad oggi, l'unico strumento informativo e informativo autorizzato a integrare gli strumenti della *Suite* interRAI¹² con regolare licenza d'uso. Esso è costituito da una piattaforma *hardware* installata presso la Regione Umbria, per la gestione centralizzata dei dati riguardanti le Residenze Sanitarie (RS) e i servizi delle Cure Domiciliari, e integrata con l'Anagrafe Regionale, permettendo quindi la completezza di informazioni riguardanti le migliaia di pazienti per i quali è previsto un percorso di assistenza domiciliare. Al *server* centrale sono collegate diverse postazioni *client*, presenti presso la ASL stessa, i Distretti, i Punti Unici di Accesso (PUA), le RS (Residenze Sanitarie), le RP (Residenze Protette) e gli Ospedali. Alla piattaforma accedono anche i Medici di Medicina Generale, che inseriscono via *web* le richieste di arruolamento di pazienti in regime di assistenza domiciliare integrata, e le Aziende Ospedaliere, nel caso di dimissioni protette. Dal punto di vista organizzativo, il punto di forza del sistema è stato quello di individuare il Centro di Salute di residenza di ogni paziente quale fulcro del sistema; ad esso arrivano le richieste e informazioni per l'assistenza e ad esso è demandata la declinazione del piano assistenziale. Infatti ogni richiesta, da qualsiasi luogo provenga (MMG, Pediatria, ospedale, sportelli della cittadinanza presso i comuni), viene convogliata al centro di salute, realizzando in questo modo il PUA, o Punto Unico di Accesso al sistema della continuità delle cure. In questo modo, è il centro di salute, e quindi il distretto, ad avere la mappa della situazione di assistenza di tutto il territorio, a partire dalle richieste

fino ad arrivare agli effettivi PAI attivati (e quindi ai pazienti presi in carico). Una volta inserite le informazioni sul sistema (richiesta di assistenza e informazioni amministrative del paziente), il *software* consente di effettuare una valutazione multidimensionale del paziente (tramite VAOR-ADI)¹³ per l'assegnazione di un percorso di assistenza *ad hoc*. L'applicativo consente la memorizzazione delle informazioni rilevate durante le diverse attività assistenziali, permettendo la rielaborazione dei dati e la generazione di *report* riassuntivi, utili per il controllo della spesa. La possibilità di effettuare una valutazione multidisciplinare e di basare su di essa la costruzione del PAI è l'altro punto di forza, in questo caso clinico-assistenziale, del sistema. Essa permette una valutazione a tutto campo del paziente, comprendendo gli aspetti clinici, quelli relazionali e delle abilità residue, del contesto nel quale il paziente si trova incluso, finanche alle sue preferenze assistenziali, fornendo quindi risposte di inquadramento mirate e specifiche per ognuno.

6. I risultati

6.1. Gli obiettivi di governo clinico dell'appropriatezza per il controllo della spesa

La spesa farmaceutica convenzionata è passata in un triennio da 46.938.491,77 € del 2009 a 38.851.743,63,00 € del 2012, con una riduzione del 2,18% nel 2010, dell'8,52% nel 2011 e del 7,51% nel 2012. Di questi 8 milioni e 87 mila euro di riduzione, poco meno di 3 milioni sono attribuibili alla variazione dei prezzi¹⁴ e quasi 5 milioni (4.966.453 euro) sono attribuibili alla manovra sulla appropriatezza prescrittiva; il resto è dovuto alle altre azioni messe in atto, tra cui la distribuzione diretta e l'introduzione dei *tickets*. La **tabella 6** riporta nel dettaglio le variazioni sopra considerate. La **tabella 7** mostra l'andamento del miglioramento prescrittivo per ogni classe di farmaci oggetto dell'accordo e la rispettiva riduzione della spesa raggiunta.

Il miglioramento prescrittivo è stato completamente raggiunto nel 2010 solo per gli IPP per i quali la percentuale di genericabili su non genericabili si è assestata ad un valore al di sotto dello standard massimo individuato. Nel 2011 e 2012, è stato raggiunto per

Tabella 6

Effetti della riduzione della spesa dovuti alla variazione dei prezzi dei farmaci. I valori sono in euro. Si osservi come nell'anno 2010 ci sia stato un aumento dei prezzi ampiamente assorbito dalla manovra sulla appropriatezza messa in atto con i MMG. Degli 8 milioni di risparmio, poco meno di 3 sono attribuibili alla riduzione dei costi

Anni	2009	2010	2011	2012	Totale	Diff. 2012-2009
Spesa reale	46938492	45915202	42004496	38851744	173709934	- 8086748
Differenza sull'anno precedente		- 1023290	- 3910706	- 3152752		
Variazione prezzi nell'anno		0,40%	- 6,10%	- 8,40%		
Spesa al netto della variazione prezzi		47126246	44251545	40534415	178850697	- 6404077
Differenza derivante dalla manovra sui MMG		- 1211044	- 2247049	- 1682671		- 5140764
Variazione dovuta all'andamento dei prezzi (risparmio da sconto)						- 2945984

Tabella 7

Riepilogo generale dell'andamento degli indicatori sulla appropriatezza prescrittiva dei farmaci e rispettivo risparmio economico, al netto delle variazioni derivanti dall'andamento dei prezzi. Le percentuali indicate sono riferite al comportamento di tutti i MMG della ASL

Classe farmaco	Standard	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %	Diff. € 2009-2011	Diff. € 2011-2012
SARTANI: % sartani n.g./ace+sartani	< 30%	35,43	33,46	29,96	7,53	- 1658810,81	- 1151400,38
STATINE: % statine n.g./tutte le statine	< 55%	59,59	56,07	47,96		- 453150,37	
% Rosuvastatina/tutte le statine	< 10%				9,23		- 836782,7
IPP: % IPP n.g./tutti IPP	< 20%	24,37	17,53	11,54		- 642899,17	
SSRI: SSRI n.g./tutti gli SSRI	< 25%	42,28	46,26	29,13	26,32	- 94527,86	- 126882,48
Totale risparmio economico						- 2849388,21	- 2117065,56

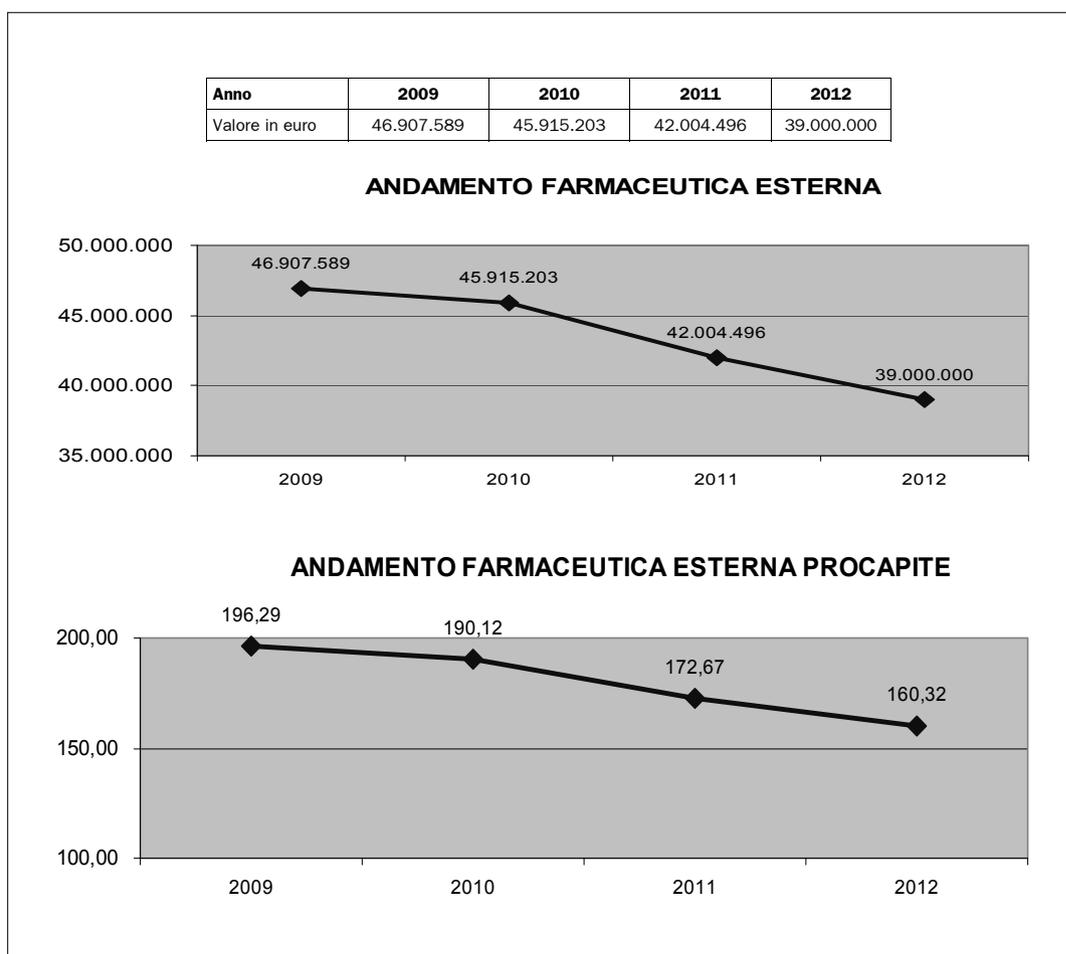
tutti tranne che per gli SSRI, con uno scostamento tuttavia minimo, come si evince dalla stessa tabella sopra citata.

La **tabella 8** mostra in grafico l'andamento della variazione della spesa farmaceutica annuale e la spesa pro-capite, entrambe ampiamente ridotte nel corso del triennio. Occorre anche tenere conto che nel corso della attività, non si sono verificate riduzioni di presa in carico dei pazienti. Infatti, una analisi delle dosi (DDD) prescritte (proxi dei pazienti presi in carico), non mo-

stra decrementi delle stesse. In particolare per gli IPP genericabili, gli ACE inibitori e la sinvastatina, si rileva un incremento delle dosi, mostrando un aumento di presa in carico del numero di pazienti a fronte della riduzione complessiva della spesa. Per gli IPP genericabili occorre osservare che l'aumento è stato a carico prevalentemente dell'omeprazolo e l'uso dell'esomeprazolo ha continuato il decremento anche quando questo è divenuto genericabile. Questo dimostra come ha prevalso l'aspetto legato al-

Tabella 8

Andamento della spesa farmaceutica convenzionata e della spesa procapite negli anni considerati e variazione della spesa farmaceutica pro capite a confronto con altre Asl dell'Umbria



Il valore della spesa convenzionata dell'anno 2012 è una stima sui dati reali del novembre 2012. La riduzione dal 2009 al 2012 di poco oltre 8 milioni € è dovuta per oltre 4.950.000 (63%) alle azioni messe in campo con i Mmg, come si evince dalle tabelle 6 e 7.

la appropriatezza prescrittiva clinica *versus* il mero aspetto economico.

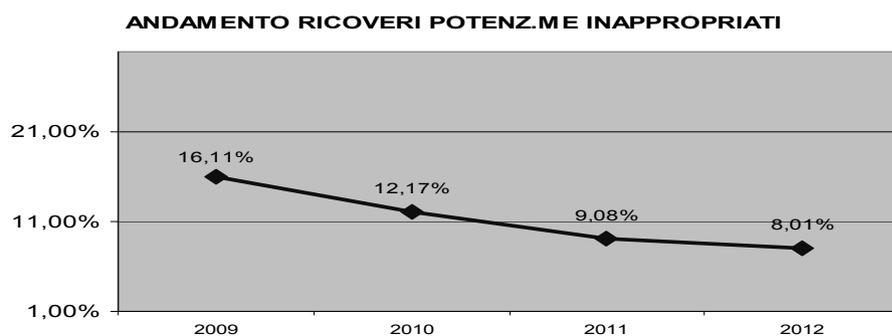
Per i ricoveri ospedalieri, la **tabella 9** mostra l'andamento complessivo del tasso di ospedalizzazione standardizzato e la percentuale dei ricoveri inappropriati nel corso degli anni considerati. Da essa si evidenzia una riduzione dei ricoveri impropri e il raggiungimento del TO auspicato all'interno degli standard nazionali. Tuttavia, i dati disponibili non permettono di definire per tali risultati la quota attribuibile al lavoro svolto con i medici di medicina generale. Infatti, le azioni della ASL sono state anche orientate alla ricerca del miglioramento organizzativo interno ai presidi ospedalieri a gestione diretta, nonché dell'Azienda Ospedaliera di Terni,

per la riduzione dei ricoveri impropri attraverso l'attivazione di percorsi assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero (presa in carico ambulatoriale).

Nel biennio 2010-2011 quasi tutti gli obiettivi di governo clinico sono stati raggiunti per più del 50% dei medici. Tuttavia, 65 medici su 200, pari al 32,5% non hanno superato gli indicatori bloccanti, in particolare quello della formazione (solo l'80%), e non hanno pertanto avuto accesso alla retribuzione derivante dal raggiungimento e meno degli altri obiettivi. Invece:

- il 56% dei medici ha raggiunto l'obiettivo della comunicazione dei decessi;
- l'85% ha raggiunto l'obiettivo della denuncia delle malattie infettive;

Anni	2009	2010	2011	2012
Tasso ospedalizzazione standardizzato x 1000 abitanti	192,51	184,92	167,99	156,25
Ricoveri inappropriati in % sul totale dei ricoveri	16,11%	12,70%	9,08%	8,01%



Per l'anno 2012 sono stati mantenuti invariati i valori della mobilità passiva del secondo semestre rispetto all'anno precedente, in quanto non disponibili i valori reali.

– solo il 38% ha raccolto il consenso informato dei pazienti per l'utilizzo dei dati sanitari nel concentratore epidemiologico.

Nel biennio 2011-2012, solo il 20% dei medici (40 su 198) non ha superato gli indicatori bloccanti, mostrando il progressivo miglioramento dell'adesione al percorso. In particolare, l'85% ha superato l'obiettivo formazione, l'86% l'aggiornamento dell'anagrafe e il 93% la vaccinazione antinfluenzale.

Gli indicatori di controllo di governo clinico dell'appropriatezza prescrittiva per la riduzione della spesa farmaceutica per il triennio 2010-2012 sono stati raggiunti e in particolare:

– per i sartani, il 71% dei MMG ha raggiunto l'obiettivo individuale mentre il 92% lo ha raggiunto all'interno degli obiettivi di NAP; il livello di appropriatezza raggiunto è stato del 7,3%; complessivamente, il risparmio attribuibile¹⁵ per questa classe è stato di oltre 2 milioni e 800 mila euro;

– per le statine, il 70% ha raggiunto l'obiettivo individuale e l'80% l'obiettivo all'interno dei NAP; il livello di appropriatezza è stato del 49,96% per il totale delle statine e del 9,23% per la percentuale di rosuvastatina su tutte le statine genericabili; il risparmio attribuibile è stato di oltre 1 milione e 280 mila euro;

– per gli IPP, l'obiettivo individuale è stato raggiunto dal 78% e quello in *équipe* dal 90%; la percentuale di appropriatezza ha

Tabella 9

Andamento tasso di ospedalizzazione standardizzato (TO-STD) e della percentuale di ricoveri inappropriati sul totale nella Asl 4 Terni dal 2009 al 2012

raggiunto l'11,54% e il risparmio attribuibile è stato di oltre 640 mila euro;

– per gli SSRI (solo dal 2011) l'obiettivo individuale è stato raggiunto dal 37%; la percentuale di appropriatezza prescrittiva è ancora al di sopra dello standard del 25%, ma è comunque stata ridotta della metà; il risparmio attribuibile, è stato di oltre 220 mila euro.

6.2. Il concentratore epidemiologico

Il progetto «concentratore epidemiologico» è stato attivato dall'agosto 2011 e ha raccolto su di un database residente presso il sistema informativo della ASL le copie delle cartelle cliniche dei pazienti seguiti dai MMG. Nel triennio considerato sono stati inviati al sistema e messi a disposizione i *patient summary* (ossia l'insieme dei dati complessivi inseriti per ogni paziente), relativi al 91,41% della popolazione assistita (95,19% > 75 anni). Al 30.06.2012 avevano aderito al progetto 170 MMG, corrispondenti all'84,5% del totale, che assistono complessivamente l'81,2% della popolazione con più di 14 anni.

6.3. Il governo dell'assistenza distrettuale

La spesa socio-sanitaria e psichiatrica totale è passata da € 29.492.980 nel 2009 a € 24.600.000 nel 2012, con una riduzione di poco meno 5 milioni di euro. Il pro-capite è passato da 126 euro nel 2009 ai 104 di fine 2012, riportando il parametro nell'ambito

della media regionale. Il passaggio è stato graduale e la **tabella 10** mostra l'andamento della spesa pro-capite e la percentuale della riduzione rispetto all'anno precedente. Tutto questo a fronte di una rimodulazione delle modalità assistenziali attraverso la revisione dei PAI, alla diffusione della conoscenza della tipologia di paziente (Senin *et al.*, 2007) e delle risorse assorbite da ognuno, garantita dalla applicazione e attivazione del sistema informatico gestionale adottato. Ogni distretto, grazie a questo programma/sistema informatico alimentato in tempo reale, è a conoscenza dei pazienti in carico e, di essi, quanti in assistenza residenziale (residenze protette) e quanti in assistenza domiciliare (ADI). Dei 7000 utenti globalmente ritenuti in carico ADI nel 2010 come media annuale, in realtà solo 3705, che grazie al *software* adottato sono stati valutati con il VAOR-ADI, sono stati considerati quali reali pazienti in carico in assistenza domiciliare. Gli altri sono stati correttamente classificati come pazienti sottoposti a occasionali prestazioni erogate al domicilio del paziente (per esempio prelievi ematici, visita specialistica domiciliare occasionale o post-ricovero in pazienti solo occasionalmente o anche impropriamente considerati domiciliari). Dei pazienti sottoposti alla valutazione VAOR-ADI, è stato rivisto il piano assistenziale e, in funzione del fabbisogno di prestazioni, è stato possibile classificarli in 4 gruppi in funzione delle principali aree problematiche (Brizioli *et al.*, 2003). Nella **tabella 11** sono rappresentate queste aree con le relative percentuali di ripartizio-

Tabella 10

Andamento della riduzione della spesa socio-sanitaria procapite nel triennio considerato e percentuale di riduzione sulla spesa totale dell'anno

	2009	2010	2011	2012
Spesa procapite in euro	126	119	110	104
Differenza sull'anno precedente in euro	–	– 7	– 9	– 6
Percentuale della riduzione sul procapite	–	– 5,50%	– 7,50%	– 5,40%

Tabella 11

Ripartizione dei pazienti in carico in ADI nell'anno 2012 in funzione delle 4 aree problematiche principali individuate

Aree	Performance funzionali	Stato cognitivo	Vita sociale	Problemi clinici	Totale
Numero casi	634	926	775	890	3225
Percentuale	19,65%	28,72%	24,03%	27,60%	100,00%

ne. Successivamente, grazie a una migliore registrazione dei dati sanitari, tra cui in particolare la patologia di base, le abilità residue e le esigenze assistenziali, la classificazione si è raffinata prevedendo 7 gruppi (RUGs),¹⁶ così individuati:

- funzione fisica ridotta;
- clinicamente complesso;
- assistenza speciale;
- vasta gamma di servizi;
- cognizione ridotta;
- riabilitazione speciale;
- problemi comportamentali.

La **tabella 12** riporta nei tre distretti la suddivisione in percentuale dei diversi RUGs negli anni considerati. Qualsiasi operatore del distretto o MMG abilitato all'accesso al *software* gestionale adottato, può conoscere in tempo reale per ogni paziente in carico, la situazione socio-assistenziale del momento, quale la terapia in corso, quali i provvedimenti terapeutici e assistenziali previsti anche per il futuro ma soprattutto quale il piano assistenziale dal quale scaturiscono le risorse necessarie per garantirne la presa in carico. Dalla somma di tutti i piani assistenziali e dalla programmazione corretta delle attività (ossia dalla valutazione dei luoghi dove devono essere erogate le prestazioni e da chi le eroga attraverso i programmi di lavoro quotidiani), scaturisce ogni giorno (ogni settimana, ogni mese) il fabbisogno in risorse umane (infermieri, medici) e strumentali (automezzi, presidi sanitari, farmaci) di ogni distretto e centro di salute per la presa in carico di quello specifico *cluster* di pazienti assegnati. In questo modo, in funzione dei pazienti in carico e dei RUGs di appartenen-

za, è stato possibile programmare a priori le risorse necessarie all'assistenza e verificarne il corretto utilizzo anche sul territorio.

Di ogni Residenza Protetta che insiste sul territorio di competenza, il distretto conosce la situazione in tempo reale dei posti disponibili e il carico assistenziale della tipologia dei pazienti ricoverati, oltre naturalmente all'impegno economico assunto.¹⁷

Con lo scopo di gestire al meglio il cambiamento, l'introduzione del sistema/programma gestionale del territorio è stata preceduta da un'analisi dei processi e dei percorsi assistenziali in coerenza con le normative regionali, al fine di consentire a tutto il personale coinvolto di condividere la configurazione del sistema. La fase di avvio è stata supportata da un piano di formazione rivolto ai circa 250 operatori coinvolti (Medici Specialisti, Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti sociali e Coordinatori delle Professioni), affiancato da tavoli di lavoro che hanno inoltre permesso la raccolta di suggerimenti per l'adeguamento del sistema. Tutto il processo è stato seguito da un referente aziendale (*Projet Manager*) con supervisione e costante supporto della Direzione dell'Azienda, con lo scopo di mantenere sempre alta l'attenzione verso gli obiettivi prefissati.¹⁸ La **tabella 13** riporta nel dettaglio i pazienti in carico e la suddivisione nei tre distretti. Da essa si evince come alla fine del 2012, la ASL 4 Terni ha avuto in carico complessivamente nel triennio 11.499 pazienti in ADI e 700 in RP. Il sistema è stato esteso nel 2012 all'*Hospice*, nuova struttura assistenziale attivata nella ASL 4, con la presa in carico di 60 pazienti, e alla salute mentale, per la quale non sono ancora disponibili i dati. La **tabella 14** mostra un grafico automaticamente prodotto

Tabella 12
Distribuzione percentuale dei macro gruppi RUGs HC (ad alta complessità) nel triennio considerato nei tre distretti

RUG HC	2010			2011			2012		
	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3
Funzione Fisica Ridotta	28,24%	43,75%	47,76%	43,66%	51,86%	43,70%	50,83%	50,30%	44,56%
Clinicamente Complesso	30,53%	31,25%	25,37%	32,44%	30,33%	36,10%	29,58%	28,99%	33,94%
Assistenza Speciale	14,50%	18,75%	14,93%	9,02%	6,46%	9,50%	8,61%	5,33%	11,14%
Vasta Gamma di Servizi	17,56%	6,25%	10,45%	8,94%	9,00%	10,19%	7,92%	12,13%	9,84%
Cognizione Ridotta	2,29%	0,00%	0,00%	2,93%	2,35%	0,35%	1,94%	3,25%	0,26%
Riabilitazione Speciale	6,11%	0,00%	1,49%	2,11%	0,00%	0,17%	0,56%	0,00%	0,00%
Problemi Comportamentali	0,76%	0,00%	0,00%	0,89%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,26%

Distretto	2010	2011	2012	Totale triennio
Distretto 1	2074	2509	1923	6506
Distretto 2	968	1603	952	3523
Distretto 3	663	457	350	1470
Totale	3705	4569	3225	11499

Tabella 13

Distribuzione dei pazienti in ADI nei tre distretti e nel triennio considerato

dal programma, dal quale si può evincere l'assorbimento delle risorse umane per la tipologia di pazienti assistiti a domicilio. La **tabella 15** mostra una schermata tratta dal *software* dalla quale si evince la modalità di utilizzo del programma stesso per le strutture RP.

Tabella 14

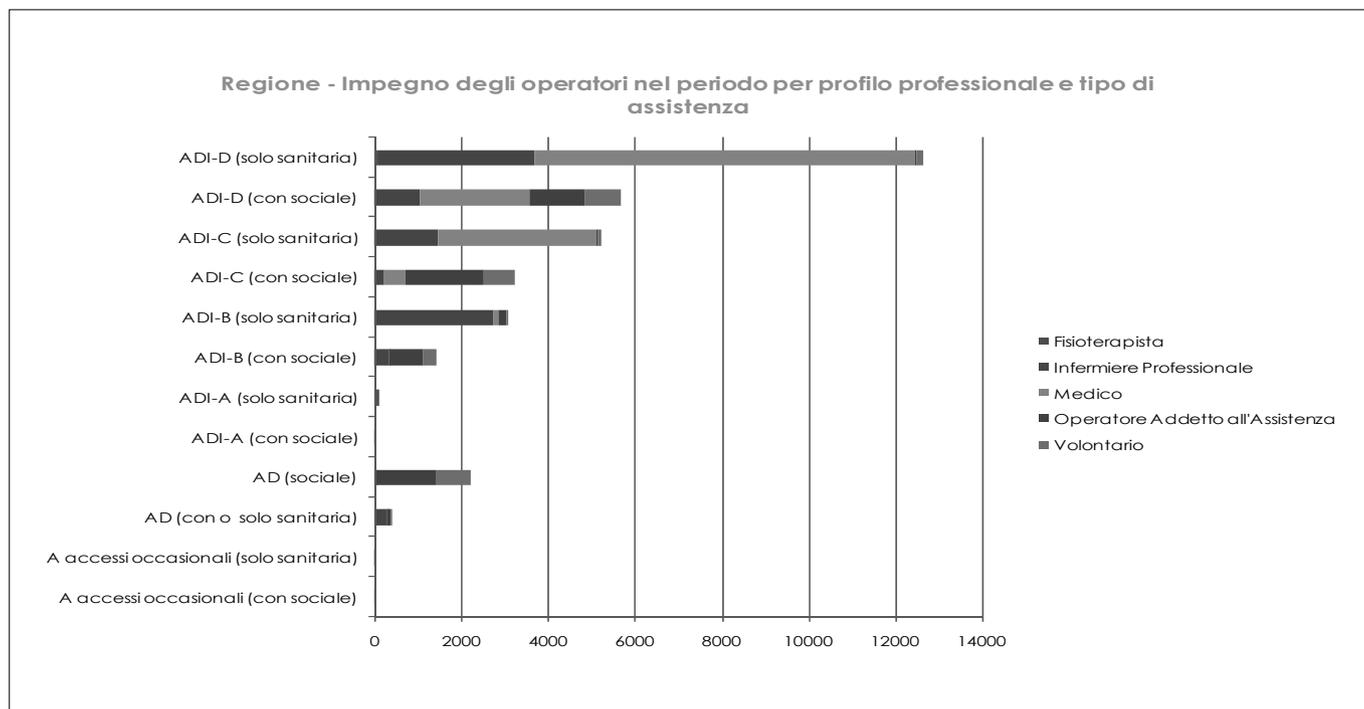
Grafico prodotto dal sistema Atl@nte che illustra l'assorbimento delle diverse risorse umane impegnate nei diversi tipi di assistenza domiciliare per l'anno 2010

7. Considerazioni conclusive

La strategia adottata e le modalità operative utilizzate hanno portato al pieno raggiungimento degli obiettivi di governo clinico con una conseguente riduzione della spesa come la ASL 4 si era riproposta, riportandola all'interno della media regionale. In par-

ticolare, le azioni congiunte sui due grandi filoni degli induttori di spesa (MMG e Distretti) hanno portato nel triennio 2009-2012 a un risparmio di 5 milioni con le azioni sulla appropriatezza prescrittivi con i MMG e 5 milioni con i distretti, per un totale di 10 milioni di euro (2,5% del bilancio aziendale), a fronte del mantenimento della presa in carico dei bisogni socio-sanitari della popolazione di riferimento. Infatti, le azioni di risparmio hanno colpito le sacche di inappropriatazza nella prescrizione farmaceutica per i MMG e le modalità di presa in carico dei pazienti sul territorio per i distretti. Le sacche di inefficienza sono state individuate attraverso la migliore conoscenza dei propri pazienti e la costruzione di un piano assistenziale e terapeutico mirato e individuale, aggiornato.

Non può sfuggire a nessuno l'importanza di conoscere la storia clinica più remota e più recente di un paziente: sapere quali sono le patologie in essere, quali le cose remote avvenute (che spesso si scordano) ma anche gli ultimi esami e approfondimenti diagnostici già eseguiti, risparmiando inutili doppioni spesso dannosi alla salute (si pensi agli esami radiografici), o dolorosi (prelievi emati-



La scritta «Regione» in capo al grafico indica il livello di produzione del dato, in questo caso regionale, mostrando come le informazioni sono condivise fino ai livelli gestionali più alti dell'organizzazione.

The screenshot shows the Atl@nte software interface. The title bar indicates the current entity is 'Distretto n.2 - Agordo'. The main window title is 'Riepilogo Servizi con Impegnativa - COGN000108 NOME000108 - 20/05/1922 (108)'. On the left, there is a tree view of the system structure, including folders like 'Generale', 'Graduatoria', 'Cartelle personali', 'Progetti', 'Test', 'Suite InterRAI', 'I.C.F.', 'Consultori', and 'Data Analysis System'. The right side of the interface displays a 'Riepilogo per Entità' table. The table is organized into sections: 'Entità Territoriale', 'Servizio Locale', and another 'Entità Territoriale' section. Each section contains a table with columns for 'P.L. Accreditati', 'P.L. coperti', and 'P.L. disponibili'.

Riepilogo per Entità			
Entità Territoriale	P.L. Accreditati	P.L. coperti	P.L. disponibili
RP Villa Anna	45	45	0
RP Valle Serena	60	59	1

Servizio Locale		
	P.L. Accreditati	Posti coperti
Res. definitiva Rid./Min. Intensità	60	53
Ric. accoglimento temp. Rid./Min Intensità	19	1
Accoglimento paganti	5	5

Riepilogo per Entità			
Entità Territoriale	P.L. Accreditati	P.L. coperti	P.L. disponibili
RP Tiffany	49	49	0
RP Eurosalus - DOMUS GRATIAE	122	122	0
RP Casa Natività di Maria	24	24	0
RP Casa di Riposo San Giorgio	150	150	0
RP Casa della Divina Provvidenza	34	33	1
RP "Non ti scordar di me"	42	42	0

ci e altri esami invasivi), o i farmaci che già sono assunti e le interazioni con quelli che si vorrebbero eventualmente aggiungere in terapia, sia nei momenti di emergenza che in quelli di approfondimento di una consultazione specialistica, sia al momento di un ricovero ospedaliero.

Le azioni intraprese nella ASL 4 di Terni, a supporto del governo clinico del territorio, hanno mirato a ottenere in tempo reale questa conoscenza, a mettere in comunicazione costante i vari attori del sistema e a far sì che le informazioni presenti in ogni singolo punto diventassero informazioni condivise e «universali». In questo modo è stato possibile utilizzarle a fini gestionali e di miglioramento della efficienza di tutto il sistema.

Il «concentratore epidemiologico» è stato un progetto importante perché dal punto di vista clinico ha permesso la condivisione dei dati sanitari (e comunque dei dati inseriti nel *Patient Summary*) riferiti ai pazienti immessi nel sistema. La condivisione, come si è detto, è stata per i tutti MMG ma anche per il pronto soccorso, per l'emergenza 118 e per la continuità assistenziale potrà e dovrà essere estesa anche ai medici ospedalieri e agli

specialisti ambulatoriali. Questo strumento, ulteriormente sviluppato, permetterà di realizzare per ogni singolo paziente quella che dal punto di vista «informatico e informativo» è uno degli aspetti più importanti della continuità «ospedale-territorio».

Il programma di informatizzazione e gestione dell'assistenza sociosanitaria territoriale ha dato la possibilità a tutti gli operatori abilitati di lavorare su un'unica piattaforma e ha consentito di arricchire la loro conoscenza sul singolo paziente, abilitando una miglior qualità del servizio offerto, maggiore flessibilità e controllo delle attività svolte sul territorio, promuovendo una cultura che vede il cittadino come fulcro delle attività assistenziali. Infatti, seguire i percorsi di cura delle persone, dal momento in cui hanno avuto accesso alla rete dei servizi per la prima volta fino al termine del percorso, consente di valutare continuamente gli esiti delle azioni intraprese e di apporre eventuali azioni correttive, verificando attraverso la revisione sistematica dei PAI non solo gli esiti delle azioni sviluppate ma anche gli assorbimenti di risorse che si sono resi necessari per ogni paziente.

Tabella 15

Schermata video esemplificativa di una fase del programma Atl@nte tramite la quale si può verificare la situazione occupazionale delle Residenze Protette

L'introduzione della valutazione della appropriatezza prescrittiva dei farmaci a partire dalla costruzione dei PDTA, condivisi dai MMG e dagli specialisti, e l'introduzione della valutazione multidisciplinare per la costruzione dei PAI per i pazienti presi in carico sul territorio, hanno rappresentato due importanti approcci di governo clinico del sistema con l'uso di un linguaggio più consono agli operatori sanitari, in particolare ai medici. Inoltre, la possibilità che tutti gli attori abbiano potuto avere accesso a tutte le informazioni sul sistema indipendentemente da chi le avesse prodotte e inserite, ha rappresentato un reale valore aggiunto per tutti gli utenti, che si sono visti a disposizione informazioni a 360 gradi, informazioni difficili da ottenere soprattutto in tempo reale e in maniera aggiornata e completa. Questo ha innescato un meccanismo virtuoso di mantenimento continuo dell'aggiornamento del sistema in funzione della verifica dell'utilità per ognuno delle informazioni ottenute.

L'accesso all'informazione è stato favorito per tutti gli attori del sistema, in modo ovviamente mirato e secondo le esigenze e le autorizzazioni pertinenti al ruolo di ciascuno, chiedendo a tutti gli attori di alimentare il sistema secondo il proprio ruolo e posizione nella rete. In questo modo ogni anello della rete lo ha alimentato in tempo reale aggiungendo informazioni utili alla gestione della risposta appropriata all'utente, fosse essa farmacologica o assistenziale. Di contro, ogni anello riceve informazioni di ritorno in tempo reale, informazioni che possono essere utilizzate per migliorare la qualità e l'appropriatezza anche delle proprie risposte individuali («semaforo», controllo della corrispondenza delle prestazioni erogate con quelle programmate). Questo ha permesso una maggiore equità e perequazione nella erogazione dei servizi ai cittadini accrescendo la cultura della centralità del paziente-utente. L'informazione condivisa, ha permesso di realizzare le condizioni operative di integrazione intra-servizio e inter-servizio capaci di favorire lo sviluppo di tale cultura.

Dal punto di vista epidemiologico, il modello sistemistico adottato ha garantito ampia flessibilità di utilizzo: ha risposto infatti alle esigenze informatiche di condivisione delle cartelle cliniche e dei PAI per i MMG, informazioni che confluiranno nelle AFT

(Aggregazioni Funzionali Territoriali) ma che saranno anche utilizzate per la costruzione del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) di ogni paziente. Ma da subito ogni MMG ha potuto conoscere grazie al concentratore, il profilo epidemiologico dei pazienti che ha in cura (ossia quanti diabetici, quanti cardiopatici, etc.) e di ogni gruppo quanti di questi sono sotto controllo per la patologia secondo gli standard attuali e quanti sono quelli che invece non hanno eseguito a tempo debito gli esami necessari secondo i protocolli per il corretto percorso diagnostico, e quindi richiamarli a visita evitando peggioramenti e magari impropri ricoveri ospedalieri. A livello di ASL, l'aggregazione di tutti i dati in generale, fornisce in automatico il profilo epidemiologico della ASL. Grazie al «semaforo», ogni MMG ha potuto verificare l'adesione personale ai PDTA adottati e in che modalità da essi si discostava per ogni singolo paziente. Grazie ad Atl@nte ha potuto conoscere quali pazienti e quando sono stati inseriti in Residenza Protetta o in *Hospice*, quali in assistenza domiciliare, con quali PAI e con quali miglioramenti o peggioramenti conseguiti. Di contro, a ogni livello direzionale, tutte le informazioni erano fruibili in funzione delle necessarie aggregazioni finalizzate ai ruoli gestionali e direzionali richiedenti.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano:

- la dr.ssa Annarita Ianni ed il dr. Fausto Bartolini, rispettivamente responsabile del controllo di gestione e del dipartimento farmaceutico ex Asl 4 Terni ed il dr. Fabio Vidotto di Studiovega per aver fornito i dati di competenza utilizzati nell'articolo;
- i componenti il gruppo di lavoro costituito per l'implementazione del programma territoriale, dr.ssa Antonella Grimani, referente aziendale per il progetto; il dr. Daniele Mancini e la dr.ssa Mara Rita Piacentini infermieri a supporto della formazione, la dr.ssa Rossella Rota, logopedista e referente per l'elaborazione dati, il sig. Alessandro Collazzone del sistema informativo per la dedizione all'implementazione del sistema;
- tutti i medici di medicina generale e tutti gli operatori (medici, posizioni organizzative, coordinatori, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione) dei distretti della ex ASL 4 di Terni che, ognuno per la propria parte, hanno contribuito alla realizzazione del sistema ed al raggiungimento dei risultati descritti;
- la dr.ssa Paola Casucci, responsabile del Sistema Informativo della Regione dell'Umbria per il sostegno offerto alla realizzazione del programma di gestione dell'assistenza sociosanitaria territoriale.

Note

1. La descrizione del contesto è riferita al triennio che va dal 2009 al 2012 compreso, quando la ASL 4 Terni era una delle quattro aziende sanitarie territoriali della Regione Umbria. Dal 1° gennaio 2013, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge regionale 18 del 12.11.2012, la Asl 4 Terni è stata abolita ed accorpata con quella di Foligno per costituire la Azienda USL Umbria 2.
2. Tutti i dati sono di provenienza dalle fonti informative interne alla ex ASL 4 di Terni di cui alla relazione di mandato citata in bibliografia (Pannella, Ianni, 2012).
3. *Millewin* è la cartella clinica informatizzata per il medico di medicina generale e per la gestione efficiente dell'ambulatorio del MMG; il *software* è un prodotto di Millennium s.r.l.
4. Per gli standard si fa riferimento a quelli utilizzati dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa nel sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie, adottato anche dalla Regione Umbria per l'individuazione degli obiettivi dei Direttori Generali.
5. *Atl@nte* è un *software* prodotto da Studio VEGA s.r.l., società che si occupa, fin dal 1996, di consulenza, formazione e realizzazione di soluzioni *software* per i servizi sociosanitari extraospedalieri e che opera in tutta Italia e in altri Paesi con partner esteri.
6. Il direttore generale si è insediato il 1° agosto 2009.
7. Secondo quanto previsto dall'ACN, ogni anno devono essere finanziate da parte delle ASL 40 ore di formazione per ogni singolo medico, i cui contenuti devono essere concordati con i MMG stessi.
8. Il tasso di ospedalizzazione specifico per patologia per singolo medico è stato calcolato a partenza dai reali pazienti nominali assistiti e dagli effettivi ricoveri per questi stessi assistiti ovunque effettuati per la patologia considerata individuata con i codici ICD9, come previsto dal Progetto di Misurazione delle performance sanitarie della Scuola Superiore S. Anna di Pisa già citato.
9. Per le broncopatie croniche ostruttive non sono stati individuati indicatori di appropriatezza prescrittiva farmacologica, in quanto il percorso di presa in carico prevede piuttosto interventi di riabilitazione cardio-respiratoria; per l'unico farmaco eventualmente da considerare, l'ossigeno, non erano disponibili dati di prescrizione attribuibili ad ogni singolo medico, in quanto la prescrizione era a carico dello specialista pneumologo territoriale od ospedaliero. Per le dispepsie, occorre precisare che la prescrizione di IPP è più elevata nella prevenzione dei disturbi dispeptici associati a terapie che causano dispepsia. Pertanto, non vi è correlazione diretta fra i ricoveri ospedalieri per ulcera gastroduodenale e sindromi dispeptiche (peraltro esigui) ed il consumo di farmaci inibitori di pompa protonica, utilizzati in questo caso per il trattamento preventivo a domicilio di effetti collaterali dovuti ad altri farmaci.
10. A titolo esemplificativo, nella campagna di vaccinazione antinfluenzale dell'anno 2012, in cui si ebbero seri problemi di approvvigionamento dei vaccini, venne data la disposizione di iniziare a vaccinare i pazienti con pluripatologie. I MMG che avevano aderito al progetto «concentratore epidemiologico», hanno potuto estrarre dal proprio archivio informatico, immediatamente, la lista dei pazienti con pluripatologie e quindi vaccinare questi per primi.
11. Per codificata, si intende una patologia per la quale è stato tracciato ed inserito nel sistema informatico il PDTA con i rispettivi indicatori di soddisfacimento del percorso: in questo modo, per ogni patologia «codificata» il medico può ricavare di ogni paziente se questo è stato correttamente sottoposto a quanto previsto dal PDTA. Dell'insieme di pazienti con medesima patologia il MMG può sapere la percentuale degli stessi che sono in regola con quanto previsto dal PDTA e quanti invece sono sfuggiti alla corretta presa in carico.
12. InterRAI è una rete collaborativa di ricercatori di oltre 30 Paesi nel mondo, impegnati a migliorare le cure sanitarie per le persone anziane, deboli e disabili. L'obiettivo di InterRAI è quello di promuovere pratiche basate sulle prove cliniche e decisioni di politica socio-sanitaria, attraverso la raccolta e l'interpretazione dei dati di qualità circa le caratteristiche e gli esiti delle persone servite attraverso una varietà di servizi sanitari e sociali. Anche se ogni strumento della *Suite* InterRAI è sviluppato per una particolare popolazione, tutti gli strumenti sono progettati insieme e per formare un programma integrato di informazioni; essi utilizzano un linguaggio comune, cioè si riferiscono allo stesso concetto clinico. Il sistema InterRAI è applicato in tutto il mondo ed approvato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, perché consente la standardizzazione e l'ottimizzazione dei servizi sanitari. Il sistema è costantemente aggiornato e migliorato grazie alla continua attività di ricerca svolta in tutto il mondo dagli InterRAI-professionisti, accademici e sanitari, impegnati nell'analisi dei dati raccolti.
13. VAOR-ADI è l'acronimo di «Valutazione dell'Anziano Ospite in Residenza ed in Assistenza Domiciliare Integrata» ed è la traduzione e l'adattamento alla realtà italiana del principale strumento di valutazione multidisciplinare di seconda generazione, il RAI-MDS. Quest'ultimo (*Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set*), è stato elaborato nel 1987 da un gruppo di 80 esperti su richiesta del Congresso degli Stati Uniti d'America, con l'obiettivo dichiarato di migliorare il lavoro degli operatori sanitari e la qualità assistenziale dei pazienti in residenza, dando applicazione ad una legge (legge OBRA) di recente adottata (Ferretti, 2010).
14. Negli anni considerati, la variazione dei prezzi dei farmaci è stata di un aumento dello 0,4% nel 2010, di una riduzione del 6,1% e dell'8,4% rispettivamente nel 2011 e nel 2012.
15. Il risparmio attribuibile è stato calcolato come differenza tra quanto effettivamente speso e la spesa per la classe di farmaco considerato se non ci fosse stata alcuna variazione nella percentuale di prescrizione fra genericabili ed è al netto della variazione dei prezzi. Così calcolato complessivamente ammonta a poco meno di 5 milioni di euro (4996453,77 euro) per il triennio.
16. RUGs è l'acronimo di *Resource Utilization Groups* ed, in analogia con il corrispondente DRG (*Diagnosis Related Groups*) ospedaliero, è per il territorio un modo di classificazione dei pazienti/utenti presi in carico in funzione delle risorse economiche as-

sorbite. Con delibera 428/2012, la ASL 4 di Terni ha aderito al progetto «La definizione del *case-mix* nelle cure domiciliari: implementazione del sistema RUGs III HC in Italia», studio nazionale osservazionale multicentrico approvato dal Ministero della Salute e coordinato per la Regione Umbria dal Prof. Antonio Cherubini, dell'Università degli Studi di Perugia, Dipartimento di Medicina Clinica Sperimentale e dell'INRCA Ancona.

17. Il progetto descritto ha vinto il primo premio sezione territorio del Premio Innovazione in sanità del Politecnico di Milano, 19 aprile 2012.
18. Complessivamente l'implementazione del programma è costata € 200.000, di cui 140.000 per il software Atl@nte, sia per la messa in rete dell'ADI che per il collegamento delle RP, *Hospice*, Azienda Ospedaliera; i restanti 60.000 sono stati spesi per la formazione del personale.

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

- AGE.NAS. (2009), «Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane».
- ARONICA A., BANDINI F., CAVALLO M.C., DE NEGRI A., FOSTI G., MONTANELLI R., VENDRAMINI E. (2001), «Managed Care e Medicina generale: modalità innovative per la gestione territoriale della cronicità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- BANCHERO A., BRIZIOLI E., GORI G., GUAITA A., PESARESI F., TRABUCCHI M. (2012), Network Non Autosufficienza, «Dieci domande sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia», *I quaderni di Monitor*, 10° suppl. n. 30, pp. 97-112.
- BORGONOVÌ E. (2012), «Innovazione al cubo», *Mecosan*, 83, pp. 3-8.
- BRIZIOLI E., BERNABEI R., GRECHI F., MASERA F., LANDI F., BANDINELLI S., CAVAZZINI C., GANGEMI S., FERRUCCI L. (2003), «Nursing home case mix instruments: validation of the RUG III system in Italy», *Aging Clin Exp Res*, 15, pp. 243-253.
- CALCIOLARI S., CANTÙ E., FATTORE G. (2009), «Sistemi di performance management delle aziende sanitarie», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Egea, Milano.
- CAVALLO M.C., GERZELI S., LONGO F., VENDRAMINI E. (2000), «La medicina generale: stato dell'arte ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, pp. 429-443.
- COMPAGNI A., TEDESCHI F., TOZZI V. (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.
- CONSALVI E., VENDRAMINI E. (2010), «Integrare la rete dei servizi territoriali», Egea, Milano.
- DEL FAVERO A.L. (2012), «L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia», *I quaderni di Monitor*, 10° suppl. n. 30, pp. 25-38.
- DEL VECCHIO M. (2008), «Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche», Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2001), «Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati», Egea, Milano.
- FATTORE G., TORBICA A. (2010), «Equità territoriale: definizioni, evidenze empiriche e politiche appropriate», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano.
- FERRETTI R. (2010), «Indice "VAOR" Umbria, valutazione del fabbisogno assistenziale», *Management Sanitario*, 10, pp. 72-74.
- GALLI D., HELLER L., TEDESCHI P. (2005), «Nuova convenzione della medicina generale e implicazione sugli attuali accordi regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.
- GALLI D., VENDRAMINI E. (2007), «Gli accordi integrativi regionali con la medicina generale», *Rapporto OASI 2007*, pp. 271-301.
- GALLI D., VENDRAMINI E. (2008), «I nuovi accordi integrativi regionali con la medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- GUZZANTI E. (2012), «L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: evoluzioni e prospettive», *I quaderni di Monitor*, 10° suppl. n. 30, pp. 39-47.
- HELLER L. (2004), «Change management nelle cure primarie: l'influenza delle leve aziendali sull'evoluzione degli strumenti manageriali per la medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- HELLER L., TEDESCHI P. (2004), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2001), «Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità», McGrawHill, Milano.
- LONGO F. (2012) (a cura di), *Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione. Modelli teorici ed evidenze empiriche*, Collana Biblioteca dell'Economia, Egea, Milano.
- LONGO F., DEL VECCHIO M., LEGA F. (2010), *La sanità futura*, Egea, Milano.
- LONGO F. (1999), *ASL, distretto, medico di base: logiche e strumenti manageriali*, Egea, Milano.
- PANELLA V., IANNI A.R. (2012), «Relazione di mandato direzione ASL 4 Terni triennio 2009-2012», Rela-

- zione del Direttore Generale inviata alla Presidenza Regione Umbria ed Assessorato e Direzione Generale alla salute, gennaio 2013.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2011), «Documento regionale di indirizzo per gli usi appropriati di ACE-Inibitori e sartani», Gruppo di lavoro - Direzione generale alla sanità e politiche sociali.
- SCACCABAROZZI G., PERUSELLI C., LOMBARDI F. (2012), «Oltre il “Vuoto Assistenziale”. La lettura dei bisogni ed il paradigma della continuità delle cure per l'assistenza domiciliare del malato fragile, complesso», *I quaderni di Monitor*, 10° suppl. n. 30, pp.72-82.
- SENIN U., CHERUBINI A., MAGGIO D., MECOCCHI P. (2006), *Paziente anziano Paziente geriatrico e medicina della complessità*, Edises S.r.l, Napoli.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50, pp. 71-80.
- UGENTI R. (2012), «Il NSIS e la gestione delle informazioni di salute per i pazienti cronici», *I quaderni di Monitor*, 10° suppl. n. 30, pp. 8-13.
- VAINIERI M. (2009), «La valutazione dell'efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria», *Il sistema di valutazione delle performance della Sanità Toscana - Report 2008*, Ediz. ETS, pp. 383-412.
- VAINIERI M., ZETT S. (2010), «La valutazione dell'efficienza operativa e dinamica economico-finanziaria», *Il sistema di valutazione delle performance della Sanità Toscana - Report 2009*, Parte VII, Ediz. ETS, pp. 293-350.
- VENDRAMINI E. (2009), «Nuovi scenari per le cure primarie: quali implicazioni manageriali alla luce della nuova convenzione?», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*.
- VENDRAMINI E. (2002), «Strumenti manageriali per il governo della medicina generale: analisi di 11 accordi decentrati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CER GAS, 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, accertata la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima ai 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). È consigliata agli Autori una lettera di risposta al referaggio in cui si indichino le modifiche apportate e la ragione dei suggerimenti non accolti. 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, CER GAS - 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 e 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 tra le cinquemila e le settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti, con i rispettivi titoli, su file separato dal testo. 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, 2009). 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. (2009), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo*, 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), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.

Articoli in riviste

DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2003), «Italian public healthcare organizations: specialization, institutional de-integration, and public networks relationships», *International Journal of Health Services*, 41 (4), pp. 757-74.

Rapporti/Atti

OECD (2012), *Gender Publication - Closing the Gender Gap: Act Now*, 17 December, OECD, Paris.
WHO/EUROPE (2009), «The European Health Report 2009: Health and Health Systems», http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.

Non pubblicati

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.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Angelo Righetti

IL BUDGET DI SALUTE E IL WELFARE DI COMUNITÀ: METODI E PRATICHE

LATERZA, BARI, 2013, PP. 188, € 16,00

Tra i diritti umani da sostenere e promuovere, non in quanto meritati dalle persone ma costitutivi della persona stessa, ve ne è uno particolarmente disatteso, discriminato, stravolto o trasformato in un dovere appartenente al mondo dei poteri e non dei diritti naturali della persona: il diritto a occuparsi degli altri, con rispetto, benevolenza, tolleranza, senza finalità di potere o di lucro. Il welfare è un lusso che non possiamo più permetterci e che dobbiamo rapidamente ridimensionare se non smantellare: sembra essere questo il nuovo «pensiero unico». Al contrario, il welfare di comunità propone un ribaltamento prospettico: la persona da assistere cessa di essere «centro di costo» e diventa soggetto economico attivo. Occorre ripartire dalla responsabilità collettiva, secondo un principio di cogestione pubblico/privato della presa in carico, e dalle capacità di risposta inesplorate e inutilizzate delle comunità locali.

INDICE PARTE I. QUADRO GENERALE - 1.1. INTRODUZIONE - 1.2. LE COMPONENTI SOCIO-ECONOMICHE ED AMBIENTALI DELLA SALUTE - 1.3. LE STRATEGIE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI - 1.4. QUADRO NORMATIVO NEL SETTORE SOCIO-SANITARIO - 1.5. L'INTEGRAZIONE GESTIONALE - 1.6. MODELLO DI RIFERIMENTO: LA WELFARE COMMUNITY - PARTE II. QUADRO OPERATIVO - 2.1. IL BUDGET DI SALUTE: LA SCELTA METODOLOGICA E GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI - 2.2. ULTERIORI STRUMENTI DI GOVERNO DEL SISTEMA E DI PROMOZIONE DEL WELFARE COMUNITARIO - 2.3. GLI STRUMENTI ORGANIZZATIVI PER L'INTEGRAZIONE - 2.4. GLI STRUMENTI CONTABILI-AMMINISTRATIVI E FINANZIARI - 2.5. GLI STRUMENTI DI MONITORAGGIO E PROGRAMMAZIONE PER LA PROMOZIONE DEL WELFARE COMUNITARIO - 2.6. CONCLUSIONI

Mariano Angioni (a cura di)

IL FALSO IN SANITÀ: PROBLEMATICHE GIURIDICHE E ASPETTI SOCIOLOGICI

FRANCOANGELI, MILANO, 2013, PP. 192, € 25,00

Il dibattito scientifico sul tema del falso documentale, nelle sue svariate forme e nelle sue numerose applicazioni, è divenuto sempre più rilevante negli ultimi anni, in concomitanza con la presa di coscienza, anche nel nostro Paese, dell'importanza relativa a questo fenomeno. Lo studio del falso trova il suo interesse in campo sociologico nella descrizione, definizione e approfondimento delle sue cause e dei possibili comportamenti devianti, e consente quindi lo sviluppo di più efficaci strategie di contrasto sia sul versante giuridico – con una puntuale elaborazione legislativa – sia su quello più propriamente operativo. Alla veridicità – ritenuta o presunta tale – dei documenti sanitari si affianca la necessità di una costante valutazione dell'accuratezza e dell'appropriatezza del dato, che potrebbe essere costruito in maniera falsificatoria (per dolo, colpa o errore-negligenza). Diventa quindi importante la vigilanza e il controllo sulla corretta compilazione dei documenti sanitari, anche in prospettiva del Fascicolo sanitario elettronico costruito dal cittadino-utente. Nel presente volume gli Autori compiono una vasta e approfondita analisi del fenomeno del falso all'interno del mondo

della sanità italiana e, attraverso ampie fonti di ricerca, seguono il filo rosso della tutela della salute e della ricerca di nuovi modi per realizzarla.

INDICE INTRODUZIONE, DI COSTANTINO CIPOLLA - IL FALSO, DI MARIANO ANGIONI, FABRIZIO FRATONI - ATTIVITÀ DI CONTRAFFAZIONE DEI DOCUMENTI E DEI PRODOTTI IN AMBITO SANITARI, DI MARIANO ANGIONI, FABRIZIO FRATONI - LE ATTIVITÀ DI CONTRASTO AL FENOMENO DEL FALSO IN SANITÀ, DI MARIANO ANGIONI, FABRIZIO FRATONI - IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO: OPPORTUNITÀ SOCIALE E POTENZIALE DEVIANZA, DI GIULIO GODANO - GESTIONE, TENUTA E TUTELA DEI DOCUMENTI SANITARI, DI IRENE STRACCAMORE, ANNAMARIA VENERE - I DOCUMENTI SANITARI E CORREZIONE DEGLI ERRORI MATERIALI, DI IRENE STRACCAMORE, ANNAMARIA VENERE

Americo Cicchetti (a cura di)

**I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE:
ORIGINI, EVOLUZIONE, PROSPETTIVE**

FRANCOANGELI, MILANO, 2012, PP. 352, € 38,00

La sfida della medicina è sempre più di natura «organizzativa»: la performance e la qualità delle cure dipendono dall'abilità di integrare in modo efficace competenze professionali approfondite e frammentate in un contesto ad alta intensità tecnologica. La richiesta di qualità che proviene da pazienti e cittadini, unita ai problemi di sostenibilità economica del sistema, richiede modelli organizzativi affidabili in grado di assicurare efficacia, efficienza ed equità. Su questa base un lavoro di ricerca ha impegnato, per quattro anni, il gruppo di lavoro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma nell'ambito del SiVeAS (Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria, Ministero della Salute), coinvolgendo 33 aziende sanitarie, 66 strutture dipartimentali e oltre 2.500 operatori tra manager, medici e infermieri in diverse Regioni italiane. Attraverso il metodo dei casi multipli e l'analisi statistica dei dati sono stati individuate delle precise correlazioni tra i modelli di organizzazione del lavoro adottati nell'ambito delle singole aziende e i loro esiti, che hanno permesso di comprendere quali modelli organizzativi dipartimentali fossero in grado di assicurare alle strutture del Ssn migliori condizioni operative e performance complessive ottimali. I risultati danno al Ministero della Salute la possibilità di elaborare «standard organizzativi» utilizzabili in sede di programmazione e monitoraggio, forniscono alle Regioni strumenti utili all'impostazione delle proprie politiche organizzative in campo ospedaliero e al management aziendale un supporto ai processi di design organizzativo.

INDICE 1. GLI ASSETTI ORGANIZZATIVI PER L'ASSISTENZA SANITARIA: MODELLI, SOLUZIONI E FORME ISTITUZIONALI NEL SSN - 2. L'EVOLUZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE NELLA NORMATIVA NAZIONALE - 3. IL MODELLO DIPARTIMENTALE NELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE: OBIETTIVI, ELEMENTI PROGETTUALI, EFFICACIA - 4. DIPARTIMENTI E GOVERNO CLINICO IN UNA PROSPETTIVA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE - 5. LA DIFFUSIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE. RISULTATI E INTERPRETAZIONI DELLE EVIDENZE EMERGENTI DALLA SURVEY NAZIONALE DEL 2005 - 6. I MODELLI ORGANIZZATIVI DIPARTIMENTALI NEL SSN: RISULTATI DELL'INDAGINE 2008-2010 - 7. SODDISFAZIONE LAVORATIVA E MODELLI DIPARTIMENTALI: RISULTATI DELL'INDAGINE EMPIRICA 2008-2010 - 8. IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA - 9. IL MEDICAL MANAGEMENT TRA ORIENTAMENTI E PERCEZIONI: EVIDENZE EMPIRICHE DAI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI ITALIANI - 10. L'IMPATTO DEI CRITERI DI PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA SULLE PERFORMANCE DIPARTIMENTALI - 11. LA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI NELLA PROSPETTIVA DEL GOVERNO CLINICO: LE LEZIONI APPRESE - 12. CONCLUSIONI

Emidia Vagnoni, Laura Maran

**IL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE:
IL LUNGO CAMMINO**

MAGGIOLI, SANTARCANGELO DI ROMAGNA, 2013, PP. 118, € 16,00

Il controllo di gestione è un processo chiave nella vita delle aziende sia ai fini del monitoraggio dei risultati periodici, sia ai fini dei processi decisionali. La progettazione di efficaci sistemi di programmazione e controllo risente di numerosi fattori; tra questi, la natura dei

sistemi informativi, le caratteristiche della pianificazione strategica, le variabili organizzative aziendali, gli strumenti utilizzati. Seguendo la previsione legislativa, nelle aziende sanitarie pubbliche i sistemi di controllo sono stati introdotti nel rispetto di determinate caratteristiche, fin dall'avvio nel 1992 della cosiddetta seconda riforma. Nel corso di questi vent'anni, molta attenzione è stata data alla dimensione strumentale, e in particolare alla contabilità analitica per centri di costo e al budget. Il volume analizza il grado di maturità dei sistemi di controllo nelle aziende sanitarie territoriali e nelle aziende ospedaliere. Vengono tracciate le caratteristiche dei sistemi di controllo di gestione dal punto di vista dei controller, e considerando il ruolo che la direzione generale e il middle-level management ricoprono nel forgiare il processo di monitoraggio. Ciò permette di evidenziare gli elementi distintivi dei sistemi di controllo e di avviare considerazioni sulle criticità e gli aspetti ancora scarsamente sviluppati. Per tale ragione, il lavoro è destinato, non solo a chi si occupa di ricerca, ma anche agli operatori del mondo della sanità che, in modo diretto o indiretto, si confrontano col processo di controllo di un'azienda.

INDICE 1. L'APPLICAZIONE DEI SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO, DI EMIDIA VAGNONI - 2. L'APPLICAZIONE DEI SISTEMI DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE, DI LAURA MARAN - 3. IL RUOLO DEI MANAGER, EMIDIA VAGNONI - 4. IL RUOLO DEI CONTROLLER, LAURA MARAN - CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Fabrizia Fontana

LE NUOVE SFIDE ORGANIZZATIVE NELLA FILIERA DELLA SALUTE

FRANCOANGELI, MILANO, 2012, PP. 144, € 17,00

La clinical governance si è sviluppata nel Regno Unito come prospettiva unificante degli aspetti clinici ed economico-gestionali e come integrazione di tutti gli strumenti e i sistemi utilizzati dal management delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie. Pur nella limitata «esportabilità» degli schemi istituzionali, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è stato tra i sistemi sanitari che maggiormente è sembrato avvicinarsi all'NHS ispirato alla clinical governance, raggiungendo il suo culmine alla metà degli anni 2000. Tuttavia lo slancio verso la clinical governance in Italia non ha mai superato lo stadio embrionale, mostrandosi di fatto incapace di tracciare indirizzi di cambiamento solidi, significativi percorsi di path-dependency e di metabolizzare realmente l'evidence-based management.

Alla luce dei recenti progetti di riforma del sistema sanitario, questo libro ritorna sull'analisi di alcuni dei pilastri del rinnovato sistema sanitario italiano, fornendone una lettura di taglio organizzativo. Il testo, pur derivando da un lavoro di ricerca, può essere concepito come utile strumento di approfondimento per studiosi e professionisti del settore sanitario e dell'intera filiera della salute.

INDICE 1. IL GOVERNO CLINICO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: STORIA DI UN FIGLIO MAI NATO - 2. IL MODELLO DIPARTIMENTALE COME SOLUZIONE ORGANIZZATIVA - 3. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT E PERFORMANCE ORGANIZZATIVE SANITARIE - 4. INNOVAZIONE CLINICA: SPERIMENTAZIONE DI NUOVE IDEE E LINEE GUIDA - 5. IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO NELL'ASSISTENZA SANITARIA: L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

OKMA K.G.H., CRIVELLI L.

Swiss and Dutch «consumer-driven health care»: Ideal model or reality?

Health policy, 2013, 109 (2), pp. 105-112

VAN DE VEN W.P.M.M., BECK K., BUCHNER F., SCHOKKAERT E., SCHUT F.T., SHMUELI A., WASEM J.

Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?

Health policy, 2013, Mar, 109 (3), pp. 226-245

FELDER S., TAUCHMANN H.

Federal state differentials in the efficiency of health production in Germany: an artifact of spatial dependence?

European Journal of Health Economics, 2013, Feb, 14 (1), pp. 21-39

SICILIANI L., STANCIOLE A.

Bargaining and the provision of health services

European Journal of Health Economics, 2013, Jun, 14 (3), pp. 391-406

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

POLYZOS N., KARANIKAS H., THIREOS E., KASTANIOTI C., KONTODIMOPOULOS N.

Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a DRG system

Health policy, 2013, Jan, 109 (1), pp. 14-22

GÖPPFARTH D., HENKE K.D.

The German Central Health Fund. Recent developments in health care financing in Germany

Health policy, 2013, Mar, 109 (3), pp. 246-252

PIRSON M., SCHENKER L., MARTINS D., DUNG D., CHALÉ J.J., LECLERCQ P.

What can we learn from international comparisons of costs by DRG?

European Journal of Health Economics, 2013, Feb, 14 (1), pp. 67-73

JAKOVljeVIC M.B.

Resource allocation strategies in Southeastern European health policy

European Journal of Health Economics, 2013, Apr, 14 (2), pp. 153-159

ECONOMIA DEL FARMACO

VANDOROS S., STARGARDT T.

Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis

Health policy, 2013, Jan, 109 (1), pp. 1-6

HOVSTADIUS B., PETERSSON G.

The impact of increasing polypharmacy on prescribed drug expenditure. A register-based study in Sweden 2005-2009

Health policy, 2013, Feb, 109 (2), pp. 166-174

SUSSEX J., TOWSE A., DEVLIN N.

Operationalizing value-based pricing of medicines

Pharmacoeconomics, 2013, Jan, 31 (1), pp. 1-10

JOMMI C., IORIO A.

Prospettive di utilizzo della Valutazione Economica e della Budget Impact Analysis nelle politiche del farmaco in Italia: i risultati di uno studio Delphi

Pharmacoeconomics Italian Research Articles, 2012, Apr, 14 (1), pp. 13-27

TINELLI M., RYAN M., BOND C., SCOTT A.

Valuing benefits to inform a clinical trial in pharmacy

Pharmacoeconomics, 2013, Feb, 31 (2), pp. 163-171

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

JENSEN C., JOHANSSON S., LÖFSTRÖM M.

The project organization as a policy tool in implementing welfare reforms in the public sector

International Journal of Health Planning Management, 2013, 28 (1), pp. 122-137

BOJKE C., CASTELLI A., STREET A., WARD P., LAUDICELLA M.

Regional variation in the productivity of the English National Health Service

Health Economics, 2013, Feb, 22 (2), pp. 194-211

COOKSON R., LAUDICELLA M., LI DONNI P.

Does hospital competition harm equity? Evidence from the English National Health Service

Journal of Health Economics, 2013, Mar, 32 (2), pp. 410-422

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

BRAVI F., GIBERTONI D., MARCON A., SICOTTE C., MINVIELLE E., RUCCI P., ANGELASTRO A., CARRADORI T., FANTINI M.P.

Hospital network performance: a survey of hospital stakeholders' perspectives. Original research article

Health policy, 2013, Feb, 109 (2), pp. 150-157

LEGA F., PRENESTINI A., SPURGEON P.

Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies

Value in Health, 2013, Jan-Feb, 16 (1 suppl), pp. 46-51

NEWHOUSE R., BOBAY K., DYKES P.C., STEVENS K.R., TITLER M.

Methodology issues in implementation science

Medical care, 2013, Apr, 51 (4 suppl. 2), pp. 32-40

HERNANDEZ S.E., CONRAD D.A., MARCUS-SMITH M.S., REED P., WATTS C.

Patient-centered innovation in health care organizations: a conceptual framework and case study application

Health Care Management Review, 38 (2), pp. 166-175

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

BLACK N., TAN S.

Use of national clinical databases for informing and for evaluating health care policies

Health policy, 2013, Feb, 109 (2), pp. 131-136

TROTTA A., CARDAMONE E., CAVALLARO G., MAURO M.

Applying the Balanced Scorecard approach in teaching hospitals: a literature review and conceptual framework

International Journal of Health Planning Management, 2013, Apr, 28 (2), pp. 181-201

MASCIA D., PICONI I.

Career histories and managerial performance of health care chief executive officers: an empirical study in the Italian National Health Service

Health Care Management Review, 2013, Jan-Feb, 38 (1), pp. 71-80

KENNEDY E.H., WIITALA W.L., HAYWARD R.A., SUSSMAN J.B.

Improved cardiovascular risk prediction using nonparametric regression and electronic health record data

Medical care, 2013, Mar, 51 (3), pp. 251-258

MITTLER J.N., MARTSOLF G.R., TELENKO S.J., SCANLON D.P.

Making sense of «consumer engagement» initiatives to improve health and health care: a conceptual framework to guide policy and practice

The Milbank Quarterly, 2013, Mar, 91 (1), pp. 37-77

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

KASTANIOTI C., KONTODIMOPOULOS N., STASINOPOULOS D., KAPETANEAS N., POLYZOS N.

Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis

Health policy, 2013, Jan, 109 (1), pp. 7-13

LONGWORTH L., YOUN J., BOJKE L., PALMER S., GRIFFIN S., SPACKMAN E., CLAXTON K.

When does NICE recommend the use of health technologies within a programme of evidence development?

Pharmacoeconomics, 2013, Jan, 31 (2), pp. 37-149

DRUMMOND M., TARRICONE R., TORBICA A.

Assessing the added value of health technologies: reconciling different perspectives

Value in Health, 2013, Jan-Feb, 16 (1 suppl), pp. 7-13

WHITTY J.A.

An international survey of the public engagement practices of health technology assessment organizations

Value in Health, 2013, Jan-Feb, 16 (1), pp. 155-63

VALUTAZIONI ECONOMICHE

YONG J.H.E., BECA J., HOCH J.

The evaluation and use of economic evidence to inform cancer drug reimbursement decisions in Canada

Pharmacoeconomics, 2013, Mar, 31 (3), pp. 229-236

BLEICHRODT H., QUIGGIN J.

Capabilities as menus: a non-welfarist basis for QALY evaluation

Journal of Health Economics, 2013, 32 (1), pp. 128-137

SANGHERA S., ORLANDO R., ROBERTS T.

Economic evaluations and diagnostic testing: an illustrative case study approach

International Journal of Technology Assessment in Healthcare, 2013, Jan, 29 (1), pp. 53-60

Costo dell'abbonamento per l'anno 2013: € 360,00

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 effettuare 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 2013 è fissato in:

€ 360,00 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 2013 per l'estero è fissato come segue: € 360,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 460,00, 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)	€ 350,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 350,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 350,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 350,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 350,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 350,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 350,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 350,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 350,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 350,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 360,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 360,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 360,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 360,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 360,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 360,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 360,00 *
Volume 18°, annata 2009 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 360,00 *
Volume 19°, annata 2010 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 600)	€ 360,00 *
Volume 20°, annata 2011 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 616)	€ 360,00 *
Volume 21°, annata 2012 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 588)	€ 360,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 6.341,00, anziché € 7.460,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.