

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XXI – N. 87 LUGLIO-SETTEMBRE 2013

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure

M. P. Fantini, E. Borgonovi, G. Maciocco, G. Pieri, F. Longo

SAGGI

- 9** Network professionali e uso delle linee guida: il caso della pediatria di libera scelta

Roberto Dandi, Chiara D'Alise, Daniele Mascia

- 29** Dalla «cura» all'*empowerment* del paziente *in vinculis*: prospettive evolutive dell'assistenza sanitaria negli istituti di pena italiani

Rocco Palumbo

- 45** I Piani di rientro nei processi di *turnaround* in sanità: il caso della Regione Abruzzo

M. Sargiacomo, L. Ianni, A. D'Andreamatteo, V. Santucci

- 67** Migliorare la *performance* nelle aziende sanitarie: il contesto lavorativo infermieristico nelle neonatologie

Simone Fanelli

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 81** Proposta di modelli organizzativi di rete ospedale-territorio per la gestione delle cronicità

M. Veglio, S. Balestrini, L. Bensi, A. Bruschi, A. Frediani, L. Guidolin, C. Carbone

- 101** «Programmare» la programmazione sociosanitaria in tempo di crisi

Massimo Campedelli

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 115** Novità bibliografiche

- 119** 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
Daniela Preite
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 47 B030 6905 0771 0000 0009 319 BIC BCITITMM). Prezzo di una copia € 99,00

PUBBLICAZIONE

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

Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

Fotocomposta da SIPIS srl

Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700

Spedita in abbonamento postale, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)

Società editrice: SIPIS - www.sipis.it

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

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

La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure

di M. P. FANTINI, E. BORGONOVÌ, G. MACIOCCO, G. PIERI, F. LONGO

Da sempre, la linea editoriale di Mecosan sottolinea che la sostenibilità dei sistemi, in particolare del Servizio sanitario nazionale, dipende dalla capacità delle Unità sanitarie locali delle aziende che lo compongono, nello specifico delle aziende sanitarie territoriali, ospedaliere, ospedaliere universitarie, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, altre entità autonome. Coerentemente con le teorie aziendali e di management, confermate dalla realtà e da tutti gli studi empirici, è evidente che l'equilibrio delle aziende si ottiene prima di tutto partendo dalla individuazione dei bisogni reali e dalla capacità di anticipare la loro evoluzione. Di conseguenza, nessuna politica che abbia l'obiettivo di garantire la sostenibilità può prescindere da una riflessione approfondita sull'evoluzione dei bisogni.

In questa prospettiva va sottolineato che la nuova e maggiore sfida per i Sistemi sanitari è oggi rappresentata dall'aumento della prevalenza delle malattie croniche, che sono ormai diventate la principale causa di mortalità e morbidità in Europa e costituiscono un problema emergente anche nei Paesi a basso e medio reddito, grazie ai progressi nella riduzione e controllo della diffusione delle malattie infettive. L'ampia prevalenza della cronicità è strettamente correlata alla rilevanza delle risorse sanitarie che essa consuma. La Regione Lombardia ha calcolato che il 30% dei propri residenti sono affetti da una patologia cronica e che questi consumano il 70% delle risorse del Sistema sanitario regionale (Agnello et al., 2011).

Pertanto, i Sistemi sanitari stanno cercando di riorientare i servizi, destinandoli non soltanto alle persone in condizioni acute o di emergenza ma anche alle persone con patologie croniche, organizzando percorsi orientati alla prevenzione, diagnosi precoce e supporto per questa tipologia di pazienti.

Diversi autori hanno sottolineato la necessità di un cambiamento dell'organizzazione dell'assistenza secondo la logica del passaggio dalla medicina di «attesa», centrata sulla malattia in fase di acuzie, alla «medicina di iniziativa», centrata sul trattamento delle persone con malattie croniche (Ham, 2010).

La sfida è rappresentata dalla capacità di ricercare attivamente le fragilità, di presidiare la continuità delle cure e di attuare sinergie con tutte le risorse della comunità. In questa logica, le modalità assistenziali devono tendere a uno sviluppo integrato delle professionalità, attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali e organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, devono saper valorizzare il contributo dei diversi professionisti coinvolti.

Per realizzare questa riorganizzazione delle cure e dell'assistenza, garantendo, oltre all'appropriatezza clinica e organizzativa, umanità, globalità, continuità, proattività e tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti, il modello di riferimento indicato dalla

letteratura è il Chronic Care Model (Wagner, 1998; Department of Health NHS, 2005). Il Chronic Care Model, modello di gestione della patologia cronica preso come riferimento anche in numerose esperienze italiane degli ultimi anni, fornisce una cornice concettuale che descrive gli elementi necessari allo sviluppo di una buona assistenza per le persone con malattie croniche, che deve essere proattiva, evidence-based e centrata sul paziente. Tra gli elementi del modello, due in particolare emergono dalla letteratura come fondamentali: il supporto all'autocura e la presenza di un team multidisciplinare di professionisti in grado di garantire una effettiva integrazione tra assistenza primaria e specialistica (Ham, 2010).

La gestione della cronicità, a prescindere dal modello assistenziale adottato, necessita di precisi strumenti di monitoraggio e governo clinico e manageriale pensati ad hoc. Essi devono divergere significativamente dagli strumenti adottati in ospedale, in coerenza alle caratteristiche delle patologie croniche. Esse innanzitutto sono permanenti e di lungo periodo. Coinvolgono una pluralità di professionisti, di livello specialistico tra di loro eterogeneo, appartenenti ad ambiti di cura differenti. Spesso richiedono l'integrazione di servizi sanitari con quelli sociali, così come le risorse dell'individuo e della sua rete affettiva in combinazione con quelle pubbliche. Le patologie croniche, inoltre, sollecitano spesso interventi orientati a migliorare il comfort di vita più che la guarigione, la quale non è più disponibile, e ciò rende ancora più complesso definire gli end point dei processi assistenziali. A questo proposito e fino a ora, l'implementazione del Chronic Care Model è stata realizzata, nei diversi contesti organizzativi e internazionali, seguendo la logica della singola patologia, per esempio diabete, scompenso cardiaco, Bpco e altre (Starfield, 2011). La singola patologia è stata affrontata con i Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (Pdta) capaci di definire un trattamento di riferimento che rappresenta, contemporaneamente, una linea guida per il comportamento clinico e una traccia per organizzare le interdipendenze tra le unità organizzative coinvolte. Lo scostamento dei percorsi effettivi dai Pdta deliberati e il grado di razionalità di questi scostamenti rappresentano un'utile metrica e unità di misura per valutare la performance dei professionisti e delle organizzazioni. Questo approccio è stato sicuramente fondamentale come punto di partenza per la riorganizzazione e il governo dei servizi sanitari centrati sui bisogni del paziente con patologia cronica. Esso ha guadagnato un grande consenso culturale tra i professionisti e i manager del settore e adesso si trova nel lungo e tortuoso periodo di diffusione e sistematizzazione.

Occorre tuttavia avere bene presente che, come evidenziato dalla più recente letteratura, la condizione cronica più comune per molti pazienti adulti è la multimorbidità, ovvero la presenza di due o più patologie croniche (US Department of Health and Human Services, 2010; Barnett, 2012) e che non sono le singole patologie croniche a determinare il consumo di risorse sanitarie, bensì la multimorbidità (Starfield, 2011).

Le stime di prevalenza della multimorbidità variano in maniera sostanziale tra i diversi Paesi e sono ancora pochi gli studi che descrivono l'epidemiologia di questa condizione. Un recente studio inglese evidenzia come il 23% della popolazione è in condizioni di multimorbidità e l'8% presenta una comorbidità fisica e mentale. La proporzione di persone con multimorbidità cresce con l'aumentare dell'età, ma è importante anche tra gli adulti di età inferiore ai 65 anni, soprattutto in presenza di problemi di salute mentale e di bassi livelli socio-economici (Barnett, 2012). Una revisione della letteratura condotta nel 2012 ha evidenziato una prevalenza della multimorbidità variabile tra il 13% e l'83% (nelle persone con età ≥ 75 anni), con una prevalenza più bassa negli studi che includevano meno di 10 condizioni croniche nella definizione di multimorbidità; chiaramente, la scelta di quali e quante condizioni croniche includere nella definizione può influenzare fortemente la prevalenza della multimorbidità. Anche la scelta del cut-off di almeno due condizioni croniche non è universalmente accettata: alcuni studi riportano infatti un cut-off di tre o più condizioni croniche (Salive, 2013). Ciò che risulta chiaro è che i pazienti cronici

con multimorbidità sono maggiori di quelli con una sola patologia, i quali rappresentano pertanto una minoranza.

Uno dei rischi maggiori a cui il paziente pluripatologico si trova esposto è senza dubbio la frammentazione del processo di cura. Questo comporta una perdita della visione unitaria del problema di salute e si traduce in un aggravio burocratico per il paziente, oltre alla frequente ripetizione di tratti del percorso di cura comuni a più malattie. Ciò deriva dal fatto che ogni specialista concentra la propria responsabilità sul trattamento della singola malattia per la quale è stato consultato, senza tener conto che molte malattie richiedono approcci integrati in grado di agire sinergicamente sui meccanismi eziopatogenetici (si citano, per esempio, l'ipertensione, il diabete e la cardiopatia ischemica). Questo rappresenta l'unico modo per evitare duplicazioni e sprechi nell'accesso ai servizi sanitari, oltre che disagi e disorientamento negli stessi pazienti. Un altro rischio, non sempre scrupolosamente valutato dagli stessi professionisti sanitari, è la limitata conoscenza dei possibili eventi avversi derivanti dalle interazioni fra numerosi e simultanei trattamenti, soprattutto in considerazione delle frequenti limitazioni funzionali, della qualità di vita spesso scadente e degli esiti sfavorevoli che solitamente connotano l'esperienza di vita dei soggetti polipatologici (Perria, 2013).

Stando poi ai dati del citato studio di Barnett, che evidenziano come la multimorbidità si accentui fortemente nelle aree più deprivate, il rafforzamento delle cure primarie, con un'attenzione particolare all'integrazione tra figure e ambiti professionali, insieme all'utilizzo sistematico degli strumenti di valutazione multidimensionale, diventa un'assoluta priorità, risultando evidente la necessità di considerare nei piani assistenziali anche la condizione socio-economica, garantendo una forte integrazione socio-sanitaria (Barnett, 2012; Starfield, 2011).

Alla luce di queste considerazioni, si pongono riflessioni ed interrogativi certamente stimolanti rispetto alle implicazioni per l'organizzazione dei servizi sanitari, per la valutazione dei cambiamenti organizzativi da implementare e per la ricerca sia di tipo clinico-farmacologico che organizzativo.

A dispetto del panorama epidemiologico fin qui descritto, anche le evidenze scientifiche e le linee guida sono ancora largamente orientate alla gestione della singola patologia e la maggior parte dei trial clinici, sui quali si basano le linee guida, tende a escludere persone anziane e con multimorbidità. Ai pazienti anziani con multimorbidità vengono prescritte terapie farmacologiche multiple, evidence-based per la singola patologia, e che quindi possono non considerare effetti collaterali legati alla compresenza di altre condizioni (Barnett, 2012). Diversi autori suggeriscono la necessità di avere a disposizione linee guida costruite per «combinazioni di condizioni patologiche» che tengano conto delle comorbidità più comuni (Guthrie, 2012). L'affermazione che la multimorbidità comporta inevitabilmente una polifarmacoterapia è troppo semplicistica (Roland, 2013). Polifarmacoterapia non è necessariamente sinonimo di inappropriata: ovviamente, sarebbero necessarie migliori raccomandazioni in grado di informare i professionisti circa i rischi e benefici dei differenti trattamenti, tenendo conto in particolare delle eventuali condizioni di fragilità e multimorbidità dei pazienti (Hughes, 2013).

In questa luce anche i Pdta per singola patologia non appaiono più uno strumento particolarmente capace di catturare le esigenze di rappresentazione e governo clinico e manageriale della cronicità, anzi potrebbero contribuire a rafforzare la frammentazione delle cure, ingegnerizzando separatamente processi che in realtà sono tra di loro integrati.

In questo contesto si inserisce il tema della «personalized medicine», che prevede la possibilità di classificare gli individui in sottopopolazioni che differiscono per suscettibilità a una particolare malattia o per risposta a uno specifico trattamento, consentendo quindi di concentrare gli interventi (terapeutici, preventivi, etc.) sui soggetti che realmente potranno beneficiarne (Goldeberg, 2013). Si potrebbe evolvere questo approccio nella direzione di

una «clusterized medicine» che considera gruppi di pazienti target caratterizzati dalle stesse comorbidità, con combinazioni che registrano una rilevante prevalenza. Risulta chiaro che con questa logica non viene messo in crisi il contributo dell'Evidence-Based Medicine, ma piuttosto come le evidenze sono costruite.

In assenza quindi di «evidenze» rispetto ai pazienti con multimorbidità, che cosa ci si aspetta dai clinici e dai ricercatori per l'immediato futuro?

I clinici dovrebbero essere incoraggiati a pensare al paziente con un approccio «globale», per decidere se sia opportuno applicare raccomandazioni definite da linee guida sviluppate per singole patologie e se eventuali comorbidità rappresentano l'indicazione per un approccio, aggressivo oppure conservativo, nel migliore interesse del paziente. Questo presuppone competenze che i clinici devono necessariamente aver acquisito, per poter formulare giudizi clinici sulla base della loro valutazione dei bisogni del paziente, e che devono essere costruite nel corso della formazione medica (Roland, 2013). Una barriera all'assunzione di responsabilità da parte dei clinici in merito all'applicabilità di determinate linee guida risiede nelle politiche stesse di implementazione degli strumenti dell'Ebm, che prevedono spesso una valutazione dell'aderenza dei comportamenti medici alle linee guida: i clinici infatti potrebbero non sentirsi inclini a prendere decisioni che deviano da quanto raccomandato, esponendoli a valutazioni che non tengono conto della decisione presa nell'interesse del paziente, a sanzioni o a problematiche medico-legali (es. decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, e successiva legge 8 novembre 2012, n. 189, art. 3 «Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie»). Come evidenziato da Roland, dare un'eccessiva importanza all'Evidence-Based Practice e a una valutazione critica della performance dei professionisti, può nascondere il pericolo di un «disempowerment» dei medici (Roland, 2013).

I ricercatori, d'altro canto, dovrebbero specificare le caratteristiche dei pazienti che vengono arruolati nei diversi studi clinici, consentendo quindi al personale medico e ai decisori di interpretare correttamente le raccomandazioni desunte dagli studi e definite dalle linee guida e, soprattutto, dovrebbero tenere conto dei fattori «multimorbidità» ed «età» nella definizione degli specifici criteri di arruolamento (Cambell-Scherer, 2010). Ovviamente il limite di queste soluzioni risiede nel fatto che sono troppe le condizioni e le combinazioni da coprire (Roland, 2013), e potrebbe essere in parte superato proponendo delle evidenze almeno per i cluster di comorbidità più frequenti.

Indubbiamente, la multimorbidità rappresenta una nuova frontiera nell'evoluzione dell'Evidence-Based Medicine e la letteratura scientifica sembra concorde nell'evidenziare la necessità di fare ricerca su patologie croniche e multimorbidità, in particolare nel setting assistenziale delle cure primarie (Cambell-Scherer, 2010). Dopo la ricerca «di base», abbiamo quindi sempre più bisogno di ricerca epidemiologica e clinica, che tenga però conto di fattori come la multimorbidità e la farmacoutilizzazione, ma anche di sviluppare ulteriormente la ricerca applicata ai servizi sanitari (applied scientific research), che deve partire dai problemi della popolazione per formulare quesiti di ricerca, analizzare i dati disponibili e portare risultati che possano essere tradotti in soluzioni organizzative e implicazioni di policy a supporto dei decisori.

Per garantire assistenza appropriata a pazienti con multimorbidità, i servizi sanitari devono assicurare integrazione e coordinamento tra professionisti e tra servizi, ma devono anche definire quali professionisti dovrebbero essere primariamente responsabili nel coordinamento delle cure e nel supportare i pazienti nelle decisioni relative al loro stato di salute. Lo specialista potrebbe essere il principale consultant per il paziente quando i suoi problemi di salute sono dominati da una singola patologia, delegando poi ai professionisti delle cure primarie i processi di follow up. Al contrario, è il Medico di medicina generale che può rappresentare il migliore case manager per il paziente con multiple patologie croniche e che si trova in una posizione ottimale per garantire il più efficace coordinamento

dell'assistenza al paziente (Tinetti, 2012). Per questi motivi potrebbero essere sempre più sperimentati modelli di assistenza con l'outreach di specialisti presso gli ambulatori territoriali, al fine di garantire la linearità (seamless) dei percorsi assistenziali (SIGN, 2013). A questo proposito, per trovare un punto di sintesi tra le esigenze di ingegnerizzazione delle cure, per renderle monitorabili e aderenti alle migliori evidenze, e le necessarie personalizzazioni, richieste dalle comorbilità a bassa prevalenza, è possibile investire sulla formalizzazione e sistematizzazione dei «Piani assistenziali individuali» (Pai). Essi possono produrre il doppio beneficio di garantire uno strumento di peer audit per discutere le scelte cliniche dei professionisti, partendo da una metrica che permette di analizzare in maniera strutturata numerosi casi clinici, oltre a rappresentare un mezzo per verificare i comportamenti prescrittivi e la compliance del paziente. Ovviamente, i professionisti necessitano di avere a disposizione nuovi strumenti (point-of-care risk calculators) e dati clinici (cartelle cliniche informatizzate condivise) in grado di supportarli efficacemente nelle decisioni per costruire, valutare e discutere i Pai.

Dovranno quindi essere le diverse organizzazioni, sia «istituzionali» che «di ricerca» (Ssn, Epoc, etc.), a incoraggiare e definire metodologie di ricerca appropriate in grado di produrre evidenze da rendere fruibili ai professionisti, sia per le multimorbidità ad alta prevalenza, per cui può essere possibile ricercare specifiche evidenze, sia per quelle più rare, in cui inevitabilmente bisogna cercare di ingegnerizzare i processi decisionali e valutativi della cura personalizzata.

Dobbiamo anche considerare che i meccanismi di interrelazione tra pazienti e medici stanno cambiando, attribuendo sempre minore importanza alla tradizionale «visita ambulatoriale» e prevedendo invece nuove e innovative forme di interazione medico-paziente (telemedicina, etc.), in grado di garantire un'assistenza focalizzata sul paziente nel tempo, indipendentemente dall'assistenza necessaria per rispondere ai bisogni della singola patologia (Starfield, 2011). Ricordiamo inoltre che una «medicina personalizzata» non può fare a meno del ruolo attivo della persona nei processi di cura. Come enfatizzato recentemente in un editoriale su BMJ, l'unica possibilità di migliorare l'assistenza sanitaria è rappresentata da una partnership tra clinici e pazienti, perché questi ultimi, meglio dei clinici, comprendono la realtà delle loro condizioni, l'impatto che la malattia e il suo trattamento hanno sulla loro vita e come i servizi potrebbero essere meglio progettati per aiutarli (Richards, 2013). L'obiettivo diventa dunque quello di definire ed aggiornare nel tempo il Pai, con la piena partecipazione del paziente e della sua famiglia.

Anche la formazione, sia medica che delle altre professioni sanitarie, è ancora in gran parte basata su un approccio legato alla singola malattia (Starfield, 2011; Barnett, 2012) e non ancora sufficientemente orientata a favorire il coinvolgimento dei pazienti, sia nelle decisioni cliniche che nella gestione della patologia cronica (empowerment dei pazienti, educazione terapeutica e supporto all'autocura). La letteratura scientifica ha dimostrato come pazienti maggiormente coinvolti nella ricerca di risposte ai propri bisogni di cura tendano a essere meno passivi nelle loro interazioni con i clinici, più consapevoli dei potenziali effetti avversi dei trattamenti, più attenti a rispettare i processi di cura e maggiormente in grado di orientarsi tra i diversi servizi sanitari (Starfield, 2011).

Alla luce di quanto descritto, gli interrogativi a cui occorre trovare risposta sono: di quale innovazione organizzativa e di governo clinico, di quale ricerca e di quale formazione c'è bisogno? Occorre riflettere sulla particolare condizione delle società progredite: spesso si è in grado di analizzare i problemi e di proporre soluzioni su cui trovare un accordo più o meno ampio. Meno agevole e immediata è la capacità di gestire il cambiamento, cioè di passare dal «dover essere» (le soluzioni individuate) al «poter essere» (le traiettorie di cambiamento realisticamente perseguibili). Per coprire questo gap non basta un editoriale o una serie di articoli scientifici, è necessaria una diffusa informazione ai medici, agli infermieri e ad altri professionisti, ai manager, ai policy maker e, cosa ancor più difficile, ai milioni di pazienti. È poi necessario far seguire all'informazione anche il chiarimento

sui vantaggi che tutti possono ottenere dalla capacità di seguire le nuove linee evolutive e dai rischi che si corrono continuando a garantire una assistenza secondo modelli superati che, anche quando rispondessero ai criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza e minimizzazione dei costi, comporterebbero comunque uno spreco di risorse, da un lato, e la crescente insoddisfazione dei pazienti, dall'altro. Gestire il cambiamento tra modelli ideali e realpolitik delle politiche di tutela della salute è la cosa più difficile da fare, ma è l'unica da perseguire se non si vuole che la sostenibilità sia ottenuta riducendo drasticamente i livelli di assistenza.

Network professionali e uso delle linee guida: il caso della pediatria di libera scelta

ROBERTO DANDI, CHIARA D'ALISE, DANIELE MASCIA

Family paediatricians are an integral part of Primary Care in Italy. These professionals are scattered throughout the territory and mostly work in isolation, in the context and under the supervision of local health authorities. This study aims to explore the impact of informal knowledge exchange networks on these isolated practices. In particular, we provide an empirical test of whether informal knowledge exchange among family paediatricians is associated with their use of clinical guidelines. Our findings document that the interaction of paediatricians with their colleagues, on the territory and within hospitals, is positively associated with the frequency with which they use clinical guidelines. These results have important implications for local health unit managers and professional associations.

Keywords: social networks, knowledge exchange, guidelines, paediatric care

Parole chiave: social network, scambio di conoscenza, linee guida, pediatria

Note sugli autori

Roberto Dandi è ricercatore a tempo determinato in LUISS Guido Carli - rdandi@luiss.it; Chiara D'Alise è assegnista di ricerca presso LUISS Guido Carli; Daniele Mascia è ricercatore presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore

Il presente lavoro è frutto del progetto «Network di conoscenze nelle comunità di pratica: l'impatto del capitale sociale sulla diffusione dell'innovazione», finanziato dal MIUR nell'ambito del programma PRIN 2007

Attribuzioni

Sebbene questo articolo sia stato sviluppato congiuntamente dagli autori, i §§ 1 e 8 sono attribuibili a Roberto Dandi, i §§ 3, 5 e 6 a Chiara D'Alise e i §§ 2, 4 e 7 a Daniele Mascia

1. Introduzione

Le organizzazioni sanitarie sono tipicamente organizzazioni *knowledge-intensive* (Profili, 2004) dove il problema della gestione della conoscenza e della traduzione della conoscenza in azione è particolarmente rilevante e problematico. Da una parte, infatti, le organizzazioni sanitarie sono organizzazioni professionali (*professional bureaucracy* nei termini di Mintzberg, 1979), includendo al loro interno professionalità diverse e altamente specializzate per la presa in carico dei pazienti e delle loro diverse patologie. Dall'altra, con l'invecchiamento delle popolazioni e la conseguente maggiore richiesta di cure complesse, specialmente nell'assistenza primaria, le organizzazioni sanitarie devono integrare queste conoscenze specialistiche per garantire l'efficacia e la continuità delle cure. Questa integrazione, come rilevato da Nicolini *et al.* (2008) nella loro analisi della letteratura sulla gestione delle conoscenze in sanità, è però ostacolata fortemente dalle separazioni e dai confini tra specialità mediche.

Le conoscenze cliniche, oltre a essere varie sono anche variabili, cioè necessitano di un continuo aggiornamento. Ogni giorno avvengono nuove scoperte scientifiche e sono sviluppate innovazioni nei percorsi terapeutici, nei farmaci o nelle tecnologie biomedicali. Heathfield e Louw (1999) hanno stimato che le conoscenze mediche aumentano di quattro volte nell'arco della vita professionale di un medico. Medici e organizzazioni sanitarie dovrebbero quindi aggiornare le loro competenze e garantire l'adozione e l'uso di queste innovazioni, ma la sovrabbondanza di conoscenza medica rende impossibile un

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Utilizzo delle linee guida in sanità
3. Ruolo dei colleghi nell'uso delle linee guida
4. La prospettiva dei network
5. Il contesto della ricerca
6. Metodologia
7. Risultati
8. Discussione e conclusioni

completo e soprattutto rapido aggiornamento.

Le conseguenze di queste problematiche possono essere molto gravi. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 2005), per esempio, nel mondo ogni anno muoiono 7 milioni di bambini per cause che si potevano prevenire (due terzi del totale). Affrontando proprio la difficoltà di tradurre in pratica e di trasferire le conoscenze scientifiche e l'*Evidence-based medicine*, l'Oms nel 2005 ha varato un'iniziativa di livello mondiale per sviluppare il *knowledge management* in sanità. L'iniziativa ha individuato alcune importanti strategie di *knowledge management* per combattere il cosiddetto «know-do gap», ovvero il divario tra ciò che già si conosce e ciò che si riesce invece a fare (WHO, 2005), tra le quali spiccano: il miglioramento nell'accesso alle informazioni sanitarie; lo sviluppo di un ambiente abilitante la gestione della conoscenza; la traduzione della conoscenza in linee guida e azioni concrete.

Il problema dell'uso delle linee guida ha assunto particolare rilevanza poiché negli ultimi anni a livello globale vi è stata una crescente attenzione all'*Evidence-based medicine* (o Ebm), ovvero all'utilizzo nella pratica clinica quotidiana di forme di conoscenza codificata. Secondo questo approccio, il medico deve tendere a integrare sapientemente le proprie conoscenze tacite – come l'identificazione dei sintomi in base all'esperienza e alle informazioni (a volte confuse e frammentarie) provenienti dai pazienti, o come l'identificazione del miglior percorso terapeutico in relazione alla storia, ai bisogni e alle aspettative del singolo paziente – con conoscenze che sono invece codificate in libri, linee guida e protocolli.

La letteratura ha documentato che, quand'anche le conoscenze siano codificabili, come nel caso delle linee guida, la loro applicabilità dipende dal contesto della pratica clinica: barriere organizzative, psicologiche, economiche, intra o inter-professionali, possono limitare la diffusione delle nuove conoscenze e renderle distorte o inutilizzate (Ferlie *et al.*, 2005; Dopson e Fitzgerald, 2005). Inoltre, l'esperienza personale del medico e l'evidenza scientifica sono interpendenti: «l'integrazione delle due componenti è necessaria, in quanto senza la prima la pratica

clinica diviene una meccanica applicazione di evidenze non sempre pertinenti al singolo paziente; senza la seconda la pratica clinica è troppo soggettiva e variabile e diventa rapidamente obsoleta» (Iovine e Morosini, 2005).

Lo scambio di pareri tra colleghi è una strategia per ovviare al sovraccarico di informazioni da gestire e al problema della personalizzazione delle evidenze. Lo stesso uso della conoscenza codificata, come l'Ebm, sarebbe quindi influenzato dalla disponibilità di scambi di conoscenza tacita tra colleghi. Dopson *et al.* (2002), per esempio, argomentano che lo scambio di pareri tra colleghi può essere utilizzato per meglio applicare le evidenze al singolo caso clinico. Gabbay e Le May (2004) invece sostengono che i medici fanno riferimento più alle loro esperienze e a quelle di colleghi fidati che all'Ebm. Recenti studi documentano che anche la peculiare struttura della rete professionale del singolo medico è in grado di influenzare la propensione dei clinici all'uso dell'Ebm (Mascia e Cicchetti, 2011).

Questo studio intende esplorare l'impatto delle reti che emergono tra professionisti sulla frequenza d'uso delle linee guida. Lo studio si concentra sull'impatto delle reti informali tra professionisti nell'ambito delle cure primarie. L'assistenza primaria in Italia si basa principalmente sul lavoro di figure professionali disperse nel territorio che operano in maniera quasi autonoma: i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Secondo le teorie di *network* esiste infatti una probabilità di «contagio sociale» nell'uso o nel non-uso delle linee guida a seconda del grado di interazione con altri pediatri sia territoriali sia ospedalieri. Lo studio intende dunque verificare se esiste un «network effect» nella frequenza d'uso delle linee guida nella pediatria di libera scelta. La relazione che viene presa in considerazione è lo scambio di conoscenze, un fenomeno centrale nell'assistenza sanitaria (Cicchetti, 2004; Profili, 2004).

2. Utilizzo delle linee guida in sanità

La rapidità con cui si producono e si rendono disponibili nuove conoscenze ai professionisti è senz'altro uno dei principali cambiamenti caratterizzanti l'attuale mon-

do della sanità. Questa situazione avrebbe teoricamente dovuto modificare il modo con cui gli operatori della sanità prendono le proprie decisioni, favorendo l'integrazione delle conoscenze basate sulla personale esperienza con quelle rese invece disponibili attraverso linee guida o accesso a fonti scientifiche. È questo il paradigma dell'*Evidence-based medicine* (Ebm), ovvero l'assunzione di decisioni cliniche sulla base di una valutazione allargata del quadro fisiopatologico del paziente che prende in considerazione tanto la conoscenza del singolo professionista quanto quella che strumenti quali meta-analisi, *trial* clinici randomizzati o report di *Health technology assessment* rendono disponibile al singolo medico (Sackett *et al.*, 1996).

Nonostante la grande disponibilità di innovazione e la produzione continua di nuova conoscenza, la loro messa in pratica da parte dei professionisti avviene in misura piuttosto limitata (Van De Ven e Schomaker, 2002).

La ricerca ha messo in luce che il *gap* tra conoscenza disponibile e *routine* assistenziali avviene per diverse ragioni. In primo luogo vi è un problema legato alla produzione di conoscenze che siano sufficientemente robuste per poter essere estese anche al di fuori del contesto in cui sono state prodotte (Lambert, 2006). Il tema in questo caso riguarda soprattutto le modalità con cui vengono prodotte queste conoscenze, per esempio attraverso meta-analisi o *trial* clinici randomizzati. In ambito pediatrico, per esempio, il problema dell'applicabilità dell'Ebm è quanto mai acuto, in quanto solo una piccola percentuale degli studi clinici randomizzati si basano su sperimentazioni su pazienti in età pediatrica. Questo dipende da considerazioni sia etiche (si cerca di evitare rischi ai bambini in età pediatrica) sia economiche (i costi dei *trial* si giustificano meno, per l'industria farmaceutica, per prodotti destinati a un mercato più ristretto di quello degli adulti) (Thorat *et al.*, 2012).

Vi sono inoltre problemi di natura organizzativa che ostacolano l'implementazione della conoscenza clinica (Shortell *et al.*, 2001; Dopson e Fitzgerald, 2005), come per esempio la disponibilità di sistemi informativi aggiornati e efficienti, la presenza di sistemi di incentivazione mi-

rati, la cultura organizzativa improntata al cambiamento.

Nel caso della pediatria territoriale, le problematiche organizzative riguardano principalmente l'isolamento del pediatra, il quale, da solo, ha meno risorse e tempo di mettere in pratica gli *step* necessari per applicare l'Ebm. Spicca in questo senso la differenza con gli ospedali, dove *team* multidisciplinari possono essere invece impiegati per la costruzione di percorsi clinici assistenziali che mettano in pratica nel proprio contesto organizzativo le linee guida *evidence-based*.

In generale, rispetto alla codifica della conoscenza offerta dall'Ebm, la pratica clinica poggia ancora in gran parte sulla formazione e sull'esperienza del medico. Gabbay e Le May (2004; 2008), sulla base di uno studio etnografico lungo due anni presso due unità di cure primarie inglesi, hanno rilevato che i clinici nella pratica quotidiana si basano fortemente sulla conoscenza che già possiedono nella loro mente (*mindline*) anziché sulle linee guida (*guideline*). Le «*mindline*» sono linee guida tacite, internalizzate. Queste risorse intuitive sono maggiormente confacenti alle caratteristiche intrinseche della pratica clinica rispetto a linee guida scritte, esplicite. La complessità della pratica clinica, derivante dall'applicazione di ogni *routine* acquisita alle circostanze variabili e spesso complicate dei singoli casi, comporta che essa necessariamente poggi su conoscenze tacite anziché su conoscenze codificabili in maniera comprensiva in documenti scritti. Nei seguenti rari casi i medici utilizzano linee guida:

- 1) per trovare conferma delle proprie idee qualora si presenti una problematica nuova, poco familiare o un caso clinico particolare;
- 2) per fornire spiegazioni al paziente;
- 3) in preparazione di un meeting.

I clinici effettuano brevi letture presenti su riviste specializzate, non fanno ricorso a risorse formali, alla letteratura, o a sistemi esperti sul computer. Non si è quasi mai riscontrato l'utilizzo di questi ultimi per la risoluzione di problemi in tempo reale. Seguono anche meticolosamente i corsi di educazione continua ma trovano la rilevanza di tale attività variabile e discutibile.

3. Ruolo dei colleghi nell'uso delle linee guida

Recenti ricerche documentano che la propensione a tenere comportamenti tesi all'adozione di linee guida e all'implementazione dell'Ebm è anche legata alle relazioni sociali che i clinici costituiscono nel proprio ambito professionale (Dopson *et al.*, 2002; Gabbay e Le May, 2004; Dopson e Fitzgerald, 2005; Keating *et al.*, 2007; Boyer *et al.*, 2010). Le relazioni sociali hanno in generale un ruolo determinante per spiegare comportamenti e *outcome* di individui e organizzazioni in sanità (Cicchetti, 2004; Mascia, 2009). Il comportamento di medici, infermieri e altri operatori della sanità è legato a quello di altri operatori per effetto dalle numerose e complesse interdipendenze che le proprie attività manifestano all'interno dei contesti organizzativi. La loro appartenenza a gruppi professionali li espone inoltre a norme comportamentali che a loro volta ne influenzano il modo di lavorare. Dopson e colleghi (2002) sottolineano che le conoscenze cliniche, in particolare, si trasmettono soprattutto attraverso i contatti personali più che tramite strutture formali. Affidandosi ad altri colleghi il medico è in grado di ridurre l'incertezza che può derivare, per esempio, da complicanze nel percorso di cura, comorbidità, diagnosi ambigue, etc. Il medico può avvalersi dei propri colleghi per un parere professionale, per accedere a informazioni utili all'individuazione della terapia più efficace, o per prendere decisioni quando intravede incertezza nell'applicare una procedura al singolo caso clinico.

Anche gli studi di Gabbay e Le May (Gabbay e Le May, 2004, 2008; Le May, 2008) rilevano il ruolo preminente destinato al parere e alle esperienze dei colleghi, che i medici considerano la fonte più fidata. Le May (2008) rileva che la principale forma di «aggiornamento» dei medici di base è la partecipazione a *network* professionali con gli altri medici. Ciò in virtù del fatto che essi raramente accedono a risorse formali e a linee guida e la fonte che ritengono maggiormente fidata sono i pareri dei colleghi. Inoltre per mancanza di tempo l'apprendimento sul posto di lavoro è fondamentale. Alle *mindlines* individuali si affiancano quindi le *collective mindlines*. La necessità di aggiornamento

continuo, la necessità di accedere a molteplici tipologie di conoscenza e la mancanza di tempo per rivedere e combinare rigorosamente tutte le risorse di conoscenza, inducono ad attuare strategie di apprendimento integrate nel posto di lavoro, cosiddetto *workplace learning* (Evans, 2006; Rainbird, 2004).

Lo *storytelling* riveste un ruolo di primo piano come meccanismo di trasferimento della conoscenza. La conoscenza medica necessita di essere sempre più basata su casi reali, sull'esperienza. Storie, aneddoti che hanno a che fare con la realtà delle cure (esperienze dirette dei membri del *network*), raccontate spontaneamente, sono una modalità chiave per scambiare conoscenza nei *network* di medici (Le May, 2008). Con riferimento a questo punto assumono rilevanza anche gli interventi dei rappresentanti dei pazienti e di altri *opinion leader* con il loro *lay knowledge*, cioè la conoscenza derivante dall'esperienza.

Un ulteriore studio (Keating *et al.*, 2007) ha valutato la rete di *influential discussion* tra medici di cure primarie in un ospedale, prendendo come riferimento un tema specifico. È risultato che discussioni informali tra medici sono frequenti (il medico medio riportava discussioni con altri 4 medici nei precedenti 6 mesi, circa il 13% dei propri colleghi e di queste, da 1 a 3 erano discussioni che avevano influenza sul comportamento); i clinici interagiscono soprattutto con colleghi che hanno maggior livello di esperienza o che sono specializzati nel tema in esame, che lavorano nello stesso stabilimento ospedaliero e che hanno attivato legami di collaborazione reciproci.

Nel complesso, è dunque dimostrato che le relazioni sociali hanno un ruolo centrale per comprendere le decisioni dei clinici di integrare le proprie conoscenze professionali con quelle rese disponibili attraverso fonti scientifiche. Il *network* professionale offre al medico la possibilità di selezionare e interpretare informazioni utili e rilevanti all'interno di un ambiente in cui le fonti informative si moltiplicano (Salvatore, 2006). Inoltre, esso consente in alcuni casi di sopperire alla mancanza di Ebm o di interpretare evidenze scientifiche particolarmente complesse o che agli occhi del clinico appaiono controverse e ambigue (Dopson *et al.*, 2002).

4. La prospettiva del network

Mentre non vi sono dubbi sul ruolo dei *network* professionali per l'implementazione dell'Ebm, si riscontra invece una mancanza di evidenze empiriche consolidate in grado di spiegare quale «tipo» di *network* possa favorire o, viceversa, impedire l'uso di nuova conoscenza. Diverse teorie sono state formulate nel corso degli anni nell'ambito degli studi organizzativi, suggerendo l'efficacia di approcci configurazionali differenti. Il concetto di configurazione relazionale riguarda la particolare struttura del *network* di relazioni, inteso come insieme di attori (individui in questo caso, ma in linea teorica anche gruppi, organizzazioni, etc.) e relazioni che si instaurano tra essi (Lomi, 1991; Scott, 1991; Wasserman e Faust, 1994). L'idea sottostante alle varie teorie è che avere un *network* di «un certo tipo» garantisce agli individui dei vantaggi rispetto ad altri individui che invece hanno una rete di relazioni differente (Nahapiet e Ghoshal, 1998).

La prospettiva del contagio sociale considera le relazioni, i legami relazionali come «canali» attraverso cui gli attori influenzano il comportamento di altri attori (Erickson, 1983). Secondo questa teoria le risorse (informazioni, conoscenze, etc.) che un individuo ha a sua disposizione dipendono dalle risorse a disposizione degli individui a cui egli/ella è connesso/a (Burt, 1987). Il grado di connettività – anche definita coesione o *closure* – di un attore all'interno di un *network* di relazioni è importante per spiegare il livello di omogeneità comportamentale degli attori stessi (West, Barron, Dowsett e Newton, 1999). La densità, o *closure*, viene misurata considerando il rapporto tra il numero di legami effettivi e il numero di legami teoricamente osservabili all'interno di una rete. Elevati livelli di densità implicano la circolazione frequente e diffusa di informazione e conoscenza, scoraggiando comportamenti opportunistici e favorendo al contrario lo sviluppo di fiducia tra quanti fanno parte della rete. Influenza e contagio sociale si manifestano dunque soprattutto in presenza di reti molto dense.

La prospettiva del contagio sociale è stata per la prima volta testata proprio nel campo sanitario. In uno studio condotto su oltre 200 medici in quattro diverse città degli Stati

Uniti, Coleman e colleghi (1966) hanno documentato comportamenti tesi alla prescrizione di nuovi antibiotici soprattutto per quei clinici caratterizzati da *network* professionali molto densi. Gli autori spiegano le possibili motivazioni di questo risultato. Di fronte alla possibilità di prescrivere nuovi farmaci, il clinico affronta situazioni che comportano ambiguità come per esempio le diverse opzioni di dosaggio, le conseguenze per il paziente, etc. Parlare con altri colleghi in maniera frequente e diffusa consente di ridurre il grado di incertezza sul nuovo farmaco e di avere nel complesso elementi per valutare più accuratamente il nuovo farmaco. Quindi, concludono i ricercatori, la probabilità di diffusione di informazioni, conoscenze e opinioni relative a nuove tecnologie è maggiore in reti particolarmente dense, caratterizzate da elevata coesione.

Un approccio teorico ulteriore allo studio della diffusione di nuova conoscenza in ambito sanitario è quello della «persuasione sociale» (Valente e Rogers, 1995; Valente e Davis, 1999). Secondo questo approccio alcuni individui, cosiddetti *opinion leader*, sono in grado di persuadere altri attori, condizionandone i comportamenti, in virtù della loro peculiare visibilità all'interno di un contesto sociale o professionale. Tale visibilità viene spesso ricondotta allo «status» che essi assumono. Gli *opinion leader* hanno la possibilità di influenzare pareri, opinioni e comportamenti anche rilevanti di altri individui in ambito assistenziale. Lo status degli *opinion leader* può dipendere da varie caratteristiche individuali legate per esempio alla loro passata esperienza, al loro prestigio internazionale, etc. La particolare struttura relazionale può contribuire a individuare gli *opinion leader* in ambito sanitario. Essi normalmente godono di una elevata centralità rappresentando gli «hub» della struttura di relazioni complessiva (Valente e Davis, 1999). Osservando il numero di relazioni professionali di ciascun individuo all'interno della propria comunità professionale è possibile individuare quei soggetti che più di altri sono in grado di influenzare decisioni e comportamenti rilevanti quale l'uso di nuova evidenza scientifica disponibile.

I prossimi paragrafi presentano l'analisi empirica volta a rispondere alle seguenti domande di ricerca:

– in quale misura i *network* favoriscono l'uso delle linee guida da parte dei professionisti nel campo della pediatria di libera scelta?

– quale struttura del *network* incide sulla frequenza di utilizzo delle linee guida cliniche in questo specifico settore della sanità?

5. Il contesto della ricerca

Per esplorare l'impatto della struttura dei *network* professionali sull'uso delle linee guida è stato condotto uno studio empirico attraverso: 1) la somministrazione di questionari *online* ai pediatri di libera scelta appartenenti a tre diverse Asl; 2) l'elaborazione dei dati con un modello econometrico.

Le tre Asl appartengono a tre regioni diverse, una del Nord Italia e due del Centro. Le tre aziende rappresentano realtà demografiche e modelli di ripartizione tra assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera abbastanza diversi tra loro. Pertanto sono state scelte in quanto in grado di garantire una certa «validità esterna» dei risultati della ricerca (Van De Ven, 2007), ossia una sufficiente generalizzabilità dei risultati ad altre realtà. Inoltre, i differenti contesti consentono di isolare diverse dinamiche relazionali tra strutture territoriali e ospedaliere e tra strutture territoriali tra loro, in connessione con il fenomeno dell'uso delle linee guida. A supporto di quanto esposto, si fornisce una sintetica descrizione delle caratteristiche organizzative e del bacino di utenza delle tre unità costituenti il campione dello studio.

L'Asl 1 serve un ambito territoriale più vasto rispetto alle altre due Asl (2.915 Km^q), comprendente 50 comuni e suddiviso in 6 distretti socio sanitari. Tra le strutture territoriali, si evidenzia la presenza, oltre ai singoli professionisti, di 41 nuclei di cure primarie, unità organizzative della rete distrettuale, composti da Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta (che coordinano e sono responsabili delle cure ai propri assistiti), infermieri e personale di riabilitazione, specialisti, che erogano prestazioni per territori con popolazione compresa tra i 10000 e i 30000 abitanti. Tali strutture organizzative, ancora assenti in altre realtà confrontabili, sono il segnale più evidente di un tratto caratteristico della Asl 1: la promozione dell'associazione di Mmg e Pls in

gruppi per favorire l'accesso e la continuità delle cure sul territorio. Si nota come questa sia l'unica delle tre Asl in cui sia presente il Dipartimento Cure primarie, che ha carattere funzionale e opera in sinergia con i direttori di distretto. Tale unità organizzativa garantisce l'implementazione di percorsi assistenziali omogenei su tutto il territorio aziendale nonché il sostegno allo sviluppo dei professionisti operanti a livello territoriale e, per quanto attiene all'integrazione tra territorio e ospedale, dei professionisti operanti nelle strutture ospedaliere. Questo è in linea con la succitata attenzione alla cooperazione e integrazione delle strutture sanitarie. A livello ospedaliero, la Asl comprende 9 ospedali, di cui 3 dotati di reparto di pediatria, e 11 ospedali privati accreditati. A essi si affiancano nello stesso territorio, sebbene non facenti parte della Asl, un'azienda ospedaliero universitaria e un istituto ortopedico, con cui comunque i Pediatri di libera scelta stabiliscono comunicazioni. La Asl ha organizzato i 9 stabilimenti ospedalieri in dipartimenti: strutture trasversali all'intera organizzazione, orientate a produrre e offrire prestazioni e servizi omogenei su tutto il territorio aziendale. Per quanto riguarda il bacino d'utenza, la popolazione residente risulta di 853.319 abitanti,¹ di cui 107.155 unità, pari al 12,6%, in età pediatrica; 202.785 unità, pari al 23,8%, in età geriatrica; 543.564 unità, pari al 63,7% in età lavorativa. La disponibilità di Pediatri di libera scelta (calcolata come residenti < 14 aa/Pls) nella presente Asl è di 916, la percentuale di pediatri di libera scelta associati è del 56,4%.

Nel complesso la Asl 1 risulta la più vasta in termini dimensionali per territorio e popolazione servita, sebbene l'incidenza delle unità in età pediatrica sia lievemente inferiore alle altre due Asl. L'azienda si distingue per la presenza di un'articolata organizzazione e di strutture organizzative efficienti ed efficaci, adeguate per fronteggiare una complessa domanda di servizi sanitari. In particolare sono favorite a livello direttivo centrale costruttive dinamiche relazionali tra le varie strutture territoriali e tra strutture territoriali e ospedaliere, in buona parte già messe in atto con unità organizzative dedicate. In tale Asl il questionario è stato somministrato a 116 pediatri.

Nell'Asl 2 l'assistenza primaria opera su un ambito territoriale (di circa 710 kmq) ripartito in due distretti socio sanitari – distretto Nord e Sud – comprendenti 28 comuni; l'assistenza ospedaliera si avvale di tre soli presidi ospedalieri, di cui due dotati di un reparto di Pediatria. La popolazione residente è di 218.849 unità,² con 31.423 unità, pari al 14,36% della popolazione totale, destinate a cure pediatriche, con 45.560 unità, pari al 20,82%, destinate a cure geriatriche e con 141.866 unità, pari al 64,82%, di età compresa tra i 15 e i 64 anni. La realtà dell'Asl 2 risulta pertanto abbastanza limitata dal punto di vista dimensionale e il tessuto ospedaliero appare poco sviluppato; ne consegue un ruolo di rilievo rivestito dall'assistenza primaria. In tale Asl il questionario è stato somministrato a 25 pediatri.

L'Asl 3 è la più grande della regione di appartenenza per estensione territoriale (723 kmq). L'ambito territoriale è ripartito in 6 distretti socio sanitari, comprendenti 21 comuni diversi tra loro per caratteristiche geografiche, demografiche ed economiche. Tali articolazioni territoriali organizzative e funzionali hanno caratteristiche di autonomia economico-finanziaria, contabile e gestionale. L'assistenza ospedaliera è articolata in 4 poli ospedalieri, ciascuno dei quali comprende uno o più presidi ospedalieri e ospedali specializzati al suo interno. Il polo 1 include 2 ospedali, uno con servizio di accettazione solo in urgenza per le specialità afferenti all'area pediatrica, l'altro con reparto di Pediatria (accettazione ordinaria) e 1 ospedale specializzato; il polo 2 include 2 ospedali, di cui uno con reparto di Pediatria, e 1 ospedale specializzato; il polo 3, comprende 1 ospedale con reparto di Pediatria; il polo 4, 2 ospedali, con reparto di Pediatria. Il bacino di utenza dell'Asl 2 include 534.605 unità,³ di cui 76.561 unità, pari al 14,32% della popolazione totale, richiedenti assistenza pediatrica; 86.984 unità pari al 16,27%, richiedenti assistenza geriatrica, e 371.060, pari al 69,41%, comprese in una fascia d'età intermedia. In tale ASL il questionario è stato somministrato a 80 pediatri.

Questa terza realtà presenta rispetto alla precedente tutt'altra complessità gestionale, simile estensione territoriale ma popolazione doppia, strutture assistenziali ben più articolate e sviluppate, in particolare con riguardo

alla rete ospedaliera, costituita da presidi e poli. Infine i dipartimenti di Scienze mediche e chirurgiche favoriscono la sistematizzazione e condivisione di conoscenza scientifica formalizzata. La percentuale di popolazione totale che necessita di cure pediatriche si attesta su valori molto simili a quella della seconda Asl.

6. Metodologia

Lo studio si basa su un questionario (in **Appendice**), strutturato in tre diverse sezioni, che conteneva domande relative a 3 tipi di patologie: asma, patologie gastrointestinali e infezioni alle vie urinarie. Le tre classi di patologie sono state individuate all'inizio del progetto attraverso un *focus group* composto da pediatri. Il criterio è stato quello di includere le patologie con alta frequenza in età pediatrica. La prima sezione del questionario richiede informazioni sul rispondente (esperienza, associazione di appartenenza). La seconda sezione riguarda le variabili relazionali. La terza sezione si concentra sul confronto delle fonti di conoscenza del rispondente: linee guida, colleghi, documenti e strumenti aziendali.

La scelta di raccogliere i dati nelle tre Asl sopra citate, oltre che da opportunità di accesso, è stata determinata dalla loro diversità di *performance*. In generale la *performance* di una Asl sulle patologie individuate può essere valutata in base al tasso di ospedalizzazione per quelle patologie nel territorio. Livelli troppo alti di ospedalizzazione sono un indicatore di inappropriatazza. Il territorio della Asl 1 ha eccellenti *performance* in termini di tasso di ospedalizzazione per asma pediatrico e per gastroenterite pediatrica (dati Agenas del Programma Nazionale Esiti). In ambedue i casi il rischio è ben al di sotto della media nazionale (la metà nel caso di asma, un quarto nel caso di gastroenterite). Il territorio della Asl 2, all'opposto, presenta alti valori di ospedalizzazione per asma (sopra la media nazionale) e per gastroenterite pediatrica (sotto ma vicina alla media nazionale). Il territorio della Asl 3 si pone a metà strada. Ottima la *performance* sull'asma (bassa ospedalizzazione), peggiore la *performance* sulla gastroenterite pediatrica (tasso di ospedalizzazione più alto della Asl 2, anche se sempre sotto la media nazionale).

La raccolta dati è stata possibile attraverso la collaborazione delle Direzioni Generali o Direzioni Sanitarie delle tre Asl. In ogni Asl è stato individuato un referente per la gestione dei rapporti con i Pediatri di libera scelta che hanno anche gestito l'invio del questionario *online*. Per una delle Asl, il contatto diretto con il rappresentante sindacale dei pediatri ha facilitato una rapida diffusione del questionario e sollecitazioni per l'ottenimento di risposte.

I dati sono stati raccolti e trasferiti in un unico *database* contenente variabili attributive e dati relativi alle relazioni professionali per lo scambio di conoscenze. Sono state create le matrici funzionali al calcolo del valore delle variabili relazionali, che è stato poi effettuato attraverso il *software* UCINET 6 (Borgatti, Everett, Freeman, 2002).

Il tasso di ritorno del questionario è stato il seguente:

- Asl 1: 89% (22 pediatri su 25);
- Asl 2: 25% (20 su 80);
- Asl 3: 65% (75 su 116).

Il differente tasso di risposta nelle tre aziende potrebbe creare un *bias* nei risultati ottenuti. Tuttavia, alcuni autori (Costenbader e Valente, 2003; Borgatti, Carley, e Krackhardt, 2006) hanno dimostrato che alcune misure di centralità (quali l'*in-degree*) sono robuste anche in presenza di alte percentuali di valori mancanti, il che attenua le eventuali problematiche relative al presente studio.

Le variabili rilevate sono di due tipologie: «variabili attributive» inerenti i singoli pediatri e usate come variabili di controllo, e «variabili relazionali» riguardanti lo scambio di conoscenze tra pediatri nonché tra pediatri e strutture ospedaliere. Le variabili attributive utilizzate, selezionate sulla base delle evidenze prodotte da precedenti studi sul tema (Mascia e Cicchetti, 2011), riguardano: gli anni d'esperienza⁴ (si presuppone che minore l'esperienza maggiore il ricorso alle linee guida); la difficoltà percepita dal clinico relativamente all'uso delle linee guida⁵ (si presuppone che maggiore la difficoltà, minore la frequenza d'uso delle linee guida); il numero di abbonamenti a riviste scientifiche⁶ (si presuppone che maggiore il numero di abbonamenti, maggiore è l'aggiornamento

scientifico e quindi maggiore la frequenza d'uso delle linee guida), l'appartenenza dei clinici alle diverse Asl studiate. La prima è una variabile di tipo categorico, con 3 categorie che rappresentano se il medico ha maturato una esperienza inferiore ai 10 anni, compresa tra i 10 e i 19 anni, o maggiore dei 19 anni. La seconda variabile attributiva è binaria, e assume valore 1 se il medico ha risposto al questionario indicando di avere difficoltà all'uso delle linee guida e 0 in caso opposto. Il numero di abbonamenti a riviste è una variabile di tipo continuo. L'ultima variabile è di tipo categorico e assume valore da 1 a 3 a seconda dell'appartenenza del pediatra alle diverse Asl.

Le variabili di natura relazionale, impiegate come variabili indipendenti nel modello econometrico, sono tre variabili costruite a partire dalla struttura dei *social network* tra pediatri sia a livello territoriale che ospedaliero: la centralità dei nodi nelle tre patologie, misurata in termini di *in/out-degree* «pediatri-pediatri» e «pediatri-ospedali».

L'*in-degree* nella terminologia di *network* indica il numero di nodi aventi legami in entrata verso il nodo analizzato. Il nodo «riceve» molti legami, molti nodi dirigono legami verso il nodo e ciò può indicare importanza (*opinion leader*) o prestigio. L'*in-degree* del pediatra X per la patologia Y indica quanti altri pediatri richiedono pareri al pediatra X sulla patologia Y (*in-degree* «pediatri-pediatri»).

L'*out-degree* nella terminologia di *network* indica il numero di nodi verso cui il nodo analizzato ha legami in uscita. Il nodo «invia» molti legami, dirige legami verso molti nodi e ciò può indicare propensione allo scambio con gli altri o capacità di influenza. L'*out-degree* del pediatra X indica il numero di pediatri con cui il pediatra X si è connesso per chiedere pareri sulla patologia Y (*out-degree* «pediatri-pediatri»). Nel caso del *network* «pediatri-ospedali», l'*out-degree* del pediatra X per la patologia Y indica con quante strutture sanitarie il pediatra X si connette per richiedere pareri sulla patologia Y (*out-degree* «Pediatri-Ospedali»).

Al fine di chiarire ulteriormente le misure di *network* utilizzate si riporta di seguito un esempio di calcolo dell'*in-degree* e dell'*out-degree* per i nodi di un *network* (figura 1).

La scelta del *degree* come misura di centralità è legata alla sua robustezza anche in presenza di un numero elevato di *missing values*, ovvero bassi livelli di campionamento (Costenbader e Valente, 2003), come già anticipato. Pertanto, non si è ritenuto opportuno utilizzare altre misure che non presentano questa caratteristica per un eventuale confronto dei risultati.

La «frequenza d'uso delle linee guida», per specifica patologia analizzata, rappresenta la variabile dipendente nel presente studio (Mascia e Cicchetti, 2011). Tale variabile, di natura categorica ordinale, con un ordine naturale nelle categorie, ha richiesto l'uso di un modello di regressione di tipo *Ordered Logit* (Scott-Long e Freese, 2006).

Il modello consente di stimare la probabilità che un pediatra corrisponda a una delle 5 classi di frequenza d'uso delle linee guida, in funzione di un insieme di variabili.

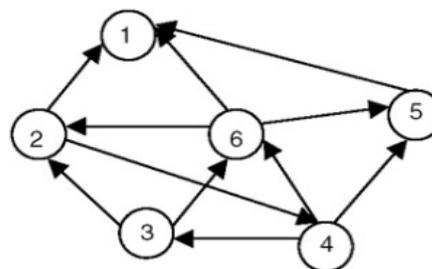
I coefficienti risultanti rappresentano l'impatto della variabile indipendente sulla probabilità di passare da una categoria minore a una maggiore della variabile dipendente. Per comprendere come varia puntualmente la variabile dipendente al variare della dipendente, nei risultati verranno altresì riportati gli «effetti marginali».

Un coefficiente positivo indica che è probabile che un soggetto con maggior livello della variabile indipendente sia osservato in una categoria superiore della variabile dipendente; un coefficiente negativo indica che è probabile che un soggetto con maggior livello della variabile indipendente sia osservato in una categoria inferiore della dipendente.

Per valutare l'affidabilità del modello econometrico devono essere considerati due parametri generali:

- *model significance*: che indica la probabilità che tutti i parametri siano pari a zero ($\text{prob} > \chi^2$, il cui valore dovrebbe essere $< 0,05$);

- *model goodness-of-fit*: che indica la proporzione della variabilità totale della variabile dipendente espressa dal modello. Nel presente caso si utilizza il Nagelkerke R^2 , in quanto interpretabile similmente al coefficiente di determinazione prodotto da stime di tipo OLS (Scott-Long e Freese, 2006). Maggiore è la variabilità spiegata, migliore è il modello.



	Degree	Indegree	Outdegree
Nodo 1	3	3	0
Nodo 2	4	2	2
Nodo 3	3	1	2
Nodo 4	4	1	3
Nodo 5	3	2	1
Nodo 6	5	2	3

Per le variabili indipendenti categoriche sono state inserite nell'equazione di regressione tante variabili *dummy* (che assumono valore 0-1) quante sono le categorie meno una (cosiddetta categoria *baseline*).

7. Risultati

La **tabella 1** riporta i risultati del modello di regressione. Per valutare l'associazione tra le variabili riferite al *network* di conoscenze e la frequenza d'uso delle linee guida sono stati sviluppati tre modelli. Il primo (M1) è un modello di tipo *baseline* che contiene esclusivamente le variabili indipendenti di interesse teorico della ricerca. Questo modello contiene esclusivamente le variabili di natura relazionale, ovvero *in-degree* «pediatra-pediatra», *out-degree* «pediatra-pediatra», *out-degree* «pediatra-ospedali». Il secondo modello (M2) include invece esclusivamente le variabili di controllo. Il terzo e ultimo modello (M3) contiene tutte le variabili. Poiché la variabile dipendente, la «frequenza d'uso delle linee guida», è riferita a tre differenti patologie pediatriche, la tabella 1 contiene nove diversi modelli di regressione.

Per comprendere l'effetto delle variabili relazionali sulla variabile dipendente occorre prendere in considerazione congiuntamen-

Figura 1
Calcolo di In-degree
e Out-degree

	Var Dipendente: Usò Linee Guida ASMA			Var Dipendente: Usò Linee Guida GASTRO			Var Dipendente: Usò Linee Guida URINARIE		
	M1	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3
Anni di esperienza (< 10) (omessa)		-	-	-	-	-		-	-
Anni di esperienza (10-19)		0.061 (0.619)	-0.367 (0.611)		-0.432 (0.642)	-0.731 (0.671)		-0.574 (0.660)	-0.979 (0.747)
Anni di esperienza (≥ 20)		0.207 (0.737)	-0.065 (0.828)		-0.274 (0.686)	-0.347 (0.736)		-0.501 (0.680)	-0.686 (0.745)
Difficoltà uso linee guida		-0.142 (0.500)	-0.402 (0.455)		0.043 (0.447)	-0.153 (0.439)		0.257 (0.432)	-0.018 (0.391)
N. abb. riviste scientifiche		-0.060 (0.160)	-0.166 (0.205)		-0.198 (0.154)	-0.305 (0.151)		-0.210 (0.182)	-0.225 (0.164)
ASL 1 (omessa)		-	-		-	-		-	-
ASL 2		2.613 ² (0.670)	0.940 (0.678)		2.392 ² (0.550)	1.362 ² (0.482)		2.523 ² (0.742)	0.856 (0.822)
ASL 3		0.180 (0.550)	0.142 (0.503)		0.597 (0.490)	0.675 (0.434)		0.456 (0.422)	0.578 (0.342)
Indegree Pediatri-Pediatri	0.125 ² (0.032)		0.096 ² (0.037)	0.169 ² (0.039)		0.141 ² (0.045)	0.159 ² (0.034)		0.144 ² (0.052)
Outdegree Pediatri-Pediatri	0.093 ² (0.017)		0.083 ² (0.019)	0.025 (0.041)		0.003 (0.052)	0.042 ¹ (0.021)		0.029 (0.028)
Outdegree Pediatri-Ospedali	0.033 (0.043)		0.054 (0.051)	0.061 (0.038)		0.086 ¹ (0.037)	0.061 (0.033)		0.076 (0.042)
1° cutpoint OL	-1.292 (0.597)	-2.049 (0.691)	-1.935 (0.702)	-0.856 (0.458)	-2.356 (0.563)	-1.918 (0.679)	-0.802 (0.317)	-2.456 (0.550)	-1.958 (0.619)
2° cutpoint OL	-0.311 (0.522)	-1.042 (0.543)	-0.893 (0.570)	-0.047 (0.424)	-1.540 (0.496)	-1.032 (0.639)	0.111 (0.306)	-1.525 (0.481)	-0.977 (0.573)
3° cutpoint OL	1.217 (0.526)	0.461 (0.499)	0.680 (0.495)	1.802 (0.434)	0.252 (0.351)	0.911 (0.556)	2.034 (0.285)	0.365 (0.372)	1.009 (0.441)
4° cutpoint OL	3.399 (0.661)	2.488 (0.501)	2.899 (0.586)	3.750 (0.503)	2.041 (0.446)	2.897 (0.640)	3.868 (0.347)	2.063 (0.507)	2.875 (0.532)
Regression diagnostics									
N. osservazioni	117	117	117	117	117	117	117	117	117
R2 (Nagelkerke)	0.299	0.224	0.315	0.261	0.194	0.307	0.273	0.220	0.306
χ ²	40.45	44.64	275.89	25.24	200.49	2563.30	64.30	121.94	543.89
p > χ ²	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

In parentesi viene riportato lo *standard error* clusterizzato in base all'affiliazione dei pediatri ai distretti.

¹ p < 0.05.

² p < 0.01.

Tabella 1

Risultati del modello di regressione «OrderedLogistic»

te il segno e la significatività statistica dei coefficienti riportati in tabella 1. I numeri posti accanto ai coefficienti indicano quelle variabili che sono associate in modo statisticamente significativo alla variabile dipendente. La variazione della *goodness-of-fit* tra i diversi modelli (M1, M2 e M3) consente di apprezzare in che misura l'aggiunta delle diverse variabili aumenta la variabilità spiegata del modello.

Per quanto riguarda le patologie asmatiche, il modello M1 evidenzia che due delle

tre variabili relazionali sono positivamente e significativamente associate alla frequenza d'uso delle linee guida. Si tratta delle variabili che considerano l'integrazione tra pediatri dislocati sul territorio, *in-degree* «pediatri-pediatri» e *out-degree* «pediatri-pediatri». Non appare invece significativa la variabile relazionale che considera la relazione che i pediatri mantengono con specialisti che lavorano presso le strutture ospedaliere (integrazione verticale). Il modello M2 mostra che le variabili indipendenti attributive

risultano per la quasi totalità non significative. Unica eccezione è per la variabile «Asl 2», il cui coefficiente positivo e significativo indica una maggiore frequenza dei pediatri di questa organizzazione a utilizzare linee guida rispetto ai colleghi della Asl 1 (esclusa nel modello in quanto categoria *baseline*). Il modello completo (M3) conferma i risultati presentati nel modello 1 per le due variabili relazionali. La variabile di controllo Asl 2 non è invece significativa. Si sottolinea che la *goodness-of-fit* del modello M3 è superiore rispetto a quella di entrambi i modelli M1 e M2, mostrando che le variabili relazionali contribuiscono significativamente a spiegare la frequenza d'uso delle linee guida in questo specifico ambito assistenziale.

I risultati relativi alla frequenza con cui i pediatri usano linee guida per le altre due patologie, gastrointestinali e infezioni delle vie urinarie, sono in gran parte simili a quelli appena descritti.

Per quanto riguarda le patologie gastrointestinali, il modello M1 indica che la variabile relazionale *in-degree* «pediatri-pediatri» è positivamente e significativamente associata alla variabile dipendente. Tra le variabili di controllo incluse nel modello M2, il coefficiente della variabile Asl 2 è positivo e significativo. La lettura del modello completo (M3), che conferma questi risultati, indica tuttavia che anche il coefficiente della variabile relazionale *out-degree* «pediatri-ospedali» è significativo, cioè documenta una relazione positiva di integrazione tra livelli di assistenza e uso delle linee guida per queste specifiche patologie. Anche in questo caso, il passaggio dal modello M1 al modello M3 mostra che una positiva variazione della *goodness-of-fit*, rappresentata dal coefficiente di determinazione Nagelkerke R^2 .

Infine, per le infezioni delle vie urinarie, i risultati ricalcano in larga parte quanto documentato per le patologie asmatiche. Nel modello M1 entrambe le variabili *in-degree* «pediatri-pediatri» e *out-degree* «pediatri-ospedali» sono positivamente e significativamente associate alla frequenza d'uso delle linee guida. Tuttavia, quest'ultima ha un livello di significatività più modesto che peraltro scompare con l'inclusione delle variabili di controllo nel modello M3. Anche la variabile di controllo Asl 2, significativamente asso-

ciata alla variabile dipendente nel modello M2, perde significatività nel modello M3.

Nel complesso, questi risultati mostrano un positivo impatto delle variabili relazionali sulla frequenza con cui i pediatri usano le linee guida a supporto delle decisioni prese per la cura e il trattamento dei propri pazienti. In particolare, il coefficiente positivo e significativo della variabile *in-degree* «pediatri-pediatri» per tutte e tre le patologie indica che la centralità del pediatra nelle relazioni con altri pediatri (in termini di richieste di conoscenza) aumenta la probabilità di avere una frequenza d'uso delle linee guida maggiore. Per le altre due variabili relazionali i risultati appaiono invece meno robusti. La variabile *out-degree* «pediatri-ospedali» appare significativamente associata alla variabile dipendente solo nel caso delle patologie asmatiche. La variabile relazionale *out-degree* «pediatri-ospedali» è invece correlata alla frequenza d'uso delle linee guida solo nel caso delle infezioni delle vie urinarie.

La rilevanza della variabile *in-degree* può essere interpretata in (almeno) due diversi modi. In primo luogo, il fatto che il clinico riceva molte richieste da parte dei propri colleghi può essere indicativo del particolare prestigio o *status* di cui gode nella propria organizzazione alla luce delle proprie competenze. Tali capacità possono riflettersi, per esempio, nella maggiore propensione a utilizzare linee guida in ambito assistenziale. Tuttavia, vi può essere una seconda giustificazione. L'uso delle linee guida trova giovamento della sapiente integrazione delle conoscenze ed esperienze acquisite nella pratica clinica con quelle messe a disposizione dall'evidenza scientifica. La maggiore centralità relazionale («in ingresso») consentirebbe al clinico di acquisire una «visione d'insieme», accedendo per esempio a informazioni sul trattamento e sui percorsi di cura praticati dai colleghi, utile anche ai fini del miglior utilizzo delle linee guida a disposizione.

Come anticipato nella sezione metodologica, i coefficienti riportati in tabella 1 non sono indicativi del grado (o magnitudo) dell'associazione tra variabile dipendente e indipendente. Per comprendere meglio l'impatto della centralità del pediatra nella propria rete professionale sulla frequenza d'uso delle linee guida sono stati computa-

ti gli effetti marginali (Scott-Long e Freese, 2006). I dati mostrano che, per le patologie asmatiche, la variazione dell'*in-degree* «Pediatri-Pediatri» dal suo valore minimo (0) a quello massimo (61.9) riduce la probabilità del clinico di dichiarare lo scarso utilizzo delle linee guida (valore 1) di circa il 10% e, allo stesso tempo, aumenta la probabilità di riportare invece il frequente uso di linee guida (valore 5) di circa il 90%. Per le patologie gastrointestinali il passaggio della variabile relazionale dal suo valore minimo (0) a quello massimo (28.6) riduce la probabilità che venga indicato un utilizzo scarso delle linee guida di circa il 15% aumentando al tempo stesso la probabilità che il clinico riporti l'uso piuttosto frequente di linee guida di circa il 67%. Anche per le infezioni delle vie urinarie questi valori sono significativi. L'analisi degli effetti marginali documenta infatti che la variazione della variabile relazionale dal valore minimo (0) a quello massimo (23.8) riduce la probabilità di osservare un utilizzo scarso delle linee guida di circa il 17%, aumentando al contempo di circa il 50% la probabilità del clinico di indicare un frequente uso di linee guida.

8. Discussione e conclusioni

Nei tre casi studiati le variabili di *network* hanno un impatto sulla frequenza d'uso delle linee guida. Questo risultato indica che più un pediatra è al centro di richieste da parte di altri pediatri, più si aggiorna e più frequentemente usa le linee guida. In alcuni casi, anche l'*out-degree* verso pediatri e l'*out-degree* verso ospedali impattano positivamente sull'uso delle linee guida, anche se l'impatto è molto basso e non sempre significativo. In questi casi, più si richiedono pareri più si utilizzano le linee guida. Nei pediatri con alta centralità di tipo *out-degree* si rileva quindi una più marcata integrazione tra fonti di conoscenza documentali (codificate) e umane (non codificate), considerate da Gherardi (2000) le «Scilla e Cariddi» dell'apprendimento organizzativo. Proprio Gherardi (2000) afferma che: «La conoscenza dunque non pre-esiste in attesa di essere svelata, né esiste indipendentemente dal soggetto conoscente, bensì soggetto e oggetto di conoscenza si definiscono (e si costruiscono) a vicenda entro le pratiche lavorative quotidiane».

Dal punto di vista teorico anzitutto è confermato l'approccio di *network*, per cui in generale si può dire che una centralità alta nel *network* di relazioni implica un uso più frequente di linee guida. Questo però implica anche l'opposto: una bassa centralità di *in-degree* o di *out-degree* può comportare un minor uso di linee guida e un maggior ricorso alla richiesta di pareri a pochi colleghi ad alta reputazione (con alta *in-degree*). Per questi nodi «periferici» (nel senso con bassa centralità «in» e «out»), quindi, esiste sostituzione tra linee guida e ricorso ai colleghi, come rilevato negli studi di Gabbay e Le May (2004, 2008). Mentre però questi studi generalizzano questa sostituzione, il presente lavoro modera questi risultati in base alla centralità nel *network* di richieste di pareri.

Secondo i primi studi sul tema (Pagliaro *et al.*, 1997), l'Ebm riduce la dipendenza del medico dall'autorità degli esperti, e tende a sviluppare capacità di giudizio autonome, fornendo strumenti conoscitivi adeguati a migliorare la qualità delle osservazioni e la valutazione della letteratura scientifica. In realtà studi successivi hanno rilevato che l'Ebm non riesce a sopperire a buona parte della fase diagnostica del trattamento di un paziente (Pagliaro *et al.*, 1997), concentrandosi invece sulla fase terapeutica. Il ricorso ai pareri di colleghi anche da parte di pediatri che usano le linee guida si può spiegare in questo modo. Un'analisi puntuale di questo aspetto, però, richiederebbe uno studio specifico e approfondito, in grado di distinguere i pareri richiesti in base alla fase del percorso di cura.

I pediatri con alto *in-degree*, inoltre, non necessariamente fanno ricorso unicamente alle linee guida. Il ricorso anche a pochi colleghi è plausibile ma non è stato testato in questo modello. Quest'ultimo punto appare quanto mai rilevante se si considera che, come evidenziato da Morris (1999), solo il 10-20% dei casi incontrati mediamente dai medici possono essere gestiti usando solo la teoria, ovvero forme di conoscenza scientifica codificata e facilmente accessibile. Per il resto il medico deve far riferimento alla sua o altrui esperienza pratica e non alle conoscenze scientifiche.

I risultati di questo studio hanno anche importanti implicazioni teoriche che riguardano il tema delle «boundaries» e il trasferimento

di conoscenza nel settore sanitario. La diffusione di nuova conoscenza e lo sviluppo di innovazione sono ostacolate in misura significativa da barriere di natura professionale e organizzativa. Gli usi, le prassi e la cultura che tipicamente caratterizzano una professione (infermieristica, medica, etc.) sono idiosincratice e complicano notevolmente i processi di condivisione di nuova conoscenza (Ferlie *et al.*, 2005). I *social network* sono tuttavia uno «strumento» potente per l'attenuazione di questo tipo di barriere. Studi recenti mostrano come i legami relazionali – quando assumono determinate configurazioni strutturali – riducono significativamente l'impatto delle barriere professionali sul trasferimento di conoscenze (Tasselli e Borgonovi, 2013). Il presente studio fornisce un ulteriore contributo documentando come i *network* sono in grado di abbattere anche *boundaries* tra livelli assistenziali, ospedaliero da un lato e territoriale dall'altro. Quello della pediatria è certamente un caso specifico, la cui generalizzabilità dovrà essere verificata da futuri studi in altri ambiti assistenziali e in contesti internazionali diversi.

Dal punto di vista manageriale, distinguiamo le implicazioni in base agli *stakeholder* dell'attività di assistenza pediatrica. Per i *manager* delle Asl questi risultati hanno le seguenti implicazioni:

- le relazioni di comunicazione tra pediatri hanno un'importanza nella probabilità di uso delle linee guida. Una particolare attenzione deve quindi essere indirizzata verso i fattori di sviluppo delle comunicazioni tra pediatri. In particolare, ulteriori studi possono verificare il ruolo che hanno l'associazionismo tra pediatri, la prossimità fisica degli ambulatori, la condivisione dei sistemi informativi, l'incentivazione alle riunioni e allo sviluppo integrato di percorsi diagnostico-terapeutici nella Asl di appartenenza;

- nelle Asl dove le relazioni «pediatrospedali» sono tante, l'uso delle linee guida è più frequente (anche se di poco) rispetto a chi non richiede pareri agli ospedali. Evidentemente la connessione con grandi ospedali, dove il monitoraggio sull'applicazione delle linee guida è più frequente, comporta un «contagio» sui pediatri che vi si connettono. Le relazioni ospedale-territorio sono quindi

da incentivare anche per questo benefico effetto;

- per le Asl è bene saper individuare i pediatri che all'interno del *network* hanno alta reputazione. Una *proxy* per questo è verificare la frequenza d'uso delle linee guida. Individuando e «arruolando» così i *key opinion leader* (i nodi più centrali) in progetti di miglioramento sarà possibile per le Asl portare avanti cambiamenti con più rapidità e probabilità di successo.

Dal punto di vista del Pediatra di libera scelta le implicazioni sono:

- chi usa più frequentemente le linee guida è al centro dei *network* di richieste di pareri. In altre parole, la reputazione del pediatra che usa le linee guida è più alta della reputazione di chi non le usa. In contesti dove Regioni e Asl incentivano l'associazionismo e i raggruppamenti più complessi delle attività di assistenza primaria, l'uso delle linee guida e la conseguente reputazione può avere impatti positivi su carriera e responsabilità manageriali;

- al contrario, il poco frequente ricorso alle linee guida può essere sostituito da richieste di pareri ai pediatri più centrali e che più usano le linee guida. Questo, però, implica una chiara visione della struttura delle relazioni, cosa non sempre possibile, che potrebbe portare a distorsioni (richieste a pediatri non esperti).

Questo studio ha diverse limitazioni. Anzitutto, l'analisi di tre casi limita la generalizzabilità delle conclusioni. Inoltre, un'analisi più approfondita, attraverso la distinzione dei pareri nelle diverse fasi (diagnostica, terapeutica, di controllo), avrebbe fatto meglio luce sulle motivazioni del ricorso ai colleghi da parte di chi usa già le linee guida.

L'analisi presenta un limite di validità esterna in quanto i risultati non sono estendibili a tutte le categorie di professionisti, ma circoscritte al contesto della pediatria di libera scelta. Non per tutte le tipologie di professionisti infatti si può stabilire una relazione causale tra interazioni tra professionisti e frequenza d'uso delle linee guida.

Infine, un'ulteriore limitazione del presente lavoro è il suo carattere *cross-sectional*. Solo con una rilevazione longitudinale si po-

trà dimostrare se la relazione di causalità è quella descritta in questo articolo oppure se l'alta centralità è una conseguenza dell'uso frequente di linee guida.

Nonostante tali limiti il presente studio è rilevante in quanto fornisce nuove evidenze empiriche sulla relazione tra *network* professionali e utilizzo delle linee guida nel campo della Pediatria di libera scelta in Italia.

Note

1. Dati relativi al 2009, ricavati da documenti aziendali.
2. Dati Istat relativi all'anno 2009 ricavati dal «Piano di zona 2011-2015 - Conferenza dei Sindaci dell'Asl 2».
3. Dati Istat al 1° Gennaio 2009 ricavati dal «Piano strategico aziendale 2010-2012» dell'Asl 2.
4. Relativamente agli anni di esperienza, i risultati di studi condotti in diversi ambiti sanitari fanno presupporre che minore è l'esperienza, maggiore è il ricorso alle linee guida. Pearson e colleghi (1994) hanno rilevato che nella cura di problemi cardiaci è più probabile che i medici con maggiore esperienza si allontanino dai protocolli rispetto ai medici con minore esperienza. Diverse ricerche hanno provato che gli infermieri con maggiore esperienza tendono ad utilizzare conoscenza e esperienza pregressa, procedimenti euristici, più che linee guida per agire rapidamente nella pratica, mentre quelli con minore esperienza fanno maggiormente ricorso a protocolli e linee guida, ricercano la sintomatologia sui libri di testo per formulare la loro diagnosi (Marsden, 1998; Lyneham, 1998; Simmons *et al.*, 2003; Ferrario, 2003; Cioffi, 1998). Le tecniche di *decision-making* sembrano essere legate al livello di esperienza dei clinici, come spiegato dalle parole

di un infermiere: «In realtà con l'esperienza non hai bisogno di ricorrere alle linee guida, nel senso che è già evidente [...] agisci automaticamente», in uno studio di Patel e colleghi (2008) sui meccanismi messi in atto per stabilire le priorità d'urgenza in un pronto soccorso pediatrico. Linee guida per stabilire queste priorità sono state implementate, tuttavia questi protocolli sono interpretati diversamente da clinici più e meno esperti.

5. Per quanto attiene alle difficoltà d'uso delle linee guida, maggiore è la difficoltà, minore dovrebbe essere la frequenza d'uso delle linee guida. Una *review* sistematica di 24 studi relativi agli attributi delle linee guida determinanti per l'utilizzo delle stesse, basati su 2041 interviste, ha concluso che la presenza di un sommario con raccomandazioni operative è indicato comunemente come un fattore che favorisce, aumenta l'utilizzo della linea guida (Gagliardi *et al.*, 2009). Un questionario a 899 manager sanitari e *decision makers* ha rivelato che l'accessibilità attraverso internet aumenta l'utilizzo delle linee guida da parte delle autorità sanitarie e degli ospedali (Gagliardi *et al.*, 2009). In particolare l'adozione delle linee guida è stata considerata funzione di fattori in grado di aumentarne l'«implementabilità». Le decisioni circa l'adozione delle linee guida sono spesso influenzate dalla disponibilità e mobilitazione di risorse a livello organizzativo, da elementi di accessibilità e facilità d'uso, che possono aiutare a superare barriere comportamentali, dalla presenza di elementi di contenuto che facilitano la sicurezza sul come adottare le raccomandazioni contenute nella linea guida (Gagliardi *et al.*, 2009).
6. Il numero di abbonamenti a riviste scientifiche implica intrinsecamente maggior aggiornamento scientifico e ricorso a forme di conoscenza esplicite e formalizzate, pertanto potremmo presumere in tal caso una potenziale maggior frequenza d'uso delle linee guida (Mascia e Cicchetti, 2011).

Appendice A

1. Informazioni Anagrafiche

- Cognome
- Nome
- Data di nascita
- Sesso
- Specializzazione esercitata
- Specializzazione/i conseguita/e
- Da quanti anni esercita la professione di pediatra?
- Da quanti anni ha la convenzione?
- Università di Laurea
- Anno accademico di conseguimento del titolo di laurea (es. 1986/87)
- Anno di entrata in servizio (come libero professionista, dipendente o altro) nel Ssn
- Anno di entrata in servizio (come libero professionista, dipendente o altro) nell'Azienda
- Azienda di appartenenza
- Distretto di appartenenza
- Appartiene ad un UTAP o ad altre strutture organizzative complesse previste a livello regionale (ad esempio in Emilia-Romagna i Nuclei di Cure Primarie) che coinvolgono altre figure professionali?
- Se Sì quali sono queste figure? (Mmg, infermiere, assistente sociale, amministrativo, altro)
- A quale forma associativa dei Pls appartiene?(pediatria in rete N., pediatria in gruppo N., pediatria in associazione N., altro)
- All'interno dell'associazione, lo scambio di pareri scientifici e clinici riguardanti il trattamento dei pazienti è previsto formalmente (ad esempio, tramite riunioni periodiche)?

2. Informazioni sulle relazioni sociali di natura professionale

- Con quali colleghi clinici scambia con maggior frequenza impressioni, pareri scientifici e clinici riguardanti il trattamento di specifici pazienti?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, il nome e cognome dei colleghi con cui sono più frequenti questi scambi) [1 - più frequente, 5 - meno frequente]
- Con quali professionisti nell'ambito del suo distretto Lei ha maggiori scambi di conoscenze al fine del suo e del loro aggiornamento professionale?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, il nome e cognome dei colleghi con cui sono più frequenti scambi di conoscenze e pareri su metodi scientifici, la raccolta congiunta di informazioni e dati, la pubblicazione congiunta di articoli scientifici)[1 - più frequente, 5 - meno frequente]
- Con quali colleghi clinici scambia con maggior frequenza impressioni, pareri scientifici e clinici riguardanti il trattamento di specifici pazienti in cura per patologie asmatiche?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, i nomi e cognomi dei colleghi, distinguendo fra proprio Distretto ed altre Unità dell'Azienda) [1 - più frequente, 5 - meno frequente]
- Con quali professionisti nell'ambito del suo distretto Lei ha maggiori scambi di conoscenze finalizzati al suo e al loro aggiornamento professionale sulle patologie asmatiche?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, i nomi e cognomi dei colleghi, distinguendo fra proprio Distretto ed altre Unità dell'Azienda) [1 - più frequente, 5 - meno frequente]

- Con quali colleghi clinici scambia con maggior frequenza impressioni, pareri scientifici e clinici riguardanti il trattamento di specifici pazienti in cura per patologie gastrointestinali?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, i nomi e cognomi dei colleghi, distinguendo fra proprio Distretto ed altre Unità dell'Azienda) [1 - più frequente, 5 - meno frequente]
- Con quali professionisti nell'ambito del suo distretto Lei ha maggiori scambi di conoscenze finalizzati al suo e al loro aggiornamento professionale sulle patologie gastrointestinali?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, i nomi e cognomi dei colleghi, distinguendo fra proprio Distretto ed altre Unità dell'Azienda) [1 - più frequente, 5 - meno frequente]
- Con quali colleghi clinici scambia con maggior frequenza impressioni, pareri scientifici e clinici riguardanti il trattamento di specifici pazienti in cura affetti da infezioni delle vie urinarie?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, i nomi e cognomi dei colleghi, distinguendo fra proprio Distretto ed altre Unità dell'Azienda) [1 - più frequente, 5 - meno frequente]
- Con quali professionisti nell'ambito del suo distretto Lei ha maggiori scambi di conoscenze finalizzati al suo e al loro aggiornamento professionale sulle infezioni delle vie urinarie?
(indicare, in ordine di frequenza della relazione, i nomi e cognomi dei colleghi, distinguendo fra proprio Distretto ed altre Unità dell'Azienda) [1 - più frequente, 5 - meno frequente]

3. Informazioni sulle fonti informative di supporto all'attività professionale

- È stato coinvolto in progetti aziendali/regionali per l'appropriatezza prescrittiva di antibiotici?
Se Sì sono state prodotte linee guida aziendali/regionali?
La partecipazione al progetto è stata incentivata?
Ha partecipato a gruppi di lavoro per la produzione di linee guida per la gestione di patologie?
Se Sì quali? Quanti pazienti affetti dalle seguenti patologie (asma, patologie gastrointestinali, patologie alle vie urinarie) ha avuto in cura negli ultimi 3 anni?
- Con quale frequenza Lei ricerca informazioni sulle seguenti tematiche per le tre diverse patologie specificate?
(indicare il valore associato alla frequenza utilizzando: 5 = spesso (più volte a settimana), 4 = regolarmente (almeno una volta al mese), 3 = occasionalmente (una volta ogni più mesi), 2 = raramente (una volta l'anno), 1 = mai)

	Diagnosi	Terapia/trattamento		Farmaci (nuovi farmaci, dosaggi)	Aggiornamento sugli ultimi sviluppi della ricerca	Specialisti cui indirizzare i pazienti
		1° scelta	2° scelta			
Asma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patologie gastrointestinali	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patologie alle vie urinarie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Numero di abbonamenti a Riviste Scientifiche nell'ultimo anno.
- Quali sono le principali fonti informative che Lei utilizza per acquisire informazioni relativamente alle tre diverse patologie specificate?
(barrare con una «X» le fonti informative corrispondenti alle tematiche per singola patologia)

Fonti	Info			Diagnosi			Terapia/trattamento			Farmaci		Aggiornamento ultimi sviluppi della ricerca				Specialisti cui indirizzare i pazienti		
	Asma	Gastro	Vie Urinarie	Asma	Gastro	Vie Urinarie	Asma	Gastro	Vie Urinarie	Asma	Gastro	Vie Urinarie	Asma	Gastro	Vie Urinarie			
Manuali																		
Articoli scientifici																		
Linee guida cliniche/EBM																		
Documenti di ASL e Agenzia di Sanità Pubbl.																		
Colleghi Pediatri																		
Specialisti per patologia																		
Altri medici																		
Farmacisti																		
Informatori scientifici																		
Aziende farmaceutiche																		
Internet (altri siti specializzati)																		
Intranet (della ASL o dell'associazione)																		
Formazione obbligatoria (della ASL)																		
Formazione facoltativa (Convegni/Seminari)																		

- Con che frequenza Lei usa le seguenti forme informative per ciascuna patologia?
(indicare il valore associato alla frequenza utilizzando: 5 = spesso, 4 = regolarmente, 3 = occasionalmente, 2 = raramente, 1 = mai)

	Asma	Gastro	Vie urinarie
Manuali			
Articoli scientifici			
Linee guida cliniche/EBM			
Documenti di ASL e Agenzia di Sanità Pubblica			
Collegli Pediatri			
Specialisti per patologia			
Altri medici			
Farmacisti			
Informatori scientifici			
Aziende farmaceutiche			
Internet (altri siti specializzati)			
Intranet (della ASL o dell'associazione)			
Formazione obbligatoria (della ASL)			
Formazione facoltativa (Convegni/Seminari)			

- Quali sono i principali ostacoli che Lei incontra nel reperimento di informazioni?

	Difficoltà a selezionare tra le troppe informazioni	Difficoltà nell'accedere alla fonte informativa	Mancanza di tempo	Difficoltà a mettere in pratica l'informazione nel proprio contesto	Difficoltà a usare il computer per cercare/accedere alle informazioni
Manuali					
Articoli scientifici					
Linee guida cliniche/EBM					
Documenti di ASL e Agenzia di Sanità Pubblica					
Collegli Pediatri					
Specialisti per patologia					
Altri medici					
Farmacisti					
Informatori scientifici					
Aziende farmaceutiche					
Internet (altri siti specializzati)					
Intranet (della ASL o dell'associazione)					
Formazione obbligatoria (della ASL)					
Formazione facoltativa (Convegni/Seminari)					

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

- BORGATTI S.P., CARLEY K., KRACKHARDT D. (2006), «Robustness of centrality measures under conditions of imperfect data», *Social Networks*, 28, pp. 124-136.
- BORGATTI S.P., EVERETT M.G., FREEMAN L.C. (2002), *Ucinet 6 for Windows: software for social network analysis*, Analytic Technologies, Harvard.
- BOYER L., BELZEAUX R., MAUREL O., BAUMSTRARCK-BARRAU K., SAMUELIAN J.C. (2010), «A social network analysis of healthcare professional relationships in a French hospital», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23, pp. 460-469.
- BURT R.S. (1987), «Social contagion and innovation: cohesion versus structural equivalence», *American Journal of Sociology*, 92, pp. 1287-1335.
- CICCHETTI A. (2004), *La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- CIOFFI J. (1998), «Decision making by emergency nurses in triage assessments», *Accident & Emergency Nursing*, 6 (4), pp. 184-191.
- COLEMAN J.S., KATZ E., MENZEL H. (1966), *Medical innovation: a diffusion study*, The Bobbs-Merrill Company, Indianapolis.
- COSTENBADER E., VALENTE T.W. (2003), «The stability of centrality measures when networks are sampled», *Social Networks*, 25, pp. 283-307.
- DOPSON S., FITZGERALD L. (2005), *Knowledge to action? Evidence based health care in context*, Oxford University Press, Oxford.
- DOPSON S., FITZGERALD L., FERLIE E., GABBAY J., LOCKOCK L. (2002), «No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based», *Health Care Management Review*, 27, pp. 35-47.
- ERICKSON B.H. (1983), «The relational basis of attitudes», in B. Wellman, S.D. Berkowitz (Eds), *Social structure: a network approach*, Cambridge University Press, Cambridge.
- EVANS K., HODKINSON P., RAINBIRD H., UNWIN L. (2006), *Improving workplace learning*, Routledge, Oxon.
- FERLIE E., FITZGERALD L., WOOD M., HAWKINS C. (2005), «The (non) spread of innovations: the mediating role of professionals», *Academy of Management Journal*, 48 (1), pp. 117-134.
- FERRARIO C.G. (2003), «Experienced and less-experienced nurses' diagnostic reasoning: implications for fostering students' critical thinking», *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 14 (2), pp. 41-52.
- GABBAY J., LE MAY A. (2004), «Primary care. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"?» Ethnographic study of knowledge management in primary care», *BMJ*, 329, www.bmj.com.
- GABBAY J., LE MAY A. (2008), «Practice made perfect: discovering the roles of a Community of General Practice», in A. le May, *Communities of practice in health and social care*, Blackwell Publishing, Chichester.
- GAGLIARDI A.R., BROUWERS M.C., PALDA V.A., LEMIEUX-CHARLES L., GRIMSHAW J.M. (2009), «An exploration of how guideline developer capacity and guideline implementability influence implementation and adoption: study protocol», *Implementation Science*, 4 (36), <http://www.implementationscience.com/content/4/1/36>
- GHERARDI S. (2000), «La pratica quale concetto fondante di un rinnovamento nello studio dell'apprendimento organizzativo», *Studi Organizzativi*, 1 (1), pp. 55-71.
- HEATHFIELD H., LOUW G. (1999), «New challenges for clinical informatics: KM tools», *Health Informatics Journal*, 5 (2), pp. 6-13.
- KEATING N.L., AYANIAN J.Z., CLEARY P.D., MARSDEN P.V. (2007), «Factors affecting influential discussion among physicians: a social network analysis of a primary care practice», *Society of General Internal Medicine*, 22, pp. 794-798.
- IOVINE R., MOROSINI P. (2005), *Medicina Basata sulle Evidenze*, <http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Cap3-Ebm.pdf>
- LAMBERT H. (2006), «Accounting for EBM: notions of evidence in medicine», *Social Science & Medicine*, 62, pp. 2633-2645.
- LE MAY A. (2008), *Communities of practice in health and social care*, Blackwell Publishing, Chichester.
- LE MAY A. (2008), «Generating patient capital: the contribution of storytelling in communities of practice designed to develop older people's services», in A. le May, *Communities of practice in health and social care*, Blackwell Publishing, Chichester.
- LOMI A. (1991), *Reti organizzative. Teorie, tecnica e applicazioni*, Il Mulino, Bologna.
- LYNEHAM J. (1998), «The process of decision-making by emergency nurses», *Australian Journal of Advanced Nursing*, 16 (2), pp. 7-14.
- MARSDEN J. (1998), «Decision-making in A&E by expert nurses», *Nursing Times*, 94 (41), pp. 62-65.
- MASCIA D. (2009), *L'organizzazione delle reti in sanità. Teoria, metodi e strumenti di social network analysis*, FrancoAngeli, Milano.
- MASCIA D., CICCHETTI A. (2011), «Physician social capital and the reported adoption of EBM: exploring the role of structural holes», *Social Science & Medicine*, 72, pp. 798-805.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organizations*, Prentice-Hall, New Jersey.
- MORRIS C.R. (1999), «The healthcare economy is nothing to fear», *The Atlantic Monthly*, December, pp. 86-96.
- NAHAPIET J., GHOSHAL S. (1998), «Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage», *Academy of Management Review*, 23, pp. 242-266.
- NICOLINI D., POWELL J., CONVILLO P., MARTINEZ-SOLANO L. (2008), «Managing knowledge in the healthcare sector. A review», *International Journal of Management Reviews*, 10 (3), pp. 245-263.
- PAGLIARO L., CAPPELLO M., MALIZIA G., PULEO A., VIZZINI G. (1997), «La medicina delle prove di efficacia nell'assistenza al paziente individuale», in A. Liberati (a cura di), *La medicina delle prove di efficacia: utilità e limiti della evidence-based medicine*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

- PATEL V.L., GUTNIK L.A., KARLIN D.R., PUSIC M. (2008), «Calibrating urgency: triage decision making in a pediatric emergency department», *Advances in Health Sciences Education*, 13, pp. 503-520.
- PEARSON S.D., GOLDMAN L., GARCIA T.B., COOK E.F., LEE T.H. (1994), «Physician response to a prediction rule for the triage of emergency department patients with chest pain», *Journal of General Internal Medicine*, 9 (5), pp. 241-247.
- PROFILI S. (2004), *Il knowledge management. Approcci teorici e strumenti gestionali*, FrancoAngeli, Milano.
- RAINBIRD H., FULLER A., MUNRO A. (2004), *Workplace learning in context*, Routledge, London.
- SACKETT D.L., ROSENBERG W., GRAY M., HAYNES R.B., RICHARDSON S. (1996), «Evidence based medicine: what it is and what it isn't», *British Medical Journal*, 312, pp. 71-72.
- SALVATORE D. (2006), «Physician social capital: its sources, configuration, and usefulness», *Health Care Management Review*, 31, pp. 213-222.
- SCOTT J. (1991), *Social Network Analysis*, Sage, Newbury Park.
- SCOTT-LONG J., FREESE J. (2006), *Regression models for categorical dependent variables using Stata*, Stata-Corp LD.
- SHORTELL S.M., ZAZZALI J.L., BURNS L.R., ALEXANDER J.A., GILLIES R.R., BUDETTI P.P., WATERS T.M., ZUCKERMAN H.S. (2001), «Implementing evidence-based medicine», *Medical Care*, 39, pp. 62-78.
- SIMMONS B., LANUZA D., FONTEYN M., HICKS F., HOLM K. (2003), «Clinical reasoning in experienced nurses», *Western Journal of Nursing Research*, 25 (6), pp. 701-719.
- TASSELLI S., BORGONOV E. (2013), «Knowledge Transfer and Social Networks in Health Care», Paper presentato al 73esimo *Academy of Management Meeting*, Health Care Management Division, Orlando, Florida.
- THORAT C., XU K., FREEMAN S.N., BONNEL R.A., JOSEPH F., IAN PHILLIPS M., IMOISILI M.A. (2012), «What the orphan drug act has done lately for children with rare diseases: a 10-year analysis», *Pediatrics*, 126, pp. 516-521.
- VALENTE T.W., DAVIS R.L. (1999), «Accelerating the diffusion of innovations using opinion leaders», *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 566, pp. 55-67.
- VALENTE T.W., ROGERS E.M. (1995), «The origins and development of the diffusion of innovations paradigm as an example of scientific growth», *Science Communication: An Interdisciplinary Social Science Journal*, 16, pp. 238-269.
- VAN DE VEN A. (2007), *Engaged scholarship: a guide for organizational and social research*, Oxford University Press, New York.
- VAN DE VEN A.H., SCHOMAKER M.S. (2002), «Commentary: The rhetoric of evidence-based management», *Health Care Management Review*, 23(3), pp. 88-90.
- WASSERMAN S., FAUST F. (1994), *Social Network Analysis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- WEST E., BARRON D.N., DOWSETT J., NEWTON J.N. (1999), «Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies», *Social Science & Medicine*, 48, pp. 633-646.
- WHO (2005), «Estimates of the causes of death in children», *Lancet*, 365, pp. 1147-1152.
- WHO (2005), *Knowledge Management Strategy*, <http://www.who.int/kns/en/>

Dalla «cura» all'empowerment del paziente *in vinculis*: prospettive evolutive dell'assistenza sanitaria negli istituti di pena italiani

ROCCO PALUMBO

Financial resources allocated to health are mainly employed to «medicalise» patients, while poor attention is paid to the promotion of the psycho-physical well-being. This is especially true in the penitentiary context, since the demographical change of the imprisoned population upset the traditional bio-medical and reactive approach to care. This paper discusses the gradual ageing of inmates, that is associated with a radical change of their health needs. Comparing the health needs of older inmates, their demand of care e and the supply of health care in prisons, the inappropriateness of the penitentiary health system arises. Drawing from the international literature, some guidelines to reorganize penitentiary health are suggested, such as the empowerment of the inmates and the promotion of their health literacy.

Keywords: penitentiary health, self-care, ageing, health needs

Parole chiave: sanità penitenziaria, auto-cura, invecchiamento, bisogni sanitari

Note sull'autore

Università degli Studi di Salerno - Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali: Rocco Palumbo, dottorando di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche

1. Il mutamento dei bisogni assistenziali in ambito penitenziario

Nella gran parte dei Sistemi sanitari nazionali si riscontra una palese contraddizione: da un lato, una quota significativa delle risorse destinate alla tutela e alla promozione della salute trova impiego nella realizzazione di interventi finalizzati a fornire un rimedio alle conseguenze di comportamenti rischiosi per il benessere psico-fisico, con un'adeguata azione sui determinanti della salute (Bandura, 2005); dall'altro lato, il concetto di assistenza subisce un continuo, seppur lento, mutamento sotto il profilo epistemologico, che, in ultima analisi, trova espressione nella transizione da un modello di cura centrato sulla malattia a un approccio che guarda alla promozione del benessere globale del paziente, nella prospettiva di un'evoluzione dal «curare» la persona al «prendersi cura» di essa (De Valck *et al.*, 2001).

A un approccio di assistenza basato sull'*expertise* clinica, in cui il rapporto medico-paziente è dominato dalla figura del professionista sanitario e l'utente è relegato a un ruolo per lo più passivo, si sostituisce un modello di salute olistico, in cui la consultazione medica è focalizzata sulla personale esperienza patologica del paziente, valorizzando non solo la dimensione fisica, ma anche quella psicologica e sociale dello stato di buona salute (Engel, 1977).

Il cambiamento nella composizione della domanda di salute fa da traino a tale evoluzione concettuale (Cervia, 2011; European Commission, 2010): il progressivo invecchiamento della popolazione e il maggior pe-

SOMMARIO

1. Il mutamento dei bisogni assistenziali in ambito penitenziario
2. La presenza di detenuti «anziani» in Italia
3. Il modello tradizionale di assistenza sanitaria negli istituti di pena
4. La ricognizione dei bisogni di salute dei ristretti ai fini della riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario
5. Le formule di assistenza sanitaria negli istituti di pena: una rappresentazione dei percorsi di cura in carcere
6. Conclusioni

so assunto, in termini assoluti e relativi, dalle malattie croniche concorrono a determinare l'inadeguatezza del tradizionale approccio «bio-medico» alla cura, che individua nel trattamento clinico della patologia il suo principale, se non unico, oggetto di interesse (Niero e Bertin, 2012). Il modello bio-psico-sociale di salute, inteso a restituire centralità al paziente quale «persona» prima ancora che come «corpo malato» da sottoporre a un intervento sanitario, rappresenta una soluzione ormai imprescindibile per far fronte ai nuovi bisogni di salute espressi dalla collettività (Engel, 2004). Il paziente, in questa prospettiva, non è concepito quale oggetto, ma quale soggetto del processo di assistenza, che partecipa in maniera diretta e attiva alla prestazione sanitaria (Takman e Severinson, 1999).

Quanto esposto sino a questo punto trova analogia manifestazione nel sistema sanitario penitenziario, interessato negli ultimi anni da un radicale, per quanto tuttora incompleto, riassetto sotto il profilo istituzionale e organizzativo.¹ L'età media della popolazione reclusa presenta una significativa tensione alla crescita su scala internazionale (Human Right Watch, 2012; Maschi *et al.*, 2012; Baidawi *et al.*, 2011; Finkel, 2011; Harris *et al.*, 2007; Hill *et al.*, 2006; Gal, 2002; Aday, 1994), esito della congiunta influenza di diversi fattori, tra cui la maggiore longevità dei reclusi (in linea con le crescenti aspettative di vita della popolazione generale), l'aumento della durata media degli episodi di detenzione, la crescita del numero di condanne a lungo termine, il più alto tasso di recidiva e la maggiore propensione al crimine delle fasce della popolazione in età avanzata (Loeb e Steffensmeier, 2006; Beckett *et al.*, 2003).²

L'Ufficio delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga e la Prevenzione del Crimine considera i reclusi in età avanzata sottoposti a una pena detentiva una popolazione a elevato rischio di salute (UNODC, 2009): essi, infatti, esprimono esigenze sanitarie peculiari, sotto molti aspetti non paragonabili né a quelle dei loro coetanei in stato di libertà, né a quelle delle altre tipologie di ristretti. In primo luogo, i detenuti «anziani» non sono propensi a partecipare in maniera attiva alle iniziative di prevenzione e promozione del benessere psico-fisico (Loeb *et al.*, 2008; Loeb e Steffensmeier, 2006); la condizione di

reclusione, in aggiunta, concorre ad alterare la consapevolezza degli individui *in vinculis* di poter concorrere personalmente al miglioramento del proprio stato di salute: la detenzione crea nei ristretti un senso di debolezza e di dipendenza, che, a sua volta, si traduce in una sensazione di incapacità di provvedere autonomamente, in assenza di supporto esterno, al miglioramento delle condizioni personali di vita (Bishop e Merten, 2011).

La dottrina annovera l'età, accanto all'appartenenza etnica e al genere, tra le variabili che si correlano con un più elevato grado di significatività alla condizione di salute dei reclusi (Loeb e AbuDagga, 2006). I ristretti in età avanzata lamentano la presenza di patologie croniche multiple con una frequenza più elevata rispetto ai coetanei in stato di libertà; per ragioni di natura culturale e sociale, inoltre, essi non ricorrono in maniera appropriata ai servizi di assistenza sanitaria disponibili nell'istituto penitenziario (Lemieux *et al.*, 2002). Contestualmente, il loro stato di salute risulta generalmente precario, sia in considerazione dell'elevata propensione alla conduzione di stili di vita insani che dell'insalubrità tipicamente riscontrabile in ambito carcerario (Loeb *et al.*, 2008), nella maggior parte dei casi dovuta al sovraffollamento degli spazi.

A causa della loro inadeguata alfabetizzazione sanitaria, i detenuti anziani tendono a maturare una percezione erronea del loro stato di salute (Fazel *et al.*, 2001),³ con la conseguente elevata diffusione di condizioni patologiche non esplicitate o non comunicate correttamente ai professionisti sanitari; se non trattate in maniera tempestiva, tali patologie potrebbero scaturire in fattori di rischio sia per la sopravvivenza dei ristretti che per il loro effettivo ritorno nella collettività di appartenenza. Difatti, la percezione di uno stato di salute non corrispondente alle reali condizioni di salute fisica e mentale, in congiunzione all'inadeguata propensione a rivolgersi ai medici penitenziari una richiesta di assistenza appropriata rispetto alle proprie esigenze di cura, determina un forte rischio di rientro nella società di persone affette da patologie gravi, con evidenti ripercussioni di natura economica e sociale (Mitka, 2004).

In particolare, tale fenomeno potrebbe implicare un aggravio degli oneri che il sistema sanitario dovrebbe sostenere nello

svolgimento delle proprie attività istituzionali, con effetti di ampia portata sia sulla sua efficacia che sulla sua sostenibilità (Formby e Abel, 1997). I detenuti che conseguono il diritto alla libertà senza aver goduto di un adeguato trattamento sanitario durante la permanenza negli istituti pena, potrebbero rivelarsi da un lato vettori di patologie rapidamente trasmissibili in seno alla collettività di appartenenza e, dall'altro, esprimere bisogni sanitari non facilmente affrontabili tramite il ricorso alle risorse disponibili sul territorio; ciò potrebbe causare sia l'incremento delle richieste di accesso all'assistenza istituzionalizzata che la lievitazione dei costi sanitari.

Malgrado la rilevanza della questione, non vi è tuttora condivisione nella definizione dei criteri in base ai quali pervenire all'individuazione dei ristretti in età avanzata (Aday, 2003). La letteratura considera l'età anagrafica un criterio non adeguato per discriminare gli ospiti delle strutture detentive in classi di anzianità (Maschi *et al.*, 2012; Williams *et al.*, 2012): se confrontati agli individui liberi, infatti, i ristretti rivelano una condizione psico-fisica corrispondente a un'età di circa 10 o 15 anni superiore rispetto a quanto presumibile in relazione ai loro anni effettivi di vita, tanto a causa delle peculiari condizioni socio-economiche riscontrabili nella maggior parte degli individui sottoposti a una misura restrittiva quanto delle menzionate insalubrità del contesto penitenziario. Per tali ragioni, gli individui con più di 50 anni e, secondo alcuni autori, coloro la cui età supera i 40 anni potrebbero essere annoverati tra i ristretti in avanzato stato di età (Merten *et al.*, 2012): i loro problemi di salute sono generalmente critici e meritevoli di una speciale attenzione da parte del sistema sanitario nazionale (Wahidin e Aday, 2005).

La dottrina italiana, sino a ora, ha dedicato insufficiente attenzione alle conseguenze del graduale invecchiamento della popolazione detenuta e alla correlata evoluzione dei suoi bisogni sanitari; nondimeno, l'età media degli individui sottoposti a una pena restrittiva in Italia, come chiaramente illustrato dai dati riportati nel prosieguo, manifesta un tendenziale orientamento alla crescita. I soli interventi di riassetto istituzionale, come quelli ispirati dalla normativa vigente, per lo più tesi a garantire in termini formali il diritto

alla salute dei detenuti, non possono essere ritenuti sufficienti ai fini del miglioramento del benessere psico-fisico della popolazione detenuta, in assenza di un'appropriata valutazione degli specifici bisogni di cura di quest'ultima.

Prendendo in considerazione i diversi fattori, primi tra tutti l'età, che incidono sullo stato di salute dei ristretti, è opportuno procedere alla ricognizione dei bisogni sanitari esistenti in carcere e, a partire da essi, procedere a una coerente riconfigurazione del sistema sanitario penitenziario sotto il punto di vista strutturale e operativo. Promuovere modelli di cura appropriati al contesto penitenziario, che consentano di rispondere ai peculiari bisogni di assistenza dei detenuti in età avanzata, rappresenta una responsabilità alla quale il Sistema sanitario nazionale e, in sua vece, istituti di pena e organizzazioni sanitarie non possono sottrarsi.

2. La presenza di detenuti «anziani» in Italia

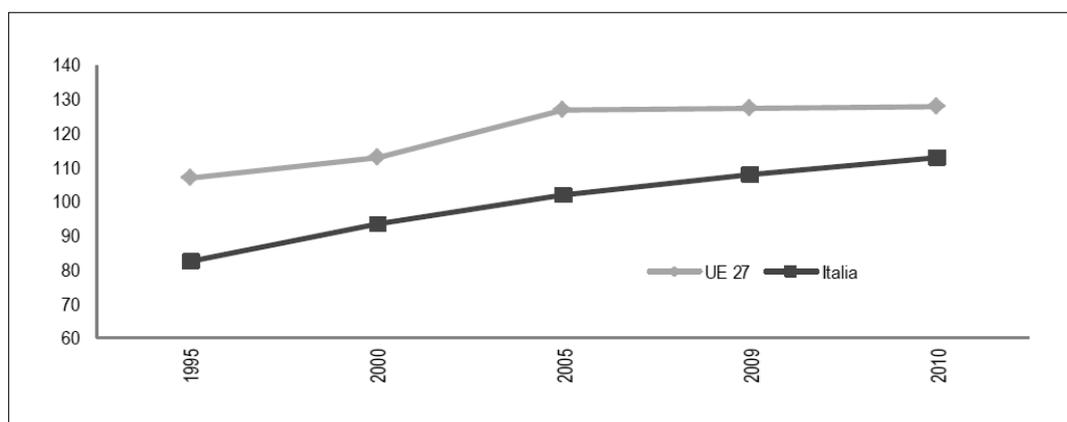
I dati impiegati nel presente paragrafo ai fini della formulazione di un quadro di sintesi sulla composizione demografica della popolazione detenuta in Italia sono tratti da due fonti:⁴ il rapporto dell'Istituto Nazionale di Statistica sulla popolazione reclusa nell'anno 2011 (ISTAT, 2012)⁵ e le statistiche sulle condizioni delle carceri italiane, relative al periodo 2000-2012, predisposte dal Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia.⁶

Una prima informazione può essere desunta dall'andamento del tasso di detenzione in Italia. Esso è significativamente inferiore alla media comunitaria: per ogni 100.000 cittadini italiani, infatti, 112,6 individui sono sottoposti a un regime detentivo, mentre il valore riscontrabile in media negli altri Paesi dell'Unione Europea corrisponde a 127,7 individui su 100.000 abitanti (**figura 1**). Nondimeno, considerando i dati disponibili fino al 2010, ultimo anno per cui si dispone di valori attendibili ai fini del confronto su scala internazionale, l'indicatore relativo alla situazione italiana presenta un'evidente tensione alla crescita a fronte di un andamento statico a livello europeo, fenomeno che induce a presumere un graduale aumento della popolazione detenuta nella Penisola.

Figura 1

Tasso di Detenzione
in Italia e nell'Unione
Europea su 100.000
abitanti

Fonte: ISTAT (2012)



Anno	Da 18 a 20 anni	Da 21 a 24 anni	Da 25 a 29 anni	Da 30 a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 a 44 anni	Da 45 a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 a 69 anni	70 anni e oltre	Non rilevato	Totale	Variazione percentuale
2005	1.370	4.920	9.482	11.205	10.506	8.017	5.671	6.154	1.786	350	62	59.523	- 34,47%
2006	1.168	3.249	5.969	6.815	6.564	5.264	3.922	4.297	1.397	291	69	39.005	24,84%
2007	1.584	4.550	8.052	8.567	7.981	6.366	4.589	5.065	1.557	308	74	48.693	19,37%
2008	1.537	5.434	9.517	10.165	9.553	7.973	5.524	6.126	1.857	380	61	58.127	11,46%
2009	1.494	5.817	10.445	11.477	10.599	8.907	6.355	6.986	2.203	463	45	64.791	4,89%
2010	1.302	5.788	10.580	11.981	10.977	9.573	7.011	7.713	2.489	517	30	67.961	- 1,57%
2011	1.158	5.525	9.945	11.506	10.837	9.516	7.035	8.116	2.668	571	20	66.897	- 1,79%
2012	1.058	4.984	9.300	10.842	10.691	9.557	7.431	8.367	2.849	587	35	65.701	10,38%

Tabella 1

Composizione Demografica
e Variazione Percentuale
Totale della Popolazione
Detenuta - Anni 2005-2012

Fonte: rielaborazione dell'Autore
su dati del Ministero
della Giustizia

I dati riportati in **tabella 1** confermano tale intuizione: la dimensione della popolazione *in vinculis* cresce nel periodo 2005-2010 con la sola eccezione dell'anno 2006, segnato da una netta flessione nel numero dei ristretti, riconducibile alla concessione di indulto a favore di alcune categorie di detenuti (Legge 31 luglio 2006, n. 241). Sebbene negli ultimi due anni si assista a un lieve declino nel numero complessivo di individui sottoposti a una pena restrittiva, a livello aggregato il periodo oggetto di analisi (2005-2012) si caratterizza per una sensibile crescita della popolazione detenuta, corrispondente a circa 10,38 punti percentuali rispetto al primo anno della serie storica.

La tabella 1 offre un ulteriore spunto di estremo interesse ai fini del presente studio. Infatti, è possibile evincere un'asimmetria tra la sezione sinistra e la sezione destra della matrice di dati: da un lato, le prime cinque colonne, riportanti l'indicazione del numero totale di detenuti per le classi di età relati-

vamente «giovani» (dai 18 ai 39 anni), presentano valori decrescenti nel tempo, in particolare dal 2010 al 2012; dall'altro lato, le celle che contengono i dati relativi alle classi di ristretti in età avanzata (dai 40 anni in poi) esprimono valori progressivamente crescenti nel tempo.

La variazione percentuale nel numero di detenuti in età avanzata è costantemente positiva a partire dal 2006 in poi, malgrado, nel suo complesso, la popolazione detenuta sia diminuita tanto nel 2011 quanto nel 2012. Tali dinamiche potrebbero sottintendere un processo di transizione demografica all'interno degli istituti di pena: gli individui con più di 45 anni di età, difatti, sono aumentati del 37,77% rispetto all'anno 2005. Particolarmente consistente è la variazione in numero dei ristretti che presentano un'età superiore ai 70 anni e un'età compresa tra i 60 e i 69 anni, cresciuti, rispettivamente, del 67,71% e del 59,52% nell'arco temporale considerato. Le classi di età 45-49 anni e 50-59 anni

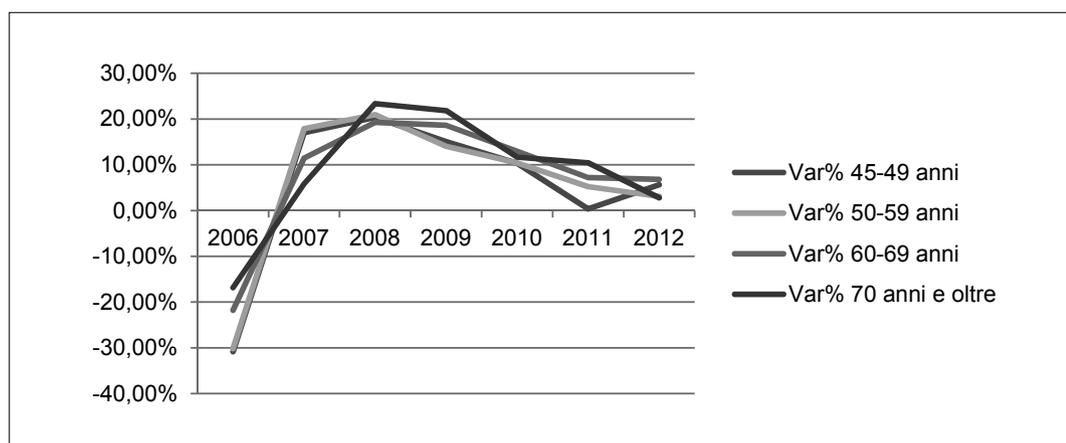


Figura 2
 Variazione Percentuale
 Annuale delle Classi Anziane
 della Popolazione Detenuta
 Fonte: rielaborazione dell'Autore
 su dati del Ministero
 della Giustizia

manifestano un incremento percentuale più contenuto, pari al 31,04% e al 35,96%. La **figura 2** esibisce un dettaglio grafico sul ritmo di crescita di ciascuna delle quattro classi di detenuti in età avanzata prese in considerazione: i valori sono sempre positivi a partire dal 2007 in poi, malgrado la loro lievitazione abbia subito un brusco rallentamento negli ultimi due anni.

Diversi fattori contribuiscono a spiegare l'incremento che si manifesta nell'età media della popolazione reclusa in Italia. In primo luogo, è opportuno il riferimento a un fenomeno di respiro globale, il graduale invecchiamento della popolazione, che procede di pari passo alle dinamiche demografiche riscontrabili nelle strutture di reclusione: cresce sia il numero degli individui di età superiore a 40 anni che sono destinatari per la prima volta di una condanna di reclusione sia il numero dei ristretti che invecchiano in carcere, in quanto destinatari di una pena di lunga durata. Gli istituti di pena italiani, inoltre, scontano uno scarso ricorso alle misure alternative alla detenzione, fenomeno che alimenta la lievitazione quantitativa dei ristretti in età avanzata all'interno delle carceri: a discapito dell'intento, comune a tutte le disposizioni normative in materia penitenziaria, di limitare la reclusione esclusivamente a coloro che potrebbero essere considerati effettivamente pericolosi per la società, solo 37,5 individui per ogni 100.000 abitanti in Italia hanno la possibilità di usufruire di una misura alternativa alla detenzione in carcere, valore ben più basso rispetto alla media europea, che ammonta a

circa 200 individui per ogni 100.000 abitanti (ISTAT, 2012).

Infine, sebbene in maniera residuale rispetto agli altri fattori, si menziona l'incremento nella durata media degli episodi di detenzione: mentre le pene di durata inferiore a un anno, pur superando in termini assoluti le altre tipologie di sentenze, presentano un andamento declinante con riferimento al periodo 2000-2006,⁷ le condanne più severe, relative all'espiazione di pene che vanno dai due anni di detenzione all'ergastolo, sono aumentate in misura sensibile, esprimendo un ulteriore stimolo al processo di invecchiamento della popolazione detenuta (**figura 3**). Approfondendo il grado di dettaglio, le sentenze che prevedono un periodo di reclusione di almeno 2 anni presentano un aumento del 54,7% nell'anno 2006 rispetto al dato registrato nel 2000; considerando il medesimo intervallo temporale, le condanne di almeno 3 anni e di almeno 5 anni di reclusione sono, rispettivamente, raddoppiate e più che raddoppiate. Per quanto concerne i reati più gravi, le pene restrittive a più di 5 anni sono cresciute in numero del 41,7%, mentre le sentenze che prevedono più di 10 anni di reclusione mostrano un incremento del 64,3%; in ultimo, benché poco significativi in termini assoluti, anche gli ergastoli sono aumentati, con una variazione percentuale del 146,7% nel 2006 rispetto all'anno 2000. Il maggior peso assunto dalle condanne più durature si riflette, con un certo ritardo temporale, sulla composizione demografica della popolazione reclusa, contribuendo a rinfoltire la schiera degli «anziani» in carcere.

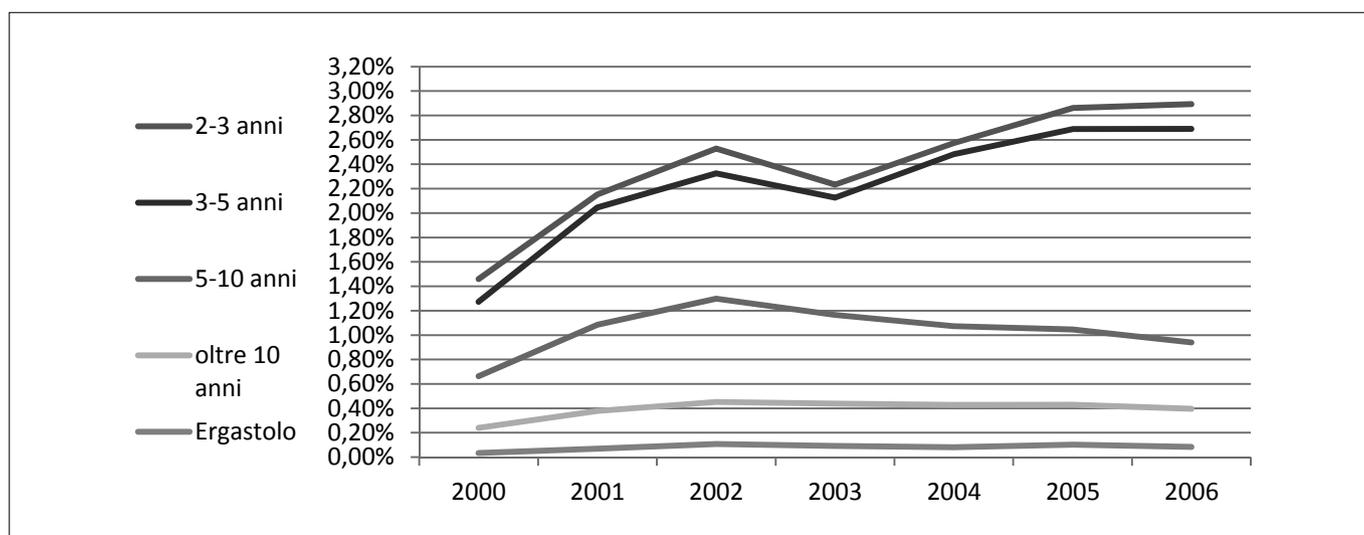


Figura 3

Condanne Comminate sul Totale di Sentenze per Anni di Reclusione

Fonte: rielaborazione dell'Autore su dati del Ministero della Giustizia

Dai dati esposti, si desume un progressivo invecchiamento della popolazione detenuta, fenomeno che genera inevitabili ripercussioni sulle dinamiche di gestione degli istituti di pena, in particolar modo per quanto concerne la prestazione dei servizi di assistenza sanitaria al loro interno. I ristretti «anziani», come anticipato nella sezione introduttiva, sono portatori di bisogni di salute specifici, che non possono essere paragonati a quelli degli altri detenuti né a quelli dei loro coetanei in stato di libertà. Per rispondere alle loro peculiari esigenze sanitarie non si può presumere di ricorrere con efficacia ai tradizionali approcci di cura: si rende indispensabile la formulazione di modelli di assistenza innovativi, che recepiscano le mutate istanze degli individui sottoposti a una misura restrittiva della libertà personale e garantiscano una maggiore efficacia della cura.

3. Il modello tradizionale di assistenza sanitaria negli istituti di pena

Le riforme legislative degli ultimi anni, ispirate ai principi internazionali in tema di trattamento degli individui *in vinculis* (Lines, 2008), hanno creato un sistema di garanzie formali a favore dei ristretti, inteso a riconoscere il loro diritto alla tutela e alla promozione della salute. Gli istituti di pena, d'altronde, conservano tutt'oggi una preminente impostazione custodialistica nel trattamento dei detenuti, protesa all'incapacitazio-

ne del reo piuttosto che alla predisposizione delle condizioni strumentali al suo reintegro nella comunità di appartenenza (Pelissero, 2008). Se, da un lato, i recenti interventi normativi hanno sottratto agli istituti di pena le competenze in materia di salute, attribuendole sotto il profilo istituzionale al Ministero della Salute e, sotto il profilo gestionale, alle organizzazioni che operano in seno al Sistema sanitario nazionale, dall'altro lato il preminente obiettivo di garantire la sicurezza collettiva conferito alle strutture di reclusione pone consistenti ostacoli all'appropriato svolgimento delle prestazioni di assistenza sanitaria al loro interno, come chiaramente discusso dalla dottrina internazionale con riferimento all'analogo percorso britannico di riforma della sanità penitenziaria (Walsh e Freshwater, 2009; Norman, 1999).

L'approccio «inibitorio» (Brown, 2009), tipicamente adottato negli istituti di pena, determina l'indebolimento della propensione all'autocura e al miglioramento del benessere psico-fisico da parte dei detenuti (Willmott, 1997), inducendoli talora a non comunicare esplicitamente ai professionisti sanitari le fattispecie sintomatiche percepite e, in tal altri casi, a formulare richieste di assistenza anche per i problemi di salute che presentano criticità bassa o nulla, nel mero intento di accedere a un regime di reclusione attenuato (Marquart *et al.*, 1997; Marshall *et al.*, 2000). Tale atteggiamento determina sia maggiori costi per l'erogazione delle pre-

stazioni che un sovraccarico lavorativo per i professionisti sanitari, costretti ad affrontare una domanda di assistenza nella maggior parte dei casi impropria.

Il medesimo stato di reclusione, in aggiunta, contribuisce al deterioramento della condizione fisica e psichica del ristretto: l'obbligo di vivere in un contesto generalmente sovraffollato, l'estraniamento dalle quotidiane circostanze di vita, l'elevata diffusione di malattie trasmissibili e l'occupazione di spazi insalubri (Wener, 2012; Casey e MacNamara, 2011) rendono critica la gestione dello stato di salute in carcere. Alcuni detenuti, altresì, potrebbero essere oggetto di vessazioni da parte degli altri ospiti dell'istituto di pena, nella forma di abusi sessuali, bullismo o altre formule di vittimizzazione, che si ripercuotono negativamente sullo stato individuale di benessere fisico e mentale.

Ne consegue che il ricorso alle cure informali e all'autocura non è comune tra gli individui *in vinculis*, mentre, in raffronto al dato relativo alla popolazione in stato di libertà, la spesa per la prestazione di servizi di assistenza istituzionalizzata è particolarmente elevata (Awofeso, 2005). Alcuni Autori hanno osservato che, su base annuale, i ristretti consultano i professionisti sanitari per un numero di volte di gran lunga superiore a quanto accade tra gli individui liberi: in particolare, essi si rivolgono ai medici circa tre volte più frequentemente e consultano gli altri professionisti sanitari, primi tra tutti gli infermieri e gli operatori socio-sanitari, tra le ottanta e le duecento volte di più, sintomo di un utilizzo eccessivo delle risorse sanitarie, con il conseguente alto rischio di inappropriately delle prestazioni (Marshall *et al.*, 2001).⁸

Sino a oggi, d'altronde, inadeguata attenzione è stata tributata all'identificazione dei peculiari bisogni di salute dei detenuti, in particolar modo per quanto concerne coloro che presentano un'età avanzata, ragion per cui i servizi di cura apprestati all'interno delle strutture penitenziarie si sono spesso rivelati insufficienti rispetto alle effettive esigenze assistenziali della popolazione carceraria. Un'appropriata ricognizione dei bisogni sanitari degli ospiti degli istituti di pena, invero, è ritenuta indispensabile ai fini della maggiore efficacia dei servizi di cura (De Viggiani *et al.*, 2005): ad essa dovrebbe accompagnarsi un continuo sforzo prote-

so ad accrescere le competenze sanitarie dei ristretti e la loro propensione al *self-care*, nell'intento di ridurre quanto più possibile il ricorso improprio all'assistenza formale (Heathcote-Elliot e Tomlinson, 2011; Condon *et al.*, 2008).

Nei modelli tradizionali di organizzazione dei servizi sanitari penitenziari, ancora oggi ampiamente diffusi negli istituti di pena, si predilige un approccio universale, in accordo al quale tutti i pazienti sono indirizzati verso le medesime strutture sanitarie, senza differenziazioni parametrizzate alle condizioni di salute o agli specifici bisogni assistenziali individuali. Poco frequente, difatti, è il ricorso alla classificazione degli ospiti degli istituti di pena in gruppi omogenei in base alle specifiche esigenze di cura (Esposito, 2010), in particolare con riferimento all'età anagrafica. Tale circostanza implica l'impossibilità di pervenire alla programmazione e alla predisposizione di interventi sanitari *ad hoc* a favore di coloro che necessitano di formule personalizzate di assistenza sanitaria, con ripercussioni sia sull'efficacia delle prestazioni erogate che sulla sostenibilità del sistema sanitario penitenziario.

In ragione delle conseguenze generate dalla condizione di reclusione sullo stato di salute dei ristretti, nonché dell'evoluzione demografica che è possibile riscontrare nella popolazione detenuta, la semplice implementazione di percorsi di cura mirati al mantenimento o al recupero della salute dei ristretti non può essere ritenuta sufficiente. È indispensabile, piuttosto, che gli istituti di pena adottino un approccio di prevenzione e promozione della salute, alla luce del fatto che il regime detentivo coinvolge tutti gli aspetti di vita dei ristretti, dall'abbigliamento alla dieta quotidiana, dall'esercizio fisico all'assistenza sanitaria e sociale (American Public Health Association, 2003). Dal momento che l'istituto detiene il controllo sui principali determinanti del benessere dei ristretti, al suo interno dovrebbero essere predisposte le condizioni necessarie alla promozione della salute dei suoi ospiti (Whitehead, 2006), nella consapevolezza che questi ultimi costituiscono una popolazione a elevato rischio di salute (Coyle *et al.*, 2008). In questa prospettiva, i soli interventi di riforma istituzionale non possono essere ritenuti sufficienti ai fini del miglioramento delle condizioni di

vita della popolazione *in vinculis*; la garanzia della tutela in termini formali della salute dovrebbe essere coadiuvata da un radicale processo di cambiamento di tipo strutturale e culturale, da promuovere attraverso precisi indirizzi di natura politica e strategica, nell'intento di pervenire alla diffusione di un approccio olistico, di tipo bio-psico-sociale, alla cura dei ristretti.

4. La ricognizione dei bisogni di salute dei ristretti ai fini della riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario

La dottrina ha ampiamente evidenziato la centralità della ricognizione dei bisogni di salute nella predisposizione di un sistema di assistenza che risponda in maniera efficace ed efficiente alle esigenze sanitarie degli individui sottoposti a una misura restrittiva della libertà personale (Marshall *et al.*, 2001). Le iniziative finalizzate alla rilevazione dei bisogni assistenziali dei ristretti, nondimeno, trovano tuttora scarsa diffusione all'interno degli istituti di pena: attenzione quasi esclusiva è tributata alle caratteristiche strutturali dell'offerta sanitaria, con uno scarso spirito critico in merito all'adeguatezza delle risorse e delle competenze disponibili rispetto alle effettive condizioni di salute della popolazione detenuta.

La domanda esplicita di assistenza negli istituti di pena è influenzata da numerosi fattori, che non trovano necessariamente fondamento nell'esistenza di un concreto bisogno sanitario. La percezione distorta dei disturbi di natura psichica e fisica da parte dei ristretti, le difficoltà incontrate nell'accesso a soluzioni alternative rispetto ai servizi istituzionalizzati, in particolare l'assistenza dei *caregiver* informali e le attività di autocura, l'obbligo di sostenere visite mediche di *routine* in occasione di eventi puntuali che intercorrono durante la detenzione (come l'ingresso in carcere, la traduzione in altri luoghi per esigenze di salute o di sicurezza e il rientro nella comunità di appartenenza), la richiesta di assistenza indotta da altri detenuti e, infine, la concezione delle strutture sanitarie come una sorta di asilo per sottrarsi temporaneamente alla rigida disciplina del regime detentivo concorrono a spiegare la variegata composizione della domanda di assistenza in carcere e a motivarne la potenziale inappropriata.

In questi termini, la richiesta di cura da parte dei ristretti potrebbe non rispecchiare i reali bisogni assistenziali di questi ultimi, a loro volta determinati dall'incidenza e dalla prevalenza delle fattispecie patologiche all'interno del contesto penitenziario. Dal momento che lo sviluppo del sistema sanitario negli istituti di pena è stato condizionato dall'esigenza di affrontare in maniera tempestiva la crescente domanda di assistenza da parte dei ristretti, in assenza di una puntuale rilevazione dei loro bisogni sanitari, il rischio di incoerenza tra le risorse sanitarie disponibili e le attuali esigenze assistenziali è particolarmente elevato. Si ritiene perciò opportuno promuovere una radicale riconfigurazione strutturale e funzionale del sistema sanitario penitenziario, che tenga conto degli effettivi (e per lo più inespressi) bisogni di salute dei pazienti *in vinculis*, nell'intento di massimizzare sia l'appropriatezza che l'efficacia delle prestazioni erogate.

In letteratura sono presentati tre approcci per l'identificazione dei bisogni di cura dei ristretti, denominati «integrativo», «comparativo» ed «epidemiologico» in relazione all'impostazione metodologica associata a ciascuno di essi (Marshall *et al.*, 1999). L'approccio «integrativo» prevede il coinvolgimento di tutti gli attori che potrebbero fornire un contributo diretto o indiretto all'individuazione dei fabbisogni sanitari degli ospiti degli istituti di pena: tra coloro che potrebbero essere contattati a tal fine si annoverano, a titolo meramente esemplificativo, i ristretti, i quali indossano allo stesso tempo la veste dei pazienti, i professionisti sanitari e gli operatori socio-sanitari che operano nel *setting* penitenziario, i rappresentanti istituzionali delle strutture detentive e gli interlocutori politici di rilievo nazionale e locale. L'approccio «comparativo» richiede la realizzazione di un confronto tra l'ambito di assistenza penitenziario e un contesto di cura ordinario, selezionato come *benchmark*: la rilevazione dei bisogni sanitari è conseguita sulla base delle similarità e delle divergenze che caratterizzano il primo rispetto al secondo. Infine, l'approccio «epidemiologico» guarda in maniera diretta ai dati di natura clinica rilevabili sul campo negli istituti di pena, traendo inferenze sulle esigenze di assistenza dei detenuti a partire dai tassi di incidenza e prevalenza delle patologie, oltre

che dalle informazioni sull'efficacia dei servizi disponibili nel *setting* penitenziario.

Qualsiasi siano le modalità attraverso cui si pervenga all'identificazione delle peculiari esigenze assistenziali dai ristretti, è opportuno considerare che le strutture sanitarie penitenziarie non si prestano a una facile riorganizzazione o riqualificazione alla luce di queste ultime. Come evidenziato dalla **figura 4**, che offre una sistematizzazione grafica di quanto esposto sino a questo punto, sia l'inerzia organizzativa degli istituti di pena che la loro propensione culturale a privilegiare lo scopo istituzionale della creazione di ordine e sicurezza pubblica ostruiscono l'adattamento delle strutture sanitarie ai concreti bisogni di salute dei ristretti. L'inadeguata interazione tra gli istituti di pena e le organizzazioni sanitarie che operano a livello territoriale, inoltre, contribuisce a generare impedimenti al rinnovamento del sistema sanitario penitenziario (Palumbo, 2013): l'incapacità di intessere rapporti di collaborazione reciproca si traduce, nella maggior parte dei casi, in un'organizzazione inappropriata dei servizi di cura, con ripercussioni negative sullo stato di salute degli ospiti degli istituti di pena.

Il progressivo invecchiamento della popolazione detenuta esprime profondi impatti sulla composizione dei bisogni di salute dei ristretti; le conseguenze associabili al nu-

mero crescente di ristretti in età avanzata, in questa prospettiva, dovrebbero essere tenute in seria considerazione nelle attività di ricognizione dei bisogni sanitari della popolazione detenuta e di riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario. I detenuti anziani, infatti, esprimono bisogni particolari, che non potrebbero essere affrontati adeguatamente facendo leva sulle risorse e sulle competenze attualmente disponibili presso gli istituti di pena. Si rende necessario, pertanto, intervenire sugli approcci di cura tradizionalmente adottati in carcere, promuovendo un più intenso ricorso alle cure informali e al *self management* dello stato di salute, indispensabili per gestire in maniera appropriata le patologie croniche, sempre più diffuse tra gli individui *in vinculis*, e abbattere la domanda impropria di accesso ai servizi sanitari.

5. Le formule di assistenza sanitaria negli istituti di pena: una rappresentazione dei percorsi di cura in carcere

Le formule di assistenza sanitaria potrebbero essere raggruppate in tre categorie (Marshall *et al.*, 2001): una di esse corrisponde alle cure di tipo informale, vale a dire le prestazioni non istituzionalizzate, tra cui le attività di *self-care* e l'assistenza prestata da *caregiver* informali, come i

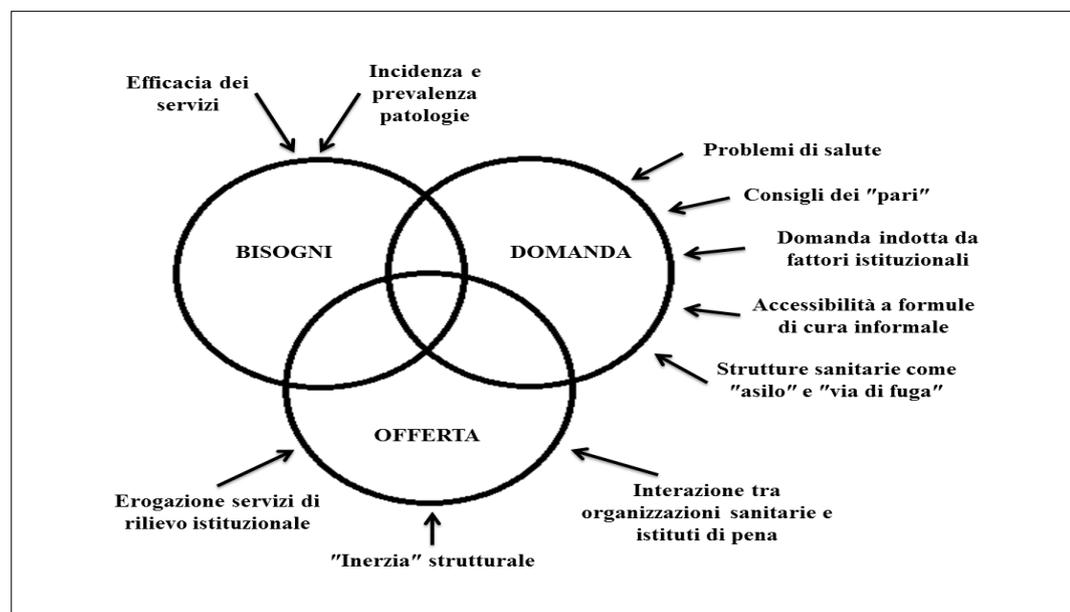


Figura 4

Determinanti di bisogni assistenziali, domanda e offerta di servizi sanitari e interazioni sistemiche

Fonte: adattamento dell'Autore da Singleton *et al.*, 1998

familiari o i membri di organizzazioni di volontariato. Per poter ricorrere efficacemente a esse, è necessario che il paziente e i suoi *caregiver* abbiano acquisito adeguate competenze sanitarie, strumentali sia al reperimento che all'utilizzo delle informazioni relative al trattamento più appropriato per fornire risposta al disagio psico-fisico lamentato. La dottrina ha definito con il concetto di *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) la capacità di reperire, selezionare e comprendere correttamente le informazioni in materia di salute (Palumbo, 2012), facendo leva su un articolato repertorio di competenze tecniche, relazionali e critiche (Nutbeam, 2000).

La seconda categoria corrisponde alle cure primarie, comprensive dei servizi di assistenza di base erogati dai medici di medicina generale e dagli altri professionisti sanitari che, autonomamente o in *partnership*, gestiscono il primo contatto tra il paziente e il sistema delle prestazioni assistenziali; a essi sono assimilati altri servizi sanitari ad accesso diretto o volontario, come le prestazioni di urgenza ed emergenza, nonché alcune formule di cura specialistica ad elevata diffusione, come l'oftalmologia e l'odontoiatria, erogate da professionisti sanitari in accordo o al di fuori delle regole di convenzionamento pubblico.

Dalla categoria precedente esulano i servizi sanitari «secondari», ossia le prestazioni

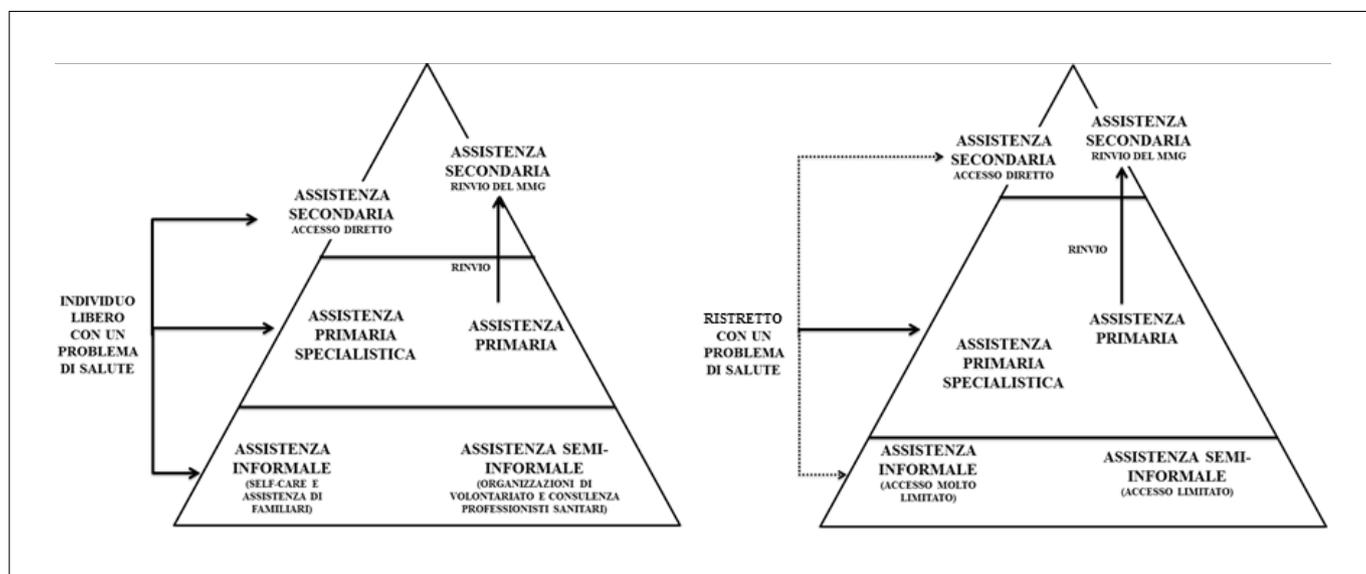
ad alta specializzazione, che costituiscono la terza e ultima classe in cui sono catalogate le prestazioni di assistenza in accordo all'impostazione adottata; nella maggior parte dei casi, il ricorso a essi è subordinato alla prescrizione dei professionisti sanitari cui compete l'erogazione dell'assistenza primaria, sebbene non sia escluso il ricorso volontario del paziente a essi.

Il lato sinistro della **figura 5** rappresenta graficamente le opportunità di accesso degli individui in stato di libertà alle formule di assistenza sopra elencate. I cittadini liberi dispongono della piena possibilità di ricorrere sia alle prestazioni di natura informale che ai servizi di assistenza primaria o specialistica, normalmente in assenza di vincoli che si oppongano alle loro richieste di cura. Discorso diverso deve essere condotto per quanto concerne gli individui che scontano una misura restrittiva della libertà personale, come evidenziato nella parte destra della figura 5, le cui linee tratteggiate indicano un accesso ridotto alle cure. Sebbene, quanto meno sotto il profilo formale, ai ristretti sia garantita la possibilità di beneficiare delle medesime formule di assistenza a disposizione degli individui liberi, negli istituti di reclusione l'accessibilità ai servizi sanitari non è piena, tanto in ragione delle caratteristiche sociali e culturali della popolazione detenuta quanto delle stringenti norme che disciplinano la condizione di reclusione.

Figura 5

Accessibilità ai servizi sanitari di individui liberi e ristretti: confronto

Fonte: adattamento dell'Autore da Marshall *et al.*, 2000



Richiamando quanto argomentato nei paragrafi precedenti, i ristretti spesso non dispongono né delle competenze né della possibilità di ricorrere alle formule di assistenza informale. Ciò si verifica per due principali motivazioni: in primo luogo, per esigenze di sicurezza, è impedito loro un contatto continuativo con gli individui che potrebbero svolgere il ruolo di *caregiver* informali nei loro confronti; in aggiunta, la gran parte dei detenuti appartiene a fasce «svantaggiate» della popolazione, presentando un basso livello di alfabetizzazione sanitaria e un'adeguata propensione al *self-management* dello stato di salute, essenziali per il ricorso all'autocura. Tali fattispecie si riverberano negativamente sia sull'opportunità di avviare iniziative di prevenzione e promozione del benessere tra i detenuti che sulla loro efficacia; d'altro canto, visto che l'eccessivo (e il più delle volte improprio) accesso alle strutture sanitarie risulta uno dei problemi che affligge in misura maggiore il sistema penitenziario, l'*empowerment* del paziente dovrebbe rappresentare una strategia chiave nella riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario.

Per quanto concerne il ricorso ai servizi di assistenza primaria, i detenuti sono privati della possibilità di scegliere il medico o il professionista sanitario cui rivolgersi ai fini della tutela o della promozione della loro salute: essi possono beneficiare, in via gratuita, esclusivamente dei servizi disponibili all'interno delle strutture di detenzione, mentre dovrebbero accollarsi i costi dell'assistenza qualora richiedessero di essere visitati da un medico di fiducia non inserito nel sistema di offerta sanitaria dell'istituto. Il ricorso alle cure primarie tra i ristretti, nondimeno, è consistente: da una parte, essi percepiscono di non disporre di alternative rispetto a tale formula di assistenza e, dall'altra, concepiscono le strutture sanitarie come una possibile via di fuga alle rigide condizioni detentive. L'eccessivo ricorso alle cure primarie non solo genera elevati costi di assistenza, difficilmente sostenibili in un periodo segnato dalla stagnazione delle risorse disponibili e dall'aumento di bisogni sanitari, ma implica anche un carico di lavoro difficile da gestire per i professionisti sanitari, con impatti negativi sulla qualità delle prestazioni erogate.

Ai ristretti, infine, è preclusa la possibilità di esprimere autonomamente, in assenza di un rinvio formale da parte del medico di base, una richiesta di cura ai servizi specialistici; il medico penitenziario, in questi termini, assume la veste di decisore del percorso di assistenza del ristretto, agendo da *gatekeeper* che indirizza verso i servizi di cura a elevata specializzazione, il più delle volte situati al di fuori delle mura carcerarie, solo i pazienti che manifestano le fattispecie sintomatiche ritenute più critiche o che non potrebbero essere gestite in maniera adeguata ricorrendo alle risorse disponibili all'interno dell'istituto.

L'accesso ai servizi sanitari in ambito penitenziario, in sostanza, è pesantemente condizionato dalle specifiche caratteristiche della condizione di reclusione, che, a sua volta, crea le condizioni per il continuo e inappropriato incremento della domanda di assistenza formale tra i detenuti; quest'ultima potrebbe essere soddisfatta in maniera più appropriata ricorrendo a percorsi alternativi, come il *self-care* o le cure informali, la cui diffusione, tuttavia, è ostacolata dall'assenza di forme di sostegno sociale a favore dei ristretti oltre che dalla loro bassa alfabetizzazione sanitaria.

La crescente richiesta di assistenza rivolta ai medici penitenziari pone le condizioni per il continuo deterioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e genera, quale conseguenza, un'ulteriore lievitazione della domanda di cura, soprattutto alla luce della mutata composizione demografica della popolazione detenuta. In questa prospettiva, l'innalzamento nell'età media dei ristretti e la crescente diffusione delle patologie croniche potrebbero generare un forte stress sulle strutture sanitarie penitenziarie, già oggi interessate da un volume di attività non sostenibile in considerazione della quantità e della qualità delle risorse a disposizione.

6. Conclusioni

Il diritto alla salute dei ristretti rappresenta un argomento di forte attualità, oltre che di indubbia rilevanza per il sistema sanitario nazionale. Le riforme istituzionali degli ultimi anni hanno dato vita a un sistema di tutele giuridiche a protezione degli individui sottoposti a una pena restrittiva della libertà perso-

nale; ciononostante, si è ancora lontani dalla predisposizione delle condizioni necessarie a promuovere l'accesso dei detenuti a formule di assistenza paragonabili a quelle disponibili alla collettività libera. Nelle iniziative di riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario, particolare attenzione deve essere prestata agli specifici bisogni di cura degli ospiti degli istituti di pena, rimodulando il sistema di offerta sanitaria alla luce di questi; allo stesso tempo, è indispensabile adottare un approccio di «governo» della domanda, al fine di evitare che i ristretti esprimano richieste di cura non appropriate rispetto ai loro reali problemi di salute.

Il progressivo invecchiamento della popolazione detenuta rappresenta un fenomeno cui dedicare particolare premura, in quanto esso implica un mutamento sia nella quantità che nella qualità dei bisogni sanitari espressi dagli ospiti degli istituti di pena. In risposta all'evoluzione demografica che si riscontra tra gli individui *in vinculis*, è opportuno che i medici penitenziari rivisitino gli approcci di cura tradizionalmente impiegati negli istituti di reclusione: l'impostazione sanitaria di tipo bio-medico, di natura essenzialmente reattiva, non è coerente rispetto all'attuale composizione della domanda di salute. A fronte di una maggiore diffusione delle patologie croniche, i bisogni di salute dei ristretti possono essere affrontati efficacemente solo facendo leva sul loro coinvolgimento nel percorso di cura, nonché sulla valorizzazione delle loro abilità di *self-care*.

La riconfigurazione sotto il profilo istituzionale e organizzativo del sistema sanitario penitenziario, pertanto, deve essere associata alla predisposizione di un ambiente che agevoli le attività di prevenzione e promozione della salute. Alle generiche prestazioni di cura occorre integrare iniziative protese all'*empowerment* del paziente, rimuovendo gli ostacoli strutturali e culturali che impediscono il ricorso all'assistenza informale e all'autocura, tuttora poco diffusi. Essi dovrebbero essere concepiti quali strumenti chiave per il recupero di efficacia e di appropriatezza: grazie alla valorizzazione delle cure informali, infatti, è possibile attenuare le richieste di assistenza impropria espresse dai detenuti, riducendo gli accessi alle prestazioni formali e accrescendo il tempo che i professionisti sanitari possono

dedicare a coloro che presentano le condizioni di salute più critiche.

In quest'ottica, l'alfabetizzazione sanitaria dei ristretti rappresenta una componente essenziale del processo di riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario. In ragione delle finalità di sicurezza pubblica perseguite dagli istituti di reclusione, infatti, i loro ospiti non vantano la piena possibilità di usufruire del sostegno assistenziale di *caregiver* informali, quali genitori, coniugi o figli: l'incentivazione del *self-management* dello stato di salute attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze sanitarie individuali, di conseguenza, è indispensabile per deflazionare la sempre più ingente domanda di assistenza espressa dai detenuti. Analogamente, di consistente impatto potrebbe rivelarsi la formazione di gruppi di mutuo sostegno tra i ristretti: essi consentirebbero l'innesto di attività di reciproca tutela e promozione della salute, contribuendo ad abbattere la richiesta inappropriata di cura.

Il periodo di detenzione rappresenta un'opportunità per raggiungere individui che, in alternativa, non entrerebbero in contatto con il sistema sanitario, se non per usufruire di prestazioni di urgenza ed emergenza. L'appropriata erogazione di servizi di tutela e promozione della salute negli istituti di pena, per tale motivo, genera un doppio vantaggio: da un lato, essa è funzionale al miglioramento dello stato di salute dei ristretti, agevolando sia le attività di gestione degli istituti di pena che il reinserimento dei detenuti nella comunità di appartenenza; dall'altro lato, essa consente di evitare che individui in cattivo stato di salute rientrino in società generando oneri per il sistema sanitario nazionale, la cui sostenibilità, oggi più che mai, è messa in discussione.

Note

1. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del primo aprile 2008 sancisce il trasferimento delle funzioni sanitarie esplicitate negli istituti di pena al Ministero della Salute e alle Aziende sanitarie locali: esso riprende il tentativo di riforma della sanità penitenziaria intrapreso negli ultimi anni novanta con il Decreto Legislativo del 22 giugno 1999, n. 230, che prevedeva il riordino della medicina penitenziaria e l'attribuzione delle relative competenze al Sistema sanitario nazionale, nell'intento di porre fine all'esistenza di un sistema di assistenza parallelo per gli in-

- dividui sottoposti a una pena restrittiva della libertà personale.
2. Sebbene la citata dottrina concentri la sua attenzione prevalentemente sul caso americano, tali fenomeni possono essere ritenuti significativi anche per il nostro Paese, come si può evincere dai dati esposti nel paragrafo che segue, inteso a fornire un quadro sintetico sulla presenza di detenuti in età avanzata negli istituti di pena italiani.
 3. La letteratura non è pervenuta a conclusioni univoche in merito allo stato di salute dei detenuti anziani: quantunque la condizione di reclusione degli individui in età avanzata sia stata tradizionalmente associata al peggioramento del livello di benessere psico-fisico (Marquart *et al.*, 2000; Koenig *et al.*, 1995), Colsher e colleghi (1992) e Gallagher (1990), sulla base di *survey* condotte rispettivamente presso sette istituti di pena dello Stato dell'Iowa (U.S.A.) e presso tre penitenziari della Columbia Britannica (Canada), hanno rilevato uno stato di salute soddisfacente negli individui sottoposti a una pena restrittiva, contrapponendosi alle argomentazioni della prevalente dottrina.
 4. I grafici e le tabelle presentati sono frutto di un'attività di rielaborazione da parte dell'Autore, finalizzata all'aggregazione dei dati estrapolati dalle fonti utilizzate e al confronto intertemporale tra le dimensioni di interesse ai fini dell'indagine: in particolare, l'attenzione è concentrata sul mutamento nel tempo della composizione demografica della popolazione detenuta, tentando di pervenire all'identificazione dei fattori determinanti che contribuiscono a spiegare il progressivo invecchiamento di quest'ultima.
 5. Il testo integrale della pubblicazione, di libero accesso, può essere reperito presso la pagina *web*: <http://www.istat.it/it/archivio/77789>; l'ultimo accesso da parte dell'Autore risale al 6 giugno 2013.
 6. I dati statistici forniti dal Ministero della Giustizia e impiegati ai fini del presente lavoro sono tratti dal sito *web* istituzionale del Dicastero (http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.wp?selectedNode=0_2): l'ultimo accesso alle fonti risale al 6 giugno 2013.
 7. I dati relativi al periodo 2000-2006 rappresentano l'informazione aggregata più recente cui è possibile risalire; tale intervallo temporale, d'altronde, è coerente rispetto ai dati impiegati con riferimento alla composizione demografica della popolazione detenuta, relativi al periodo 2005-2012. Le condanne emanate fino al 2006, difatti, esprimono i propri effetti principalmente su quest'ultimo arco temporale.
 8. Le stringenti regole che disciplinano il regime detentivo alimentano il ricorso a prestazioni di assistenza formale: a titolo esemplificativo, i controlli medici da espletare in maniera routinaria in occasione dell'accoglienza in istituto, delle traduzioni e del rientro nella collettività di appartenenza di ciascun ristretto generano una lievitazione negli episodi di cura formali, che giocano un ruolo significativo nell'aumento dei costi di assistenza.

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

- ADAY R.H. (2003), *Aging prisoners: crisis in American corrections*, Praeger Publishers, Westport.
- ADAY R.H. (1994), «Aging in prison: a case study of new elderly inmates», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38 (1), pp. 79-91.
- AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (2003), *Standards for health care in correctional institutions*, United Book Press, Washington.
- AWOFESO N. (2005), «Making prison health care more efficient: inmates need more organised and more preventive health care in emptier prisons», *British Medical Journal*, 331 (7511), pp. 248-249.
- BAIDAWI S., TURNER S., TROTTER C., BROWNING C., COLLIER P., O'CONNOR D., SHEEHAN R. (2011), «Older prisoners. A challenge for Australian corrections», *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 426, pp. 421-440.
- BANDURA A. (2005), «The primacy of self-regulation in health promotion», *Applied Psychology: An International Review*, 54 (2), pp. 245-254.
- BECKETT J., PETERNEL-TAYLOR C., JOHNSON R.L. (2003), «Growing old in the correctional system», *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41 (9), pp. 12-19.
- BISHOP A.J., MERTEN M.J. (2011), «Risk of comorbid health impairment among older male inmates», *Journal of Correctional Health Care*, 17 (1), pp. 17-34.
- BROWN M. (2009), *The Culture of Punishment. Prison, Society and Spectacle*, New York University Press, New York.
- CASEY C., MACNAMARA P.M. (2011), «Health and well being of Irish prisoners: the complexity of health promotion in Irish prisons», *The Prison Journal*, 91 (1), pp. 136-156.
- CERVIA S. (2011), «Governare la salute. Una riflessione sul modello di network toscano», *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 4, pp. 101-121.
- COLSHER P.L., WALLACE R.B., LOEFFELHOLZ P.L., SALES M. (1992), «Health status of older male prisoners: a comprehensive survey», *American Journal of Public Health*, 82, pp. 881-884.
- CONDON L., HEK G., HARRIS F. (2008), «Choosing health in prison: prisoners' views on making healthy choices in English prisons», *Health Education Journal*, 67 (3), pp. 155-166.
- COYLE A., SHELUPANOV A., WALCHER G. (2008), «Populations at special health risk: incarcerated», in K. Heggenhougen, *International encyclopedia of public health*, Academic Press, Oxford.
- DE VALCK C., BENSING J., BRUYNBOOGHE R., BATENBURG V. (2001), «Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine», *Patient Education and Counseling*, 45 (2), pp. 119-126.
- DE VIGGIANI N., ORME J., POWELL J., SALMON D. (2005), «New arrangements for prison health care: provide an opportunity and a challenge for primary care trusts», *British Medical Journal*, 330 (7497), p. 918.
- ENGEL G.L. (1977), «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», *Science*, 196, pp. 129-135.
- ENGEL G.L. (2004), «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», in L.A. Caplan, J.J. McCartney, A.D. Sisti, *Health, disease, and illness: concepts in medicine*, Georgetown University Press, Washington.
- ESPOSITO M. (2010), «The health of Italian prison inmates today: a critical approach», *Journal of Correctional Health Care*, 16 (3), pp. 230-238.
- EUROPEAN COMMISSION (2010), *Joint report on health systems*, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Brussels.
- FAZEL S., HOPE T., O'DONNELL I., PIPER M., JACOBY R. (2001), «Health of elderly prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners», *Age and Ageing*, 30, pp. 403-407.
- FINKEL M.L. (2011), «Prison health care», in M.L. Finkel, *Public Health in the 21st Century*, Praeger, Santa Barbara.
- FORMBY W.A., ABEL C.F. (1997), «Elderly men in prison», in J.I. Kosberg, L.W. Kaye, *Older inmates: perspectives in criminology and criminal justice*, Praeger, New York.
- GAL M. (2002), «The physical and mental health of older inmates», *Mountain Institute, Correctional Service of Canada Forum*, 14 (2), pp. 1-6.
- GALLAGHER E. (1990), «Emotional, social and physical health characteristics of older men in prison», *International Journal of Aging and Human Development*, 31, pp. 251-265.
- HARRIS F., HEK G., CONDON L. (2007), «Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity», *Health and Social Care in the Community*, 15 (1), pp. 56-66.
- HEATHCOTE-ELLIOT C., TOMLINSON J. (2011), *HMP and YOI Parc Health Needs Assessment*, ABM University Health Board, Baglan.
- HILL T., WILLIAMS B., COBE G., LINDQUIST K. (2006), *Aging inmates: challenges for healthcare and inmates*, Lumetra, San Francisco.
- HUMAN RIGHT WATCH (2012), *Old behind bars: The Aging Prison Population in the United States*, Human Right Watch, Washington.
- ISTAT (2012), *I detenuti nelle carceri italiane*, Centro Elaborazione Dati ISTAT, Roma.
- KOENIG H.G., JOHNSON S., BELLARD J., DENKER M., FENLON R. (1995), «Depression and anxiety disorder among older male inmates at a federal correctional facility», *Psychiatric Services*, 46, pp. 399-401.
- LEMIEUX C.M., DYESON T.B., CASTIGLIONE B. (2002), «Revisiting the literature on prisoners who are older: are we wiser», *The Prison Journal*, 82, pp. 440-458.
- LINES R. (2008), «The right to health of prisoners in international human rights law», *International Journal of Prisoner Health*, 4 (1), pp. 3-53.

- LOEB S.J., ABU DAGGA A. (2006), «Health-related research on older inmates: an integrative review», *Research in Nursing & Health*, 29, pp. 556-565.
- LOEB S.J., STEFFENSMEIER D. (2006), «Older male prisoners: health status, self-efficacy beliefs, and health promoting-behaviors», *Journal of Correctional Health Care*, 12, pp. 269-278.
- LOEB S.J., STEFFENSMEIER D., LAWRENCE F. (2008), «Comparing incarcerated and community-dwelling older men's health», *Western Journal of Nursing Research*, 30 (2), pp. 234-249.
- MARQUART J.W., MERIANOS D.E., DOUCET G. (2000), «The health-related concerns of older prisoners: implications for policy», *Ageing and Society*, 20, pp. 79-96.
- MARQUART J.W., MARIANOS D.E., HEBERT J.L., CARROLL L. (1997), «Health conditions and prisoners: a review of research and emerging areas of enquiry», *The Prison Journal*, 77 (2), pp. 184-208.
- MARSHALL T., SIMPSON S., STEVENS A. (1999), *Health care in prisons: a health care needs assessment*, Department of Health, London.
- MARSHALL T., SIMPSON S., STEVENS A. (2000), *Health care in prisons: a health care needs assessment*, Department of Public Health & Epidemiology - University of Birmingham, Edgbaston.
- MARSHALL T., SIMPSON S., STEVENS A. (2001), «Use of health services by prison inmates: comparisons with the community», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp. 364-365.
- MASCHI T., VIOLA D., SUN F. (2013), «The high cost of the international aging prisoner crisis: well-being as the common denominator for action», *The Gerontologist*, 53(4), pp.543-454.
- MERTEN M., BISHOP A.J., WILLIAMS A.L. (2012), «Prisoner health and valuation of life, loneliness, and depressed mood», *American Journal of Health Behavior*, 36 (2), pp. 275-288.
- MITKA M. (2004), «Aging prisoners stressing health care system», *Journal of the American Medical Association*, 292, pp. 423-424.
- NIERO M., BERTIN G. (2012), *Vulnerabilità e fragilità sociale. Una teoria delle disuguaglianze di salute*, FrancoAngeli, Milano.
- NORMAN A. (1999), «Prison health care: what is it that makes prison nursing unique?», *British Journal of Nursing*, 8 (15), pp. 1032-1033.
- NUTBEAM D. (2000), «Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century», *Health Promotion International*, 15 (3), pp. 259-267.
- PALUMBO R. (2013), «New approaches to penitentiary health care. The outcomes of the legislative reforms in Italy», paper presented at the XVII IRSPM Conference "Public Sector Responses to global crisis", Prague, 10-12 April, <http://www.irspm.net/publications/viewdownload/150-51-open-panel/1181-new-approaches-to-penitentiary-health-care-the-outcomes-of-the-legislative-reforms-in-italy.html>.
- PALUMBO R. (2012), «Health literacy: una review della dottrina internazionale», *Mecosan*, 84 (4), pp. 27-50.
- PELISSERO M. (2008), *Pericolosità sociale e doppio binario: vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giapichelli, Torino.
- SINGLETON N., MELTZER H., GATWARD R., COID J., DEASY, D. (1998), *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales: the report of a survey carried out in 1997 by the Social Survey Division of the Office for National Statistics on behalf of the Department of Health*, The Stationery Office, London.
- SMITH C. (2000), «"Healthy prisons": a contradiction in terms», *The Howard Journal*, 39 (4), pp. 339-353.
- TAKMAN C.A., SEVERINSSON E.I. (1999), «A description of health care professionals' experiences of encounters with patients in clinical settings», *Journal of Advanced Journal*, 30 (6), pp. 1368-1374.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (2009), *Handbook for prisoners with special needs*, United Nations Publications, Vienna.
- WAHIDIN A., ADAY R.H. (2005), «The needs of older men and women in the criminal justice system: an international perspective», *Prison Service Journal*, 160, pp. 13-22.
- WALSH E., FRESHWATER D. (2009), «The mental well-being of prison nurses in England and Wales», *Journal of Research in Nursing*, 14 (6), pp. 553-564.
- WENER R.E. (2012), «Correctional environments», in S.D. Clayton, *The Oxford handbook of environmental and conservation psychology*, Oxford University Press, Oxford, New York.
- WHITEHEAD D. (2006), «The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing», *International Journal of Nursing Studies*, 43 (1), pp. 123-131.
- WILLIAMS B.A., STERN M.F., MELLOW J., SAFER M., GREIFINGER R.B. (2012), «Aging in correctional custody: setting a policy agenda for older prisoner health care», *American Journal of Public Health*, 102 (8), pp. 1475-1481.
- WILLMOTT Y. (1997), «Prison nursing: the tension between custody and care», *British Journal of Nursing*, 6 (6), pp. 333-336.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

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

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

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

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, 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, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano
E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve 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**.

I Piani di rientro nei processi di *turnaround* in sanità: il caso della Regione Abruzzo

M. SARGIACOMO, L. IANNI, A. D'ANDREAMATTEO, V. SANTUCCI

Some scholars have been recently concerned with the role played by the Budget Recovery Plans in order to overcome financial distress affecting different Italian regional healthcare systems, thereby portraying how its adoption, linked to strategic actions, can trigger the deployment of the turnaround process. Accordingly, the main aim of this paper is to analyze and describe the hitherto neglected multi-faceted aspects arising from their implementation and whether they enable to lead to a successful turnaround within the public sector. After a theoretical review, the paper will build on the case study offered by the Abruzzi region, which managed to «turn the tide» thanks to these tools.

Keyword: budget recovery plan, turnaround, abruzzo region

Parole chiave: piano di rientro, risanamento, regione abruzzo

Note sugli autori

Università Telematica Leonardo da Vinci: Massimo Sargiacomo è Presidente del Corso di Laurea (interateneo) in Economia e Management dei Servizi Sanitari e inoltre professore straordinario di Economia Aziendale, Università G. D'Annunzio di Chieti-Pescara; Luca Ianni è ricercatore di Economia Aziendale e docente di Contabilità, Bilancio e Revisione delle Aziende Sanitarie; Antonio D'Andreamatteo è ricercatore di Organizzazione Aziendale e docente di Metodologie e Determinazioni Quantitative per il management (corso progredito) Regione Abruzzo; Valentina Santucci è funzionario presso la Direzione Politiche della Salute

Attribuzione

L'articolo è il risultato di un lavoro congiunto da parte degli autori che ne condividono l'impostazione. La redazione delle singole sezioni va comunque così suddivisa: Sargiacomo §§ 1 e 5; Ianni §§ 4 e 3.1; D'Andreamatteo §§ 2 e 3.2; Santucci §§ 3.3 e 3.4

1. Introduzione

Negli ultimi anni vi è stata una crescente attenzione nel dibattito nazionale e internazionale sul ruolo dei Piani di rientro, quali strumenti di verifica delle condizioni di equilibrio di ciascun Sistema sanitario regionale (Ssr) nell'ambito delle progressive tendenze federaliste.

Tale dibattito ha coinvolto i diversi studiosi sul tema chiamando in causa il delicato rapporto esistente tra l'esigenza di realizzare un sostanziale federalismo, che possa innescare meccanismi virtuosi in termini di responsabilizzazione e connessa *accountability* regionale, e l'apparente, da taluni presunta, e a tratti paradossale ricentralizzazione (Tediosi, Gabriele, Longo, 2009) operata tramite l'introduzione di organi ministeriali di monitoraggio e verifica delle azioni dei Ssr. In tale ambito si innesta l'imposizione dei Piani di rientro cui subordinare parte delle risorse da trasferire come meccanismo esterno di controllo di tipo finanziario sui singoli sistemi regionali. A ogni modo, essi riflettono, unitamente ad altri strumenti di *steering*, un effettivo modo per lo Stato di mantenere il controllo sull'equità e l'efficienza del Ssn nell'ambito delle esigenze di federalismo regionale da assicurare (Lega, Sargiacomo, Ianni, 2010) rendendo l'apparente ricentralismo meno paradossale e giustificato dal verificare che il sistema sanitario assolva alle sue proprie funzioni istituzionali e che sia, di fatto, sostenibile nel tempo. In tal senso, tali strumenti sono assunti come vere e proprie «tecnologie di governo» (Miller e Rose, 1990) mediante le quali si rende possibile l'attuazione di tali fondamentali obiettivi governativi riguardanti la salute pubblica.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Piani di rientro e *turnaround* in sanità: una *review* sul tema
3. Il ruolo dei piani di rientro nei processi di *turnaround*: il caso della Regione Abruzzo
4. Discussione
5. Conclusioni

Sulla base di tali considerazioni, ancora troppo poco analizzato è il ruolo assunto dai Piani di rientro, in ottica implementativa, nel governo del complessivo sistema sanitario e di come, grazie a essi, si possa conferire legittimazione al processo capace di consentire, una volta comprese le determinanti strutturali di dati squilibri, il necessario cambiamento strategico che dovrebbe essere generato dagli stessi per il più efficace superamento delle condizioni deficitarie presenti. Il tema, pertanto, appare comunque attuale, in termini di effetti e di possibili riflessioni sul *turnaround*. Degno di nota, sotto il profilo della rilevanza concettuale del tema affrontato, è anche l'azione «pedagogica» prodotta dai Piani di rientro, ossia di formazione e *learning by doing* (Oakes, Townley, Cooper, 1998) da parte delle Regioni sulle nuove procedure di controllo, monitoraggio e di elaborazione dei Piani, tra le condizioni che possono superare le tipiche resistenze rilevabili in processi di *change management*. Inoltre, se da un lato le stesse vanno in qualche modo a comprimerne apparentemente l'autonomia, dall'altro diventano fondamentali per poter assicurare l'economicità del complessivo sistema nel quale l'esigenza di sostenibilità sta diventando un obiettivo irrinunciabile in considerazione delle sempre più scarse risorse a disposizione e della accresciuta speranza di vita della popolazione. In sostanza, essi rappresentano anche una «metodologia» con la quale *manager* e professionisti possono acquisire consapevolezza intorno alle misure da adottare da un punto di vista organizzativo e gestionale, di portata strategica, nonché di apprendimento, di cultura verso la misurazione dei risultati e di comunicazione e condivisione dei vari elementi intrinseci del piano ai livelli inter/intra organizzativi, in un'ottica di sinergica interazione, di norma, non sempre facilmente ottenibile (Borgonovi, 2005) nei diversi contesti pubblici.

Pertanto, scopo del presente lavoro sarà quello di investigare la prospettiva implementativa dei Piani di rientro con particolare riguardo alla loro portata strategica nella gestione dei processi di *turnaround* in sanità, rappresentando, dopo una preliminare *review* sul tema, quale evidenza empirica, l'osservazione di un caso longitudinale di *exit* da uno stato di dissesto offerto dal caso «Abruzzo» ancora sottovalutato nella letteratura esisten-

te. La motivazione per tale studio si rafforza ulteriormente in quanto gli «strumenti» dei Piani di rientro, oltre a rendere possibile a livello centrale la realizzazione dei propri obiettivi per la costruzione di un Ssn equo ed efficiente, favoriscono a livello regionale l'acquisizione di una migliore consapevolezza dei problemi strutturali da affrontare, ponendo le basi per il superamento delle criticità riscontrate e il successivo riposizionamento dei Ssr, al fine di pervenire a un durevole sviluppo nell'ambito delle date condizioni aziendali e di contesto.

2. Piani di rientro e *turnaround* in sanità: una *review* sul tema

I governi delle economie occidentali sono sempre più impegnati in azioni di recupero delle performance delle proprie istituzioni pubbliche, necessità che le attuali congiunture economiche hanno reso ancora più impellente e che hanno suscitato l'interesse della ricerca circa l'elaborazione di modelli interpretativi a sostegno del *public service turnaround* (Walshe *et al.*, 2004; Paton e Mordaunt, 2004; Boyne, 2006). Il tema è altresì rilevante nel contesto pubblico italiano, affetto ormai da tempo da un cronica tensione tra la necessità di soddisfare bisogni sempre maggiori e, al contempo, contenere la spesa pubblica (Zangrandi, 2003).

La definizione di *turnaround* presa a riferimento in questo studio è quella proposta da Danovi e Gilardoni che, sebbene mutuata dal settore privato, ben coglie l'essenza dei processi di cambiamento radicale anche delle amministrazioni pubbliche: «il processo di *turnaround* si contraddistingue per la presenza, in varia misura, di due elementi fondamentali: un salto quantico rispetto al passato, cioè una frattura o una modificazione radicale della configurazione dell'impresa; un focus ampio degli interessi coinvolti, cioè una ridefinizione dei rapporti non solo tra i soggetti interni all'organizzazione, ma anche tra quest'ultima e il complesso dei soggetti esterni» (Danovi, Gilardoni, 2000).

La letteratura internazionale ha sottolineato alcune criticità nell'adozione per il settore pubblico di teorie mutate da altri contesti, a causa di alcune differenze sostanziali. In breve, tali aspetti si riferiscono alla minore probabilità di conseguenze estreme della crisi

sulla vita dell'azienda o sulle carriere individuali dei responsabili, alla difficoltà nel definire per le organizzazioni pubbliche concetti quali la *performance*, il declino e il fallimento, alla maggiore importanza di fattori quali i limiti di spesa e i carichi di lavoro eccessivi, al ruolo chiave degli attori esterni (Governo, agenzie, organi di controllo) piuttosto che interni nel processo di *turnaround*, alle caratteristiche intrinseche del settore che impattano sulla fase di implementazione delle strategie, all'ineluttabilità della ricerca del consenso e della negoziazione fra gli interessi degli *stakeholders*, e al maggiore peso delle dimensioni politiche, culturali e simboliche (Paton, Mordaunt, 2004; Walshe *et al.*, 2004).

Il processo di *turnaround*, inoltre, si articola secondo alcune fasi tipiche che richiedono azioni mirate da parte dell'azienda affetta da uno stato di declino delle *performance* (Boyne, 2006; Walshe *et al.*, 2004). Nella prima fase, quella del declino e della crisi, l'azienda prende consapevolezza del suo stato e si avvia, se non è riuscita a predisporre con prontezza azioni correttive che evitino il declino, verso stadi più gravi della crisi. A questa fase seguono quella successiva di ricerca e definizione delle strategie di *turnaround* e, infine, di implementazione delle strategie scelte, la quale può avere come esito finale il successo del risanamento, la permanenza in una situazione di declino o l'avvio verso la fase finale dell'esistenza dell'azienda.

Boyne (2006), in particolare, ha sottolineato come i tentativi di realizzare il risanamento dei servizi pubblici siano stati intrapresi senza una teoria globale e rigorose evidenze empiriche. Al fine di colmare il *gap* lo stesso autore ha proposto un *framework* derivato dalla letteratura sul settore privato. In particolare, egli ha raggruppato le strategie di *public service turnaround* in tre categorie fondamentali: strategie di *retrenchment*, di *repositioning* e di *reorganization*. Le diverse strategie di *turnaround* sono così caratterizzate nel settore privato: la prima strategia consiste nella riduzione dello scopo o dimensione di un'azienda, tipicamente nella riduzione delle risorse destinate ad aree strategiche non più produttive o profittevoli, se non nel definitivo abbandono dello specifico mercato; la seconda, attraverso la ridefinizione della missione e delle attività *core*,

si estrinseca nel tentare la via dello sviluppo (crescita e innovazione); l'ultima comprende qualsiasi cambiamento nella gestione interna dell'azienda e può sia supportare una strategia imprenditoriale (la seconda) o di efficienza (la prima), sia costituire un'iniziativa autonoma. Dall'analisi delle evidenze disponibili per il settore pubblico, sempre lo stesso studioso ha sottolineato come la strategia di *reorganization* sia stata la più adottata, anche se, in qualche misura, tutte e tre sono presenti e fattibili, seppure con una gamma più ristretta di substrategie possibili rispetto al privato. L'elaborazione di un piano che contempra un mix delle stesse, inoltre, potrebbe rendere più probabile il successo del risanamento.

Jas e Skelcher (2005) hanno invece suggerito come una teoria appropriata per il settore pubblico debba tener conto della ciclicità della *performance* delle amministrazioni e della ineluttabilità di un intervento esterno autoritario qualora le stesse non riescano ad avviare autonomamente un processo di *turnaround*. Normalmente tale ultima circostanza si verifica a causa di difficoltà interne nel riconoscere la povertà della *performance* e della mancanza di capacità di *leadership* adeguate.

Queste considerazioni richiamano implicitamente l'importanza della fase della formulazione delle strategie e dell'*output* tipico di tale fase, il Piano di risanamento, che formalizza l'insieme delle strategie prescelte al fine di fronteggiare la crisi (Bastia, 1996).

A tal proposito, e con specifico riferimento al settore sanitario, di rilievo è la letteratura sui Piano di rientro (Loretucci, Nante, Giussani, Simonetti, Messina, Palumbo, 2008; Jorio, 2009; Ferrè, Cuccurullo, Lega, 2012), strumenti che, elaborati in occasione degli accordi tra Regione, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze per il riequilibrio del profilo erogativo dei Lea, il risanamento della posizione debitoria (disavanzi correnti e debiti pregressi) e il rafforzamento dei sistemi informativi contabili, sono interpretabili, da un punto di vista aziendalistico, come veri e propri piani di risanamento per il *turnaround* in sanità. La dottrina, in particolare, distingue la configurazione dei Pdr come semplici *recovery plan*, finalizzati a mere riduzioni di spesa senza un reale respiro strategico delle soluzioni indi-

viduate, dalla formulazione di veri e propri *turnaround plan*, orientati, al contrario, al raggiungimento di tutti gli obiettivi che la normativa sugli accordi prevede (Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010; Cuccurullo, 2012). Originale è anche l'interpretazione del piano come *master plan* (Cuccurullo, 2012), quale documento principale di raccordo degli strumenti strategici adottati per il riorientamento del Ssr.

In sintesi, il tema degli interventi di *turnaround* attraverso l'adozione dei Pdr è stato approfondito nella letteratura analizzata da un punto di vista strutturale (il contenuto tipico di un Pdr), sostanziale (le caratteristiche intrinseche di un efficace Pdr) e di supporto all'implementazione (quali sono le modalità più idonee all'attuazione dei Piani).

La valutazione del contenuto dei programmi ha sottolineato una evidente omogeneità strutturale tra i Pdr delle diverse Regioni su cui si è concentrata l'analisi, ma un diverso livello di approfondimento dei contenuti e di dettaglio degli obiettivi con conseguenti difficoltà di comparazione dei diversi Piani (Fiorani, Meneguzzo, 2007; Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010). Vi è anche chi ha sottolineato l'isomorfismo dei contenuti, essendo state la riduzione del numero di aziende del sistema sanitario e il ridimensionamento dell'offerta le azioni a cui si è più ricorso per il risanamento (Cuccurullo, 2012). Ovviamente i Pdr non possono non essere stati caratterizzati da un certo grado di somiglianza, dati gli obblighi imposti dalla normativa nazionale su buona parte dei programmi che ne hanno determinato il contenuto (Tediosi, Paradiso, 2008).

In merito agli aspetti sostanziali e di implementazione, la dottrina ha evidenziato i seguenti fattori critici, che consentirebbero un maggior respiro strategico dei Pdr e ne aumentano le probabilità di successo (Fiorani, 2007; Fiorani e Meneguzzo, 2008; Carinci *et al.*, 2008; Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010; Ferrè, Cuccurullo, Lega, 2012):

- identificare correttamente l'ammontare del *deficit* consolidato;
- riqualificare il *management* e il personale, proponendo azioni che vadano oltre una mera riduzione degli incarichi e il blocco del *turnover*;

- predisporre una base informativa attendibile, accessibile con tempestività, rilevante e completa;

- coinvolgere opportunamente, rispetto a ruoli e scopi, tutti gli *stakeholder*;

- correlare i Pdr con gli ordinari strumenti della programmazione aziendale;

- supportare gli interventi progettati nel Pdr da evidenze che ne sottolineino la fondatezza;

- evitare condizioni di ambiguità circa le responsabilità degli attori coinvolti;

- introdurre sistemi premianti e punitivi per la promozione di pratiche innovative;

- fornire una puntuale pianificazione e tempificazione degli interventi;

- assegnare le dovute risorse generali, per sostenere fattivamente i progetti di innovazione, i processi di miglioramento delle competenze gestionali del sistema e la riqualificazione della rete di offerta dei servizi;

- far precedere la formulazione del Pdr da analisi strategiche dettagliate e contestualizzate a livello regionale e locale, prevedendo e rappresentando, al contempo, percorsi di azione correlati a scenari alternativi;

- adottare, per il giudizio sugli esiti del percorso di rientro, criteri multidimensionali.

Rispetto ai percorsi di implementazione degli interventi programmati, la letteratura, inoltre, nel sottolineare il profondo *gap* tra contenuti e processo realizzativo, per il quale prevale ancora una logica burocratico-normativa (Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010), ha evidenziato i seguenti aspetti: l'importanza di assistere il processo non solo con idonei progetti di ristrutturazione del debito ma anche con leggi e regolamenti regionali di ottimo spessore e qualità (Jorio, 2009); la necessità di evitare, per il futuro, la scarsa sistematicità e l'ambiguità dei primi interventi (Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010); la possibilità di utilizzare strumenti quali l'analisi dinamica sistemica per valutare, sia a livello macro (Ssr), sia micro (relazioni tra Regione e aziende e scelte delle singole aziende), gli effetti delle scelte operate dagli attori del sistema (Fiorani, Meneguzzo, 2008); la necessità di tenere in debita considerazione l'eventuale peggioramento del «clima interno» nelle aziende coinvolte, se non si governano adeguatamente alcune variabili socio-organizzative

(Attena *et al.*, 2012); l'eccessiva rigidità nei processi di attuazione, che implica il rispetto di obiettivi e tempi definiti preventivamente, senza la possibilità di revisione degli stessi, anche qualora emergessero evidenti necessità di aggiustamenti (Tediosi, Paradiso, 2008).

Con riferimento ai casi di studio analizzati, infine, la letteratura si è prevalentemente concentrata su Lazio, Campania e Sicilia, sia come valutazione comparativa di più Pdr (Fiorani, Meneguzzo, 2008; Tediosi, Paradiso, 2008; Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010; Ferrè, Cuccurullo, Lega, 2012), sia come approfondimento del singolo caso (Jorio, 2009; Attena *et al.*, 2012), scelta motivava dal fatto che complessivamente queste Regioni nel 2009 rappresentavano da sole oltre il 70% del *deficit* sanitario e, allo stesso tempo, erano caratterizzate da vicende rappresentative delle dinamiche che hanno determinato le attuali condizioni finanziarie della sanità italiana (Tediosi, Paradiso, 2008).

Dall'analisi della letteratura sui Pdr, combinata con quella del *turnaround*, emerge quindi come la stessa si sia focalizzata sulle similarità e differenze tra il processo di risanamento nel settore pubblico e quello privato, sulla tipologia di strategie che possono essere formulate per supportare lo stesso, e sulle modalità attraverso le quali caratterizzare da un punto di vista strategico i Pdr. La letteratura esistente, in sintesi, è concentrata sulla fase precedente di formulazione dei Piani e non su quella successiva di implementazione, e ha sinora trascurato i ben pochi casi di successo presenti in Italia.

A tal fine, nell'ambito delle regioni sottoposte a Pdr, è stato scelto il caso dell'Abruzzo, sia perché scarsamente indagato, sia perché lo stesso ha superato le maggiori criticità relative alle condizioni di dissesto e ha posto le basi per lo sviluppo futuro del proprio sistema sanitario.

Gli studi precedenti che hanno analizzato la regione Abruzzo hanno illustrato innanzitutto la configurazione a livello progettuale di strumenti adeguati e basati sull'evidenza per l'ottenimento dei livelli essenziali di informazione per l'efficacia del Pdr (Carinci *et al.*, 2008). Fiorani e Meneguzzo (2008)

hanno sottolineato, invece, come sul piano strutturale il Pdr si è caratterizzato, da un lato, per l'evidente omogeneità della configurazione del documento se comparato agli altri Pdr, dall'altro, per un'analisi SWOT più operativa e puntuale perché dettagliata per ogni obiettivo specifico. Da un punto di vista sostanziale i punti di forza del Pdr sono stati, sempre a giudizio degli autori, la possibilità di valutarne gli esiti attraverso criteri di valutazione multidimensionali (del tipo BSC), attraverso mappe strategiche dettagliate per singola azienda.

Rispetto all'implementazione degli obiettivi del Piano, inoltre, la regione Abruzzo si è distinta, sempre nelle fasi iniziali, per aver introdotto due organi di monitoraggio per la valutazione *in itinere* del *turnaround*, ossia una cabina di regia, composta dagli organi apicali a livello «tecnico», sia regionale che aziendale, con compiti di comunicazione/ segnalazione su base mensile, e un tavolo di monitoraggio regionale entrambi referenti rispetto alla stessa.

Questi studi, comunque, si riferiscono tutti alle prime fasi del *turnaround* della regione Abruzzo e nessuno ne approfondisce la fase implementativa. A tal fine, attraverso un'analisi documentale delle fonti primarie, è stato ricostruito il complesso di azioni implementate per il superamento dello stato di crisi, al fine di valutare gli effetti delle strategie formulate e delle azioni intraprese dai principali attori del Pdr. Il *framework* teorico assunto a riferimento per l'analisi del caso è stato il modello delle 3Rs (*Retrenchment, Repositioning, Reorganization*) proposto da Boyne (Boyne, 2006).

I successivi paragrafi illustreranno le principali manovre decise e attuate dalla Regione e delinearanno le maggiori implicazioni concettuali e manageriali derivanti dall'analisi condotta.

L'intento è quindi quello di colmare il *gap* in letteratura sul contributo della portata strategica e realizzativa dei Piani di rientro ai fini del successo del *turnaround* rispetto alla primigenia fase di formulazione, attraverso la presentazione del caso della regione Abruzzo sinora inesplorato nella parte attuativa, e che a nostro sommo parere ben rappresenta tali evidenze.

3. Il ruolo dei Piani di rientro dei processi di *turnaround*: il caso della Regione Abruzzo

3.1. Introduzione

Obiettivo di questo § è quello di investigare il complessivo processo con il quale la Regione Abruzzo, grazie all'elaborazione di un Piano di rientro di portata strategica, ha invertito il circolo «vizioso» dell'indebitamento e ha progressivamente ridotto, fino all'azzeramento, le perdite sofferte dal proprio Sistema sanitario regionale, nonostante una situazione iniziale di forte squilibrio. La Regione Abruzzo, infatti, era affetta da una condizione molto deficitaria a seguito di rilevanti risultati economici negativi (per esempio, nell'anno 2006, ultimo esercizio prima dell'accordo per il Piano di rientro, si rilevava una perdita pari a circa 400 milioni di Euro), un alto livello di indebitamento e tasso di inappropriatazza dei ricoveri (che vedeva la stessa prima in Italia secondo l'analisi dati condotta dalla Age.Na.S),¹ ma grazie a un elaborato e fattivo Piano di rientro, di respiro strategico e che ha trovato il coinvolgimento e la comprensione dei diversi attori è riuscita a porre le condizioni per il superamento del proprio stato di dissesto.

Di seguito sono analizzati i principali aspetti di tale importante passaggio virtuoso condotto dalla Regione utilizzando quali fonti primarie gli elaborati programmi operativi, i verbali e le deliberazioni delle singole riunioni all'interno della medesima e dei Tavoli di monitoraggio che si sono succeduti nel percorso di attuazione del Piano di rientro.

La «procedura» del Piano di rientro prevede la sua articolazione in specifici Programmi operativi (Po) che devono essere approvati dai Ministeri competenti e successivamente verificati in termini di attuazione e di altri elementi. Tali programmi devono contenere le azioni (manovre) che le Regioni intendono adottare per realizzare i propri obiettivi di «risanamento» e che interessano, in particolare, in termini di primo e diretto impatto le seguenti macro-voci:

- personale;
- farmaceutica convenzionata;
- assistenza ospedaliera convenzionata;
- altra assistenza convenzionata esterna;

- prodotti farmaceutici;
- beni e servizi.

La Regione Abruzzo, in tal senso, ha predisposto il primo Programma operativo di riorganizzazione e riqualificazione del Ssr (*ex art.* 180 L. 311/2004), a valere per il triennio 2007-2009, a cui ha fatto seguito, in data 6 Marzo 2007, la stipula dell'accordo sancito dall'Intesa Stato-Regioni del 2005. Il percorso, inizialmente, è stato molto lento e tortuoso, molto probabilmente legato a una debole consapevolezza dei vari attori sulle cause strutturali del dissesto e alla tipologia di azioni contenute nel Piano non collegate a un orientamento strategico di fondo (Coda, 1988) e alla mancanza di un relativo processo di apprendimento intorno alle stesse. Difatti, già nel corso del primo trimestre del 2008, il Tavolo di monitoraggio aveva riscontrato delle criticità sulle azioni del 2007, culminate in diverse diffide – mosse fra il Governo Prodi e il Governo Berlusconi – dalle quali, una volta accertato definitivamente il mancato raggiungimento degli obiettivi, e permanendo tale situazione, è scaturita la nomina di un commissario *ad acta* per l'intero periodo di vigenza del Piano. Ai sensi del successivo patto della salute 2010-2012 del 3 Dicembre 2009, tale incarico è stato poi ricoperto dall'attuale Presidente della Regione Abruzzo Dott. Gianni Chiodi (in carica dal 3 Gennaio 2009). In data 15 Luglio 2010 fu, quindi, inviato per l'approvazione il successivo programma operativo per l'anno 2010, con il quale si intendeva dare prosecuzione al precedente Piano di rientro e da qui quelli successivi per il 2011 e 2012.

Nel Programma operativo 2010, le principali azioni sono state dirette alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, alla ristrutturazione e riprogettazione della complessiva rete di assistenza ospedaliera e alla corretta gestione delle risorse umane a livello regionale in termini di coerenza di attività e fabbisogno di personale e di competenze.

Nell'esercizio 2011 le manovre previste (**tabella 1**) nel Programmatico,² pari a 40 milioni circa, sono state rispettate parzialmente a consuntivo; la Regione, infatti, non è riuscita a «centrare» i seguenti obiettivi: «prestazioni da privato», «altre componenti

PROGRAMMA OPERATIVO 2011-2012					
CONTO ECONOMICO	TENDENZIALE 2011	MANOVRE 2011 A PREVENTIVO	PROGRAMMATICO 2011	CONSUNTIVO 2011	MANOVRE 2011 A CONSUNTIVO
Contributi F. S.R.	2.327.172	0	2.327.172	2.336.177	9.005
Saldo Mobilità	-77.062	0	-77.062	-71.627	5.435
Entrate Proprie	77.733	2.276	80.009	98.118	20.385
Totale Ricavi Netti	2.327.843	2.276	2.330.119	2.362.668	34.825
<i>Personale</i>	788.405	-15.735	772.670	772.380	-16.025
<i>Irap</i>	56.309	-1.124	55.185	55.118	-1.191
Personale+Irap	844.714	-16.859	827.855	827.498	-17.216
Prodotti Farmaceutici	171.534	0	171.534	171.875	341
Altri Beni e Servizi	421.408	0	421.408	436.760	15.352
Totale Costi Interni	1.437.656	-16.859	1.420.798	1.436.133	-1.523
Medicina di Base	155.721	0	155.721	153.060	-2.661
Farmaceutica Convenzionata	265.663	-5.400	260.236	248.343	-17.320
Prestazioni Da Privato	346.256	-13.349	370.259	369.327	23.071
Prestazioni da Pubblico	1.371	0	1.371	1.368	-3
Saldo Intramoenia	-298	0	-298	-1.339	-1.041
Totale costi Esterni	806.065	-18.749	787.316	770.759	-35.306
Totale Costi 1° livello (interni+esterni)	2.243.721	-33.466	2.208.114	2.206.892	-36.829
Margine Operativo	84.122	35.742	122.005	155.776	71.654
Altre componenti di spesa	51.916	-5.527	46.390	53.896	1.980
Accantonamenti	78.723	0	78.723	60.064	-18.659
Interessi e Altro	5.472	0	5.472	5.865	393
Ammortamenti e Sterilizzazioni	17.999	0	17.999	11.824	-6.175
Oneri straordinari	0	0	0	-23.772	-23.772
Totale Costi 2° livello	154.111	-4.745	148.584	107.877	-46.234
Totale Costi	2.397.832	-38.210	2.356.698	2.314.769	-83.063
Risultato Economico	-69.988	40.486	-26.579	47.899	117.887

Tabella 1

Programma operativo (Po)
2011-2012: manovre
2011 a preventivo *versus*
consuntivo

Fonte: nostra elaborazione
su dati modello Ce (Conto
economico) Nsis e Po
2011-2012

di spesa» e «personale», sebbene per un leggero scostamento.

Per l'anno 2012 (tabella 2) sono state previste manovre per 75 milioni che concernono nel dettaglio: il personale (incluso l'Irap) per 24 milioni, la farmaceutica convenzionata per 13 milioni, 26 milioni per le prestazioni da privato e 6 milioni per le altre componenti di spesa. Il Programmatico 2012 prevedeva un risultato economico in pareggio e, a tal riguardo, già dai risultati rilevati per il IV trimestre 2012, è plausibile prevedere un risultato economico positivo a livello regionale di 5 milioni di euro prima delle coperture, confermando il raggiungimento dell'obiettivo a consuntivo (il dato definitivo non risulta ancora disponibile, al momento in cui si scrive).

Nel prosieguo sono analiticamente esaminate le differenti manovre attuate dalla Regione Abruzzo nel Piano di rientro.

3.2. Le manovre del piano di rientro: il personale

Con le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 98, della legge n. 311/2004 e dell'articolo 1, comma 198, della legge n. 266/2005 sono state dettate disposizioni in materia di razionalizzazione della spesa del personale per gli Enti del Servizio sanitario nazionale.

Al fine di garantire gli obiettivi di spesa sopra specificati e tenuto conto delle previsioni di spesa del personale per l'anno 2007 formulate dalle Asl territoriali, è stato necessario procedere al blocco delle assunzioni per il personale a tempo indeterminato per l'anno 2007 e a una contestuale riduzione della spesa per il personale a tempo determinato e/o per il restante personale, in misura tale da garantire il rispetto dei tetti massimi di spesa fissati per il medesimo anno per ciascuna azienda. Per il triennio 2007-2009, il Programmatico (tabella 3) prevedeva una

Tabella 2

Programma operativo (Po)
2011-2012: manovre
2012

Fonte: nostra elaborazione
su dati modello Ce (Conto
economico) Nsis e Po
2011-2012

PROGRAMMA OPERATIVO 2011-2012			
Conto Economico	Tendenziale 2012	Manovre 2012	Programmatico 2012
Contributi F.S.R.	2.376.390		2.376.390
Saldo Mobilità	-91.323		-91.323
Entrate Proprie	78.530	5.689	84.220
Totale Ricavi Netti	2.363.598	5.689	2.369.288
Personale + IRAP	844.714	-23.924	820.790
Prodotti Farmaceutici	183.636		183.636
Altri Beni e Servizi	432.703		432.703
Totale Costi Interni	1.461.052	-23.924	1.437.128
Medicina di Base	155.721		155.721
Farmaceutica Convenzionata	265.500	-13.400	252.100
Prestazioni Da Privato	392.340	-26.025	366.315
Prestazioni Da Pubblico	1.371		1.371
Saldo Intramoenia	-298		-298
Totale costi Esterni	814.634	-39.425	775.209
Totale Costi 1° livello (interni+esterni)	2.275.686	-63.349	2.212.338
Margine Operativo	87.912	69.038	156.950
Altre componenti di spesa	53.874	-6.081	47.793
Accantonamenti	86.571		86.571
Interessi e Altro	5.446		5.446
Ammortamenti e Sterilizzazioni	17.999		17.999
Oneri straordinari	0		0
Totale Costi 2° livello	163.891	-6.081	157.810
Totale Costi	2.439.577	-69.430	2.370.147
Risultato Economico	-75.979	75.119	-860

Tabella 3

Costo del personale
programmatico *versus*
consuntivo 2007-2009
(in migliaia di €)

Fonte: nostra elaborazione
su dati Piano di rientro
2007-2009 e Conto economico
(Ce) Nsis

CONFRONTO PROGRAMMATICO PDR/CONSUNTIVO CE NSIS				
CE NSIS	ANNI	2007	2008	2009
Personale del ruolo sanitario	PROGRAMMATICO	613.071	609.801	605.714
	CONSUNTIVO	608.379	636.290	633.826
Personale del ruolo professionale	PROGRAMMATICO	1.742	1.733	1.721
	CONSUNTIVO	1.678	2.029	1.761
Personale del ruolo tecnico	PROGRAMMATICO	77.547	77.133	76.616
	CONSUNTIVO	76.375	80.063	78.522
Personale del ruolo amministrativo	PROGRAMMATICO	57.640	57.333	56.949
	CONSUNTIVO	55.851	57.088	56.368

riduzione dei costi legati all'organico del 1,2%. A seguito, però, dei rinnovi contrattuali da operare sul Comparto (personale non dirigente) e Dirigenza conclusi nell'anno 2008 «[...] il costo del personale ha registrato un incremento del 3%, superando il valore previsto nel Programmatico di quasi cinque punti percentuali» (Ministero della Salute, Siveas, 2011).

In relazione a quanto previsto dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009 (legge finanziaria per il 2010), ove si prevedeva che «gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%» specificandosi ulteriormente che «a tal fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni» e che «ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004», le Asl territoriali per le spese di personale non potevano comunque superare i tetti di spesa risultanti dalla **tabella 4**.

Negli ultimi anni la Regione Abruzzo ha dedicato particolare attenzione al livello del-

la spesa del personale, al punto che, in base al consuntivo anno 2011, la spesa complessiva per il personale registrata al 31 Dicembre 2011 risultava pari a 670 milioni di euro, e dunque inferiore di 36 milioni rispetto al limite di spesa previsto dalla legge 191/2009 (spesa anno 2004 - 1,4%).

Detta azione di contenimento e i rilevanti risultati conseguiti per effetto della stessa hanno consentito di poter prevedere, nel Programma operativo 2011-2012, la possibilità di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato nell'ambito dei seguenti limiti:

- blocco del *turnover* per il personale infermieristico pari al 60% per l'anno 2011 e al 50% per l'anno 2012, operando in via prioritaria alla ricollocazione del personale in servizio tra i diversi presidi ospedalieri; le relative assunzioni previste per il personale infermieristico sono state soggette a null osta da parte del Commissario *ad acta*;

- blocco del *turnover* per il personale dirigente del ruolo sanitario pari al 10%, operando in via prioritaria alla ricollocazione del personale in servizio tra i diversi presidi ospedalieri. Inoltre, anche in tal caso, le relative assunzioni previste per il personale medico sono state soggette a null-osta da parte del Commissario *ad acta*, che ne ha valutato la coerenza e l'opportunità, rispetto sia alla ristrutturazione in atto della rete ospedaliera e, più in generale, al riordino complessivo del sistema sanitario regionale (ivi compresa la razionalizzazione delle unità operative complesse), sia all'andamento dei costi del personale aziendale rilevati in corso d'anno;

- blocco del *turnover* per il personale dirigente dell'area amministrativa, tecnica e professionale pari al 10%;

- blocco del *turnover* per le altre tipologie di personale pari al 60% per l'anno 2011 e al 50% per l'anno 2012.

ASL	Spesa 2004	1,4% spesa 2004	Tetto di spesa 2010
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	181,70	2,54	179,16
Chieti-Lanciano-Vasto	225,30	3,15	222,15
Pescara	157,00	2,20	154,80
Teramo	152,10	2,13	149,97
Totale regionale	716,10	10,02	706,08

Tabella 4

Tetti di spesa personale
(dati in milioni di €)
ai sensi della Legge
191/2009 (Finanziaria
2010)

Fonte: nostra elaborazione
su dati desunti dal Programma
operativo 2010

Tabella 5

Manovra del Programma operativo 2011: personale
 Fonte: nostra elaborazione su dati desunti dal Programma operativo 2011

DECRETO 78/2010	MANOVRA PERSONALE PO 2011
30/09/2011: 700 unità oggetto di trasformazione - sostituzione in rapporto a tempo indeterminato	Effetti economici dell'applicazione dei blocchi del turnover negli anni 2010/2011: € 13.200 Risparmio su lavoro flessibile (4%): € 2.500 Risparmio conseguente di IRAP: € 1.100
Impegno delle ASL a risparmiare il 4% della spesa dell'anno 2010 per il personale a tempo determinato	Totale manovra € 16.800

Inoltre, ciascuna azienda, al fine di dare attuazione a quanto previsto dell'art. 9, comma 28, del D.L. n.78/2010 (convertito in legge n.122/2010) e dell'art. 6 del D.L. n. 34/2011 (convertito in legge n. 75/2011),³ era tenuta a risparmiare il 4% della spesa 2010 sostenuta per personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o relativa a contratti di formazione lavoro, ad altri rapporti formativi, alla somministrazione di lavoro nonché al lavoro accessorio. In **tabella 5** viene rappresentato un quadro riassuntivo delle manovre 2011 riguardanti il personale.

Tale misura di contenimento, pari complessivamente a livello regionale a 2,5 milioni di euro, doveva realizzarsi attraverso una riduzione effettiva della spesa in questione, non compensata cioè da un aumento della spesa a tempo indeterminato per effetto delle possibilità di assunzioni previste al punto precedente. Tale risparmio doveva essere mantenuto anche per il 2012. Sulla base dei dati relativi al consuntivo 2011, l'obiettivo programmatico stabilito con riferimento all'annualità 2011 per la spesa di personale è stato raggiunto, così come parimenti è stato conseguito, a livello regionale, l'ulteriore obiettivo inerente il 4% di risparmio effettivo sulla spesa per rapporti di lavoro flessibili rispetto a quella sostenuta nell'anno 2010.

Tabella 6

Unità di personale per ruolo: anni 2006-2011
 Fonte: nostra elaborazione su dati della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo

Ruoli Personale ASL Regione Abruzzo	2006	2008	2010	2011
Sanitario	11.023	10.782	10.250	10.517
Tecnico	2.716	2.490	2.325	2.353
Amministrativo	1.756	1.646	1.475	1.434
Professionale	18	16	12	13
Totale	15.513	14.934	14.062	14.317

Come si evince dalla **tabella 6**, le unità complessive di personale nei vari ruoli, a eccezione di quello amministrativo, sono tornate a crescere nell'anno 2011, grazie allo sblocco del *turnover* nel 2010, a seguito del raggiunto pareggio di bilancio da parte della regione. A tal riguardo, l'Abruzzo, secondo le risultanze del Tavolo di monitoraggio, è una delle poche Regioni in Piano di rientro ad aver avuto una percentuale di sblocco più elevata in rapporto alle altre Regioni sotto piano di rientro. In particolare (**tabella 7**):

- nel 2011 il 90% per i dirigenti (in un rapporto di 9 assunzioni ogni 10 cessazioni) e il 40% per il comparto (in un rapporto di 4 assunzioni ogni 10 cessazioni);
- nel 2012 sempre il 90% per i dirigenti ma il 50% per il comparto (in un rapporto di 5 assunzioni ogni 10 cessazioni).

3.3. Le manovre del Piano di rientro: la spesa farmaceutica

Secondo quanto riportato dalla Corte dei Conti nell'adunanza del 25 luglio 2012 «una delle componenti più significative della spesa sanitaria è la farmaceutica, che ha manifestato dinamiche contrastanti: una crescita significativa della componente ospedaliera, a fronte di un rilevante contenimento della spesa convenzionata, attestatasi nel 2011 a un livello inferiore a quello del 2010, anche grazie a ripetuti interventi legislativi, diretti a favorire l'appropriatezza nell'uso dei farmaci».

Un'altra area di intervento prioritaria contemplata dapprima nel Piano di rientro e poi nei Programmi operativi è stata, di conseguenza, la spesa farmaceutica per il rilevante impatto che ha sui costi complessivi di ciascun Ssr, e che ha richiesto interventi *ad hoc*

PAREGGIO DI BILANCIO (LUGLIO 2011): SBLOCCO DEL TURNOVER	
2011	2012
90% Dirigenti (ogni 10 unità in uscita 9 unità in entrata)	90% Dirigenti (ogni 10 unità in uscita 9 unità in entrata)
40% Comparto (ogni 10 unità in uscita 4 unità in entrata)	50% Comparto (ogni 10 unità in uscita 5 unità in entrata)

Tabella 7

Pareggio di bilancio
e sblocco del turnover
del personale

Fonte: nostra elaborazione
su dati della Direzione Politiche
della Salute della Regione
Abruzzo

anche a causa dello specifico quadro normativo della disciplina.

In considerazione dell'elevata spesa farmaceutica *pro-capite* che caratterizzava la Regione Abruzzo, in larga misura determinata anche dall'inappropriatezza prescrittiva da parte dei medici di medicina generale (Mmg), nel corso del 2011, dando prosecuzione alle iniziative avviate con il Programma operativo 2010, sono state adottate misure volte al contenimento della spesa e al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

In particolare, si segnalano i seguenti interventi realizzati:

- adozione di disposizioni in ordine alla gara regionale in Unione d'acquisto per la fornitura di farmaci (di cui al decreto commissariale n. 6/2011 del 14 marzo 2011);

- definizione di indirizzi per le aziende sanitarie in ordine al recupero degli extrasconti stabiliti dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) attraverso gli accordi negoziali con le aziende farmaceutiche (di cui al decreto commissariale n. 7/2011 del 14 marzo 2011).

Inoltre, con successivo decreto commissariale n. 17/2011 del 22 aprile 2011, recante integrazioni al n. 14/2009 del 12 marzo 2009, il Commissario *ad acta* ha modificato la quota di compartecipazione introdotta con la precedente deliberazione commissariale n. 14/2009 del 12 marzo 2009, prevedendo per i farmaci a brevetto scaduto inseriti nella cosiddetta lista di trasparenza Aifa,⁴ di cui alla Legge 405/2001 e successive modificazioni, e il cui prezzo non fosse stato allineato a quello di riferimento, una riduzione (0,5 euro/pezzo) della quota fissa di compartecipazione (a cui si aggiunge, comunque, la differenza sul prezzo di riferimento come ridefinito dall'Aifa). Tale disposizione è stata

di fatto adottata per consentire ai medici di perseguire l'obiettivo di incrementare le prescrizioni di farmaci equivalenti, in linea con quanto disposto nel Programma operativo vigente.

Altri interventi diretti alla razionalizzazione della spesa farmaceutica sono stati effettuati attraverso un accordo con i Mmg volto:

- all'individuazione dei medici «alto spendenti»;
- all'incentivazione alla prescrizione del farmaco generico;
- al premio con incentivo ai medici che hanno tenuto un comportamento prescrittivo virtuoso.

Tali interventi, volti alla correzione dei comportamenti fuori norma, si sono tradotti in una maggiore appropriatezza prescrittiva per il governo della spesa farmaceutica. A riguardo, i dati dell'Age.na.s.⁵ confermano la bontà di tali azioni: la spesa *pro-capite* (al netto delle trattenute alle farmacie e del ticket a carico dei pazienti) relativa alla farmaceutica territoriale convenzionata, infatti, è scesa dai 200,59 euro del 2008 ai 185,61 del 2011, mentre quella *pro-capite* lorda è stata pari, rispettivamente, nel 2008 e nel 2009, a euro 220,48 ed euro 221,92, con un miglioramento rispetto al *trend* passato.

Ad oggi la spesa farmaceutica complessiva risulta in diminuzione rispetto al consuntivo 2010 di 1,4 milioni di euro. Tale risultato è stato determinato da una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata di 16,2 milioni di euro e da una minore entrata da *pay-back*⁶ di 2,9 milioni di euro, mentre si è avuto, corrispondentemente, un incremento della spesa farmaceutica ospedaliera.

Sulla base delle risultanze dei descritti interventi, gli obiettivi fissati nel Programma operativo 2011-2012 possono ritenersi rag-

giunti, atteso che la spesa farmaceutica ospedaliera sostenuta nel 2011 risulta superiore rispetto al programmatico 2011 di soli 341 mila euro, mentre si è registrata nel 2011 una riduzione di quasi 12 milioni di euro rispetto al programmatico 2011 con riferimento a quella convenzionata territoriale.

In **tabella 8** si presenta un quadro riassuntivo dei tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale e il collocamento della regione Abruzzo in tal senso.

A tal riguardo, un consistente risparmio in Abruzzo è stato reso possibile grazie alla gara sui farmaci in Unione d'acquisto che è stata indetta dalla Asl di Lanciano-Vasto-Chieti, in qualità di Asl capofila, condotta in via telematica ai sensi del DPR n. 101 del 4 Aprile 2002 con il supporto organizzativo e tecnologico di Consip⁷ e le competenze del Servizio assistenza farmaceutica e trasfusionale della Direzione Politiche della Salute. Il criterio di aggiudicazione previsto è stato quello del prezzo più basso. Il risparmio è stato del 22,6%, ovvero di più di 20 milioni all'anno per tre anni. Un ulteriore risparmio del 12%, seppur in forma ridotta, è stato realizzato attraverso una gara per la fornitura dei vaccini (742 mila euro ogni anno per tre anni).

Le due gare descritte hanno permesso all'Abruzzo di risparmiare quasi 64 milioni di euro.

Giova rilevare, inoltre, che il tetto per la spesa farmaceutica territoriale è stato ridotto al 13,1% del Fondo sanitario nazionale per il 2012 e all'11,5% a decorrere dal 2013, mentre il tetto della farmaceutica ospedaliera è stato elevato dal 2,4 al 3,2%.

Il dato raggiunto è sicuramente degno di rilievo in quanto in passato la regione Abruzzo aveva «sforato» ripetutamente il tetto complessivamente stabilito (convenzionata territoriale e ospedaliera) le cui cause «[...] sono molteplici e derivano da carenze strutturali (eterogeneità dei dati di consumo farmaceutico ospedaliero a livello delle singole Asl;

eterogeneità del processo di selezione dei farmaci acquistati dalle stesse) e da carenze di tipo culturale (assenza di dati sul corretto utilizzo di farmaci a livello ospedaliero, soprattutto di quelli di ultima generazione e di alto costo; scarso utilizzo e condivisione di linee guida/percorsi terapeutici fondate sulla logica della medicina basata sulle prove di efficacia; scarso livello di prescrizione di farmaci generici; utilizzo diffuso e sistematico, pur in presenza di valide alternative terapeutiche, di farmaci off-label)».⁸

Nell'arco degli anni mentre la spesa per la convenzionata si è andata riducendo (nel 2011 si è ridotta del 12% rispetto al 2006), al contrario i prodotti farmaceutici continuano a lievitare aumentando nello stesso periodo del 44%.

3.4. Le manovre del piano di rientro: le prestazioni da privato, controlli di appropriatezza e altri interventi di riqualificazione del Ssr

In primo luogo, il contenimento dei costi è iniziato a fine esercizio 2003 e si è arrestato per via di procedure imposte dalla Regione alle Asl come attestato anche dalla Corte dei Conti con delibera n. 52 del 2006: «nel 2003 il processo di cartolarizzazione ha vanificato i risparmi prodotti dalle aziende; e tale trend negativo è proseguito nel 2004, ma soprattutto nel 2005, anno nel quale per effetto di politiche regionali non propriamente in linea con obiettivi di riduzione o quantomeno di contenimento dei costi (riduzione a fine esercizio del budget di Fsr assegnato a inizio esercizio; ampliamento dei soggetti privati erogatori, in regime di accreditamento provvisorio, di prestazioni riabilitative ambulatoriali; aumento dei budget di spesa per prestazioni alternative al ricovero ospedaliero, in un sistema che ancora non riesce ad adottare misure strutturali di riforma della rete ospedaliera e non dispone di risorse adeguate per gli stessi livelli minimi di assistenza), i costi aziendali hanno subito un notevole rialzo».

Sia nel Piano di rientro che nei Programmi operativi, sono stati adottati provvedimenti riguardanti la negoziazione con le strutture private provvisoriamente accreditate per l'erogazione delle seguenti tipologie di prestazioni:

Tabella 8

Percentuale prevista dalla normativa nazionale *versus* dato Regione Abruzzo

Fonte: nostra elaborazione su dati Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo

	% prevista dalla normativa	% Regione Abruzzo 2010	% Regione Abruzzo 2011
Farmaceutica territoriale	13,3%	14,18%	13,87%
Farmaceutica ospedaliera	2,4%	4,60%	4,57%

- assistenza ospedaliera;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza termale;
- assistenza riabilitativa ex art. 26 L. 833/1978;
- assistenza in Residenze assistenziali (Ra, ex Centri residenziali);
- assistenza in Residenze sanitarie assistenziali (Rsa);
- prestazioni sanitarie psicosociali.

Le azioni sono state dirette a determinare i tetti di spesa e *budget* per i soggetti erogatori privati volte a garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e a evitare l'insorgere di contenziosi.

Nell'anno 2004 la Regione con delibera di Giunta ha fissato i tetti di spesa solo per le prestazioni ospedaliere e riabilitative ex art. 26; per tutte le altre, in particolar modo la specialistica ambulatoriale e le «branche a visita», si doveva far riferimento al budget negoziato, o in sua assenza, alle prestazioni prodotte e non contestate dai competenti uffici della Asl di riferimento. I tetti fino all'anno 2007 venivano fissati solo per le prestazioni relative ai residenti, nel mentre, per i pazienti fuori Regione, non vi erano limiti di spesa. Dall'anno 2008 nel determinare i *budget* delle cliniche private per l'ospedaliere sono stati fissati anche quelli relativi ai residenti extra regione.

A partire dal 2010 tutti gli erogatori privati hanno sottoscritto i suddetti contratti aderendo, pertanto, a un sistema di regole, come riflesso anche di specifici valori condivisi. Grazie al pareggio di bilancio raggiunto nel 2010, confermato anche dai dati relativi al 2011, la Regione ha potuto mantenere inalterati i tetti di spesa 2010 rendendo possibile la statuizione e sottoscrizione di tetti biennali.

Sotto il profilo dell'appropriatezza, invece, al fine di controllare l'attività svolta dagli operatori privati nel 2006, agli effetti della L.R. 20/06 (riduzione dei ricoveri ordinari, attivazione dei *Day Hospital* e *Day Surgery*, nuovi criteri di inappropriatazza, nuovo scadenziario per l'invio dei flussi informativi), è stata costituita una attività ispettiva regionale più mirata e capillare grazie alla ricostituzione dei Nuclei ispettivi periferici (Determina n. 82 del 19 settembre 2006) e alle modifiche e integrazioni dei protocolli ispettivi. Tali provvedimenti hanno reso possibile controlli

più tempestivi, completi e mirati già a partire da gennaio 2007. La costituzione di tali commissioni ispettive è stata necessaria a motivo delle rilevate inappropriatazze di prestazioni di ricovero di alcune strutture private, con particolare riguardo a:

- prestazioni di ricovero effettuate per discipline per le quali alla struttura non era riconosciuto l'accREDITAMENTO;
- utilizzo delle unità operative di medicina riabilitativa (cod. 56) come reparti «scambiatori» e «moltiplicatori» di ricoveri, che comportava il passaggio ripetuto e senza soluzione di continuità temporale dei pazienti dall'acuzie alla medicina riabilitativa (e viceversa) con conseguente frammentazione (segmentazione) di un singolo episodio di ricovero (una fatturazione) in più episodi di ricovero (più fatturazioni).

I controlli effettuati dalla Cip (Commissione ispettiva permanente) nel periodo 2005-2007 hanno costituito i primi controlli effettuati sulle strutture private in Abruzzo. Nel tempo la percentuale di campionamento inizialmente prevista è stata incrementata fino ad arrivare in taluni casi al 100% a dimostrazione delle rilevanti problematiche collegate alle prestazioni «da privato», le cui strutture, tra l'altro, registravano tassi di occupazione elevatissimi, tenuti sotto debito controllo grazie ai recenti interventi.

Molte inappropriatazze e molti comportamenti errati sono stati corretti. I Noc (Nuclei operativi di controllo) sono stati costituiti con delibera nel mese di marzo 2010 e il 21 febbraio 2011 è stato stipulato uno specifico protocollo sottoscritto tra la Regione Abruzzo e il Comando dei Carabinieri per la tutela della salute (attuale denominazione dei Nuclei antisofisticazioni e sanità - Nas). Il loro lavoro di verifica ha consentito già nei primi 9 mesi dell'anno 2011 un sostanziale recupero di somme rivenienti dall'erogazione «non corretta» di tali prestazioni.

Quanto, invece, alla ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera, l'Abruzzo appena entrato nel Piano di rientro era dotato di 35 istituti, 22 ospedali pubblici e 13 case di cura private, caratterizzato, quindi, da un'elevata offerta ospedaliera con un quadro di forte disomogeneità di dotazioni di Posti letto tra Asl, non correlate, in mol-

ti casi, ai bisogni territoriali. A seguito degli interventi vi è stata una sostanziale riduzione dei posti letto rispetto al 2005, scesi da 6.480 agli attuali 4.677; il tasso attuale è di 3,5 per 1000 abitanti ed è in linea con le disposizioni del Governo sulla *spending review*.

L'Abruzzo, già nel 2010 con la deliberazione del Commissario *ad acta* n. 45 e secondo i criteri *ivi* previsti, con Decreto commissariale n. 25/2012 del 4 Luglio 2012 ha proceduto alla rimodulazione dei Posti letto (PI) delle Case di cura private provvisoriamente accreditate operanti nel territorio regionale.

Per ciascuna struttura privata è stata prevista una riduzione del 18% dei PI per acuti con abbattimento di 122 Posti letto (111 PI Ordinari e 11 PI di *Day Hospital*). È stata prevista, poi, una riduzione di 21 PI di Lungodegenza e non si è proceduto, invece, ad alcuna contrazione dei PI di Riabilitazione.

I primi interventi in tema di appropriatezza hanno già comportato un abbattimento del tasso di ospedalizzazione, che è passato dagli oltre 200 ricoveri per 1000 abitanti del 2008 ai circa 179 del 2011. Si è avuto un *trend* in diminuzione dei ricoveri ospedalieri che sono passati nel pubblico dai 226.558 del 2008 ai 192.679 del 2011 e nel privato dai 51.343 del 2008 ai 41.616 del 2011. L'Abruzzo ha approvato, inoltre, il Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate, il cui meccanismo di controllo è stato diretto a realizzare obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse, di verifica della qualità e di miglioramento nella gestione delle cure e dei processi produttivi in un'ottica di governo clinico.

Quale ulteriore misura, sono stati riconvertiti quattro ospedali (Gissi, Casoli, Pescina e Tagliacozzo) in Pta (Presidi territoriali di assistenza)⁹ ed è in fase di riconversione un quinto presidio (Guardiagrele).

La riconversione dei piccoli presidi ha portato, di fatto, a un aumento delle prestazioni ambulatoriali erogate e risposte più appropriate per la popolazione locale.

Da ultimo, molto importante è stata anche la riorganizzazione dei laboratori: 55 laboratori riuniti in 9 consorzi al fine di aumentare la qualità per gli utenti offrendo un servizio efficiente, rapido e puntuale.

La Regione Abruzzo ha attuato, infine, altre linee di intervento volte alla riqualfi-

cazione del proprio sistema sanitario, in particolare:

- razionalizzazione dell'impiego del personale sanitario e amministrativo, per evitare che esistano, nelle strutture sanitarie, unità operative caratterizzate da eccesso di risorse e unità in reale carenza, mediante l'individuazione dei criteri per la riformulazione delle nuove dotazioni organiche (per esempio, tramite *driver* legati al Posto letto). Ciò è avvenuto attraverso la predisposizione e diffusione di specifiche linee regionali di indirizzo in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle proprie aziende;

- sostituzione del *Top management*;

- fusione e conseguente integrazione delle Asl su base provinciale (passando da 6 a 4 Asl);

- progettazione della rete di assistenza territoriale degli ambulatori/laboratori, delle strutture semiresidenziali, dell'assistenza domiciliare e delle cure palliative, al fine di garantire l'erogazione più appropriata dei Lea, in particolare ai pazienti oncologici in stadio terminale (per esempio, attivazione degli *hospice*);

- accreditamento istituzionale e definitivo delle strutture;

- riorganizzazione della rete di emergenza/urgenza, prestando particolare attenzione al territorio, con approvazione della nuova rete regionale e l'istituzione del Coordinamento regionale emergenza (Crea).

4. Discussione

I Piani di rientro, sebbene costituiscano, in primo luogo, una evidente limitazione alla riconosciuta autonomia regionale, hanno consentito, a livello governativo, di acquisire una maggiore conoscenza sulla sostenibilità dei Ssr, alla luce delle recenti tendenze federaliste avviate dal D.lgs. 56/2000. Questa apparente ricentralizzazione si è resa necessaria a seguito dell'emergere nel tempo di una struttura della sanità italiana *multi-tier* a seguito dei precedenti processi di decentralizzazione e che ha generato risultati misti, dato che alcune Regioni hanno beneficiato e rafforzato i loro sistemi mentre altre non sono riuscite a sviluppare un ruolo di guida e di direzione in tal senso. Ciò nonostante essa costituisca un'efficace via attraverso

la quale mantenere il controllo sull'equità e l'efficienza dei relativi sistemi regionali nella prospettiva del decentramento (Lega, Sargiacomo, Ianni, 2010).

Pertanto, i Piani di rientro possono essere ben inquadrati all'interno di vere e proprie «tecnologie di governo» con le quali formare, normalizzare e strumentalizzare la condotta dei sistemi sanitari regionali – e delle relative entità *ivi* ricomprese – allo scopo di raggiungere gli obiettivi di governo ritenuti desiderabili (Miller, Rose, 1990), a cui associare un sistema duale di tecniche disciplinari e di meccanismi premi-sanzioni (Foucault, 1979), sovente di natura finanziaria, implicito in qualsiasi imposizione *top-down* di razionalità governativa.

In secondo luogo, tali Piani possono esercitare un'azione «pedagogica» di apprendimento su base regionale dei diversi attori coinvolti nella gestione dei processi di *turnaround*, conferendo, altresì, legittimazione al complessivo processo e riducendone le relative resistenze, insieme al rafforzamento dell'*accountability* nei confronti dei propri cittadini. In tale prospettiva i Piani di rientro possono assolvere a tale importante funzione, a condizione che essi vengano elaborati e implementati in ottica strategica, ossia contengano azioni e manovre che non si esauriscano nel mero contenimento dei costi, dell'indebitamento e delle perdite con orizzonte temporale di breve periodo, per esempio *recovery plan* (Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010), ma indirizzino la sanità nel futuro, con effetti nel medio-lungo periodo, tramite azioni deliberate per risolvere le cause sottostanti una insoddisfacente *performance* e ripristinare un livello normale di «guardia e di attenzione», anche attraverso strategie di ridimensionamento, riposizionamento e riorganizzazione normalmente necessarie. Il tutto per riportare i relativi sistemi regionali verso un percorso di durevole sviluppo e a una continua «tensione verso l'economicità» (Bastia, 1996).

In particolare, in ottica implementativa, la fattiva attuazione delle strategie di 3Rs (*Retrenchment, Repositioning, Reorganization*) potrebbero effettivamente garantire un *turnaround* di successo attivando quel necessario processo di cambiamento manageriale e strategico che ne dovrebbe normalmente derivare.

A tal riguardo, la Regione Abruzzo, assunta come caso di studio, ben esprime tale circostanza nel supporto che il Piano di rientro ha fornito alla più efficace e fattiva gestione del suo processo di risanamento nel tempo, nei limiti delle condizioni di contesto e di ambiente presenti.

Basti pensare che, quali primi importanti effetti in tal senso, la sanità abruzzese si è collocata tra le cinque regioni italiane «in avanzo» (tabella 9 e figura 1) ponendo le basi per un suo sostanziale sviluppo nel lungo periodo, riducendo il suo complessivo indebitamento a favore delle generazioni successive, migliorando la propria efficienza, efficacia ed economicità.

Tutto ciò attraverso le manovre e le azioni più sopra descritte e che hanno interessato, in particolare, il personale, la spesa farmaceutica, le prestazioni del «privato accreditato»

Regione	IV trimestre 2012
Piemonte	(111.045)
Valle d'Aosta	(49.845)
Lombardia	8.763
P.A. Bolzano	(237.800)
P.A. Trento	(243.419)
Veneto	1.046
Friuli-Venezia Giulia	(49.057)
Liguria	(57.481)
Emilia-Romagna	(14.699)
Toscana	(52.468)
Umbria	13.358
Marche	29.009
Lazio	(660.864)
Abruzzo	5.001
Molise	(33.515)
Campania	(156.089)
Puglia	(41.024)
Basilicata	(7.499)
Calabria	(71.948)
Sicilia	(54.055)
Sardegna	(371.487)
Italia	(2.155.118)

Tabella 9

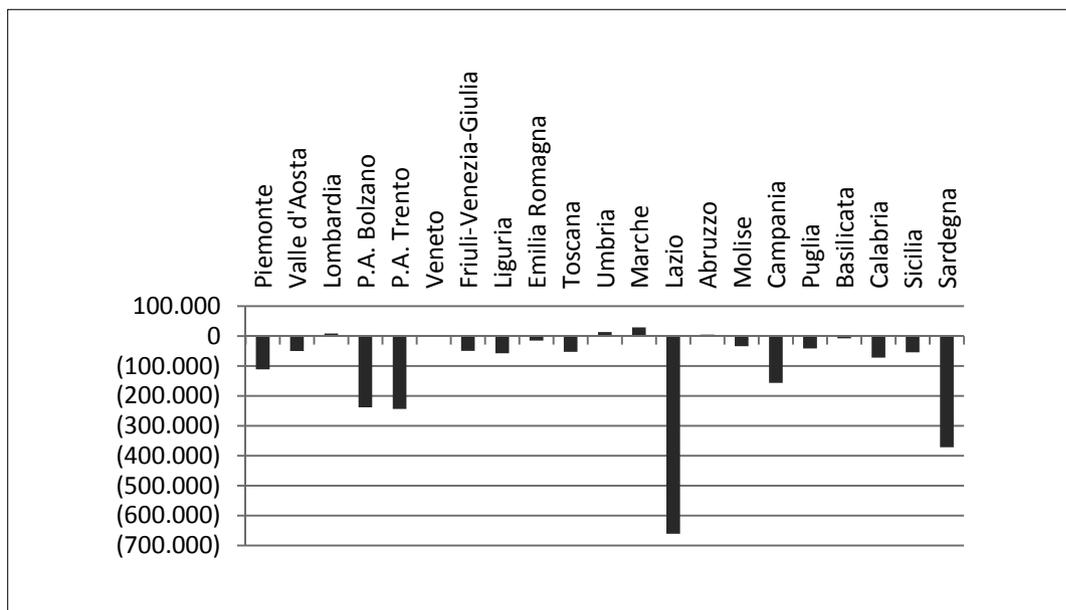
Risultati Tavolo di Monitoraggio MEF - Ssr IV trimestre 2012 (in migliaia di €)

Fonte: Rapporto Ispettorato Generale per la Spesa Sociale - Ragioneria Generale dello Stato - MEF

Figura 1

Risultati Tavolo di Monitoraggio MEF 2012: Abruzzo *versus* altre regioni (in migliaia di €)

Fonte: Rapporto Ispettorato Generale per la Spesa Sociale - Ragioneria Generale dello Stato - MEF



(*retrenchment*), la ristrutturazione organizzativa (*reorganization*), per esempio l'accorpamento di alcune Asl, la modifica del *Top Management*, il riordinamento e ricollocazione del personale, la riqualificazione del sistema di offerta del Ssr (*repositioning*) attraverso i diversi interventi operati sulla rete ospedaliera, sulla progettazione della rete di assistenza territoriale degli ambulatori/laboratori, delle strutture semiresidenziali, dell'assistenza domiciliare e delle cure palliative, l'attivazione degli *hospice*, sull'accreditamento istituzionale e definitivo delle strutture, e che hanno reso possibile il raggiungimento di importanti obiettivi del Piano di rientro a garanzia di quella «inversione di tendenza» da tempo attesa dai cittadini abruzzesi.

A supporto della tesi testé citata di cambiamento strategico, un ulteriore elemento di valutazione positiva è fornito dal Comitato Lea/Tavolo di monitoraggio il quale ha recentemente sottolineato che, durante il periodo del Piano di rientro, i Livelli essenziali di assistenza – obiettivo mai centrato nella storia della Regione Abruzzo e tuttora da traguardare – sono decisamente migliorati (**tabella 10**).

Dal punto di vista degli indicatori Lea, il miglioramento della Regione Abruzzo nel 2012 rispetto al 2009 è visibile dalla precedente tabella, e sono aumentate le prestazioni in cui la Regione è adempiente. Ciò evi-

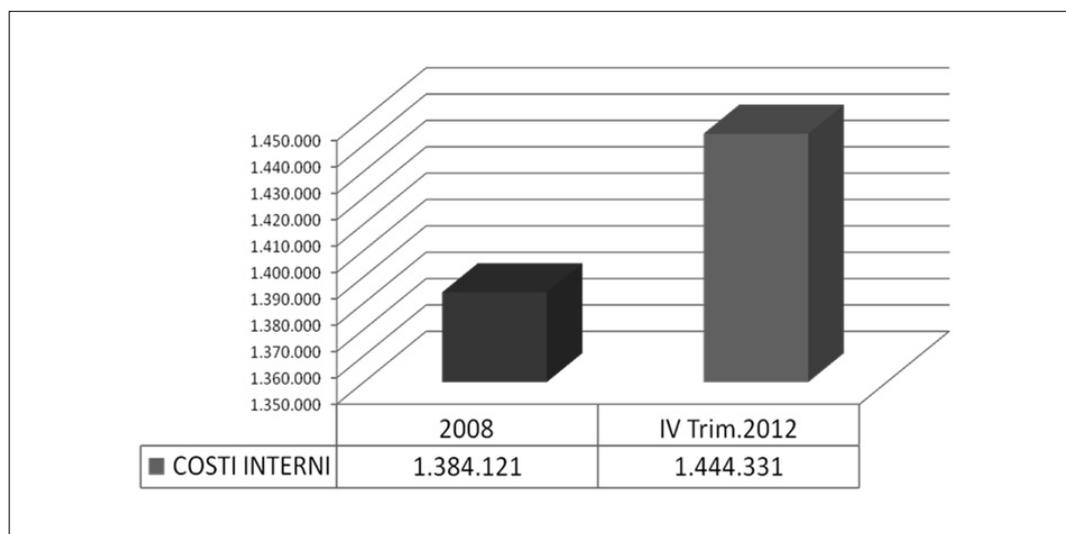
dentemente corrobora il fatto che alla riduzione del debito pregresso, e alla razionalizzazione del mix della spesa, sia conseguito una riallocazione verso settori e attività Lea deficitari, prelevando risorse precipuamente dall'assistenza ospedaliera, che presentava punte di inappropriata insostenibilità, che arrecavano nocimento all'erogazione del resto dell'assistenza.

Altro elemento di positività che vale la pena sottolineare è che nel periodo 2008-2012, l'analisi sul Conto economico (Ce)-Nsis conferma che i costi interni relativi al personale, prodotti farmaceutici e beni e servizi sono aumentati in totale del 4,35% fra il 2008 e il (IV trimestre) 2012 (**figura 2**).

Cioè a dire che l'avvenuta razionalizzazione ha eliminato gli sprechi, ma non ha comportato tagli indiscriminati della spesa. Ciò è rinvenibile nel numero di assunzioni effettuate nelle Asl della regione Abruzzo – peraltro in un momento di grave congiuntura economica negativa – dove a seguito dei comportamenti virtuosi rinvenuti nel Ssr, fra il settembre 2010 e il dicembre 2012, è stato possibile assumere 1.519 unità fra Dirigenza e Comparto, come si evince chiaramente dalla **figura 3**.

Un'altra circostanza degna di rilievo, è stata quella di compensare parzialmente l'incremento delle «tasse» a carico dei cittadini determinate in modo automatico dalla pro-

Livelli di assistenza (LEA)	2009	2012	Tendenza nel periodo (2009-2012)
Assistenza ospedaliera			
Totale dimissioni (DO e DH)	Scostamento non accettabile	Valore normale	–
Totale Posti Letto	Scostamento non accettabile	Scostamento minimo	–
N. Posti Letto per acuti	Scostamento non accettabile	Scostamento non accettabile	Decremento verso il valore di riferimento
N. Posti Letto post-acuzie	Scostamento non accettabile	Scostamento non accettabile	Incremento dello scostamento verso il valore di riferimento
Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)	Scostamento non accettabile	Valore normale	–
T.O. over 75 anni per 1000 abitanti	Scostamento non accettabile	Valore normale	–
Degenza media pre-operatoria	Scostamento non accettabile	Scostamento non accettabile	Stabile
Assistenza territoriale			
Assistenza domiciliare (% assistiti in ADI)	Valore normale	Valore normale	–
Assistenza residenziale e semiresidenziale (n. PL in RSA)	Scostamento non accettabile	Scostamento non accettabile	Incremento verso il valore di riferimento
Assistenza residenziale e semiresidenziale (n. PL)	Valore normale	Valore normale	–
Assistenza residenziale e semiresidenziale (n. PL Hospice)	–	Scostamento non accettabile	–
Assistenza residenziale e semiresidenziale (n. PL per pazienti di Salute Mentale)	Valore normale	Valore normale	–
Prevenzione			
Screening oncologici	Scostamento minimo	Scostamento non accettabile	Stabile

**Tabella 10**

Sintesi risultati erogazione
Lea: Regione Abruzzo
2009-2012 (scostamenti
rispetto ai relativi valori
di riferimento)

Fonte: Direzione Generale
della Programmazione Sanitaria -
Ministero della Salute

Figura 2

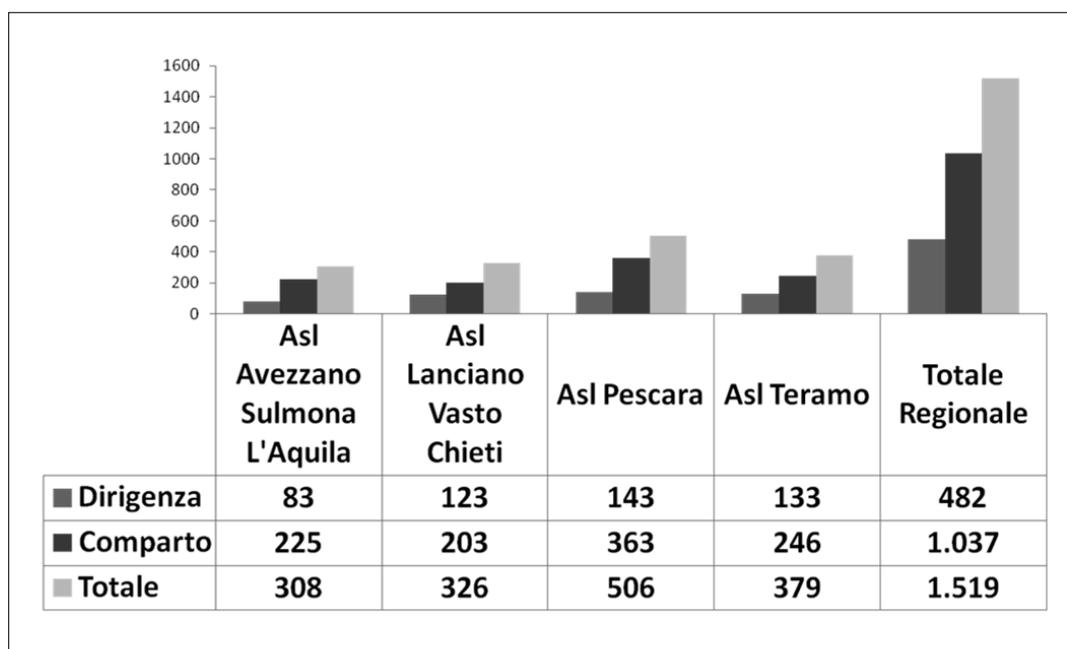
Trend costi interni Regione
Abruzzo 2008-2012

Fonte: nostra elaborazione
su dati Ce (Conto economico)
Nsis 2008 e IV Trimestre 2012

Figura 3

Assunzioni Asl Regione
Abruzzo settembre 2010-
dicembre 2012

Fonte: nostra elaborazione
su dati Direzione Politiche
della Salute della Regione
Abruzzo



cedura del Piano di rientro (maggiorazione delle aliquote fiscali *pro-tempore* vigenti) al fine di uscire dalla propria situazione disfunzionale.¹⁰ Tale provvedimento, autorizzato naturalmente dai Ministeri competenti sulla base delle positive risultanze del Tavolo di monitoraggio, oltre a costituire un ulteriore elemento di discontinuità in comparazione alle altre Regioni sotto Piano di rientro, dato che l'Abruzzo è risultato la prima Regione ad avere provveduto a un «taglio delle tasse», costituisce indubbiamente un segnale parziale di ripresa e di ripristino delle proprie condizioni di equilibrio. Ciò, costituisce la prima – ma non ultima – *milestone* necessaria per avviare la successiva fase dello sviluppo che accompagna qualsiasi processo di *turnaround*, «ripagando» i sacrifici richiesti ai cittadini negli anni, e accrescendo altresì la complessiva *accountability* regionale e la relativa legittimazione.

5. Conclusioni

Per stilare delle considerazioni di sintesi sul tema, da un lato i Piani di rientro, assunti come «tecnologie di governo» (Miller e Rose, 1990) esprimono un modello di governo «concertato» a debole ricentralizzazione dei sistemi regionali sempre, però, in ottica fe-

deralista, teso a verificare il raggiungimento degli obiettivi di salute compatibili con le risorse finanziarie disponibili, nel tentativo di realizzare un Ssn equo, efficace e, conseguentemente, sostenibile anche alla luce della sempre più accresciuta speranza di vita della popolazione. Dall'altro, i Piani costituiscono un valido strumento per infondere nelle regioni e nelle rispettive aziende logiche e principi di buon governo – e maggiore cultura del controllo della performance – attraverso un'oculata gestione delle risorse finanziarie, umane e strumentali messe a disposizione e per generare quegli effetti «pedagogici» (Oakes, Townley, Cooper, 1998), essenziali per la loro attuazione. In particolare, in termini di ricettività e preparazione al cambiamento, di coinvolgimento e apprendimento dei principali attori che dovranno in prima linea determinarne la realizzazione e, da ultimo, di diffusione di un nuovo e più evoluto linguaggio (maggiormente di portata economico-aziendale) fondamentale per favorire processi di isomorfismo istituzionale (Meyer e Rowan, 1991), con i quali rendere gli stessi maggiormente credibili e accettabili in quanto ritenuti efficaci.

Infine, affinché tali Piani possano assolvere alla funzione che gli è propria, ossia supportare i processi di *turnaround* nelle

diverse Regioni italiane in dissesto, occorre come suggerito anche dai diversi studiosi (Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010), slegarli dal loro *format* giuridico-formale e inquadrarli meglio sotto il profilo economico-aziendale, all'interno di una ben definita cornice strategica. Tale prospettiva richiede una diversa impostazione dei Piani, anche nei contenuti, in funzione delle specificità, di tipo anche territoriale, che riguardano le singole Regioni, in una logica *bottom-up* piuttosto che *top-down*, evitando, pertanto, di caratterizzarli da una più o meno marcata omogeneità, consentendo bensì di riflettere appieno le necessarie strategie direzionali (Cuccurullo, 2003) che debbano comprendere, invece, valori guida, la missione istituzionale, la visione strategica e gli obiettivi, fondamentali per porre le basi per un fattivo e durevole sviluppo, indicandone la rotta e il percorso da seguire.

A riguardo, quanto realizzato dalla regione Abruzzo rappresenta un caso di vero e proprio *turnaround* di successo, poiché vi trovano conferma i due aspetti sottolineati da Danovi e Gilardoni (Danovi, Gilardoni, 2000), ossia la rottura rispetto al passato, testimoniata dall'inversione di tendenza rispetto alle condizioni di dissesto, e la ridefinizione dei rapporti con il complesso degli attori esterni e interni, come avvenuto nelle varie fasi che hanno caratterizzato il Piano di rientro. I risultati del caso, sebbene non possano essere statisticamente generalizzabili (Silverman, 2001), consentono una serie di riflessioni da un punto di vista teorico e manageriale.

Da un punto di vista concettuale le evidenze del caso confermano il modello delle «3Rs» elaborato da Boyne (Boyne, 2006): il successo del *turnaround* è probabile in occorrenza di un Piano di risanamento che contempra le diverse strategie di *retrenchment*, *repositioning* e *reorganization*, tutte fattibili nel settore pubblico. Infatti, la formulazione del Piano di rientro per sé non garantisce il successo dello stesso, come peraltro confermato dai casi di alcune Regioni che prima hanno formulato il Piano, e poi lo hanno disatteso e sono state commissariate dal Governo. Pertanto, le strategie implementate hanno rilevanza inoppugnabile nel condurre a termine quanto preconizzato inizialmente nel Piano.

La Regione Abruzzo ha fatto ricorso soprattutto a strategie di *reorganization*, aven-

do infatti posto in essere una serie di azioni per la riqualificazione del proprio sistema sanitario volte al miglioramento dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, alla ridefinizione dei rapporti con gli erogatori privati, alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, alla razionalizzazione dell'impiego del personale, alla sostituzione del *Top Management* delle aziende sanitarie, all'accorpamento delle aziende, a modifiche strutturali della propria *supply chain* (gara in Unione d'acquisti). Unitamente a tali interventi, altri a carattere di *repositioning* hanno caratterizzato il processo di *turnaround*, nello specifico tutte le azioni volte a garantire l'erogazione dei Lea e il miglioramento della loro qualità oltre ad azioni di miglioramento della qualità percepita dagli utenti. Il complesso di queste misure e non semplicemente quelle di contenimento della spesa per il personale e di quella farmaceutica, oltre la riduzione dei Posti letto (che hanno anticipato tra l'altro la *spending review*) hanno con più probabilità consentito la valida gestione del processo di risanamento.

Trova inoltre conferma l'ipotesi di Jas e Skelcher (2005) circa l'ineluttabilità dell'intervento autoritario esterno per avviare il processo di *turnaround*, in questo caso dello Stato rispetto alle Regioni e, a cascata, di queste ultime rispetto alle aziende sanitarie, di fronte alla difficoltà nel riconoscere il proprio stato di declino e alla possibile mancanza di capacità di *leadership* per il governo del risanamento da parte delle singole organizzazioni. Il tutto anche per rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi del programma (*desiderata*) di governo (Miller, Rose, 1990) sulla salute pubblica.

Sotto il profilo strettamente manageriale, le evidenze del caso suggeriscono quanto segue:

– la costruzione di un Piano di Rientro dal respiro strategico è effettivamente una precondizione per la riuscita dell'operazione di risanamento. In tal senso la letteratura ha opportunamente evidenziato quali sono i fattori critici di successo per la redazione di un buon piano e quanto emerso dallo studio del caso suggerisce quale potrebbe essere un *set* di sub-strategie a disposizione dei decisori per avviare un processo di *turnaround*;

– anche nel caso della redazione di un Piano fattibile e strategico è necessario vigilare sulla successiva fase implementativa, evitando che prevalgano logiche burocratiche-normative (Cuccurullo, Ferrè, Lega, 2010). Il caso della Regione Abruzzo conferma il ruolo chiave degli interventi di riformulazione del processo di pianificazione strategica, che vede la Regione quale attore principale per la formulazione coerente delle strategie a livello di sistema e di monitoraggio della traduzione e dell'implementazione delle stesse a livello locale di singola azienda sanitaria;

– al fine della corretta implementazione del piano occorre prima omogeneizzare il sistema contabile e il piano dei conti regionale, rafforzare i sistemi di controllo manageriale, in particolare degli aspetti di *budgeting*, misurazione, *reporting* e valutazione. Significativa in tal senso è l'azione incisiva e/o prescrittiva svolta dalla Regione nei confronti del *management* delle singole aziende sanitarie;

– il *focus* prevalente non deve essere sui tagli, ma sul recupero di efficienza. Come testimoniato dai risultati si possono ottenere miglioramenti rilevanti sull'erogazione dei Lea spostando le risorse dalle aree in *overspending* o ad alto grado di inapproprietezza per poi investire in aree maggiormente strategiche per la salute della popolazione.

Da ultimo, sebbene, allo stato attuale permangano ancora talune criticità per la Regione Abruzzo (completamento dell'attivazione di strutture dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale rivolta ai pazienti non autosufficienti, attribuzione del numero delle strutture complesse e semplici di ciascuna azienda regionale, ricognizione analitica delle strutture accreditate interessate dai provvedimenti e il grado di avanzamento del processo di accreditamento istituzionale), che potrebbero allungare la sua permanenza nella procedura del Piano di rientro a dispetto dei positivi risultati raggiunti, bisogna riconoscere, però, il rilevante contributo offerto dai Piani di rientro nella Regione, sia dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio attuale e tendenziale, sia sul fronte della qualità dell'assistenza erogata. Molto si è fatto in questi ultimi anni, ma gli sforzi non devono fermarsi al fine di traguardare gli obiettivi non ancora centrati, a partire dai Lea che

sembrano profilarsi all'orizzonte come una delle sfide maggiormente pregnanti per la Regione, essendo tuttora conseguiti da soli 8 Sistemi sanitari regionali italiani.

Note

1. In particolare, ci si riferisce ai documenti elaborati dall'Age.Na.s sui Drg a rischio di inapproprietezza a valere per gli anni 2001-2004 derivanti dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera per i ricoveri ordinari e in *Day Hospital* a cui si rinvia per i necessari approfondimenti.
2. Il Conto economico programmatico contiene l'evoluzione dei dati economici regionali a seguito degli effetti derivanti dalle intraprese manovre incorporando di fatto veri e propri obiettivi di *budget* da rispettare e realizzare. Quello, invece, di tipo tendenziale, riporta la mera proiezione dei dati al «lordo» di tali manovre, ossia l'andamento normale dei costi e dei ricavi del Ssr non corretto dalle principali azioni collegate al Piano di rientro. Tali documenti sono stati appositamente richiesti dal Ministero dell'Economia e delle Finanze al fine di poter correttamente valutare i programmi operativi presentati.
3. I provvedimenti di legge citati si riferiscono, rispettivamente, alle «misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica» e alle «disposizioni urgenti in favore della cultura, in materia di incroci tra settori della stampa e della televisione, di razionalizzazione dello spettro radioelettrico, di abrogazione di disposizioni relative alla realizzazione di nuovi impianti nucleari, di partecipazioni della Cassa Depositi e Prestiti, nonché per gli enti del Servizio sanitario della regione Abruzzo».
4. La richiamata «lista di trasparenza» viene pubblicata sul sito dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) e aggiornata mensilmente e contiene l'elenco dei farmaci generici, il medicinale «originatore» e il relativo prezzo di riferimento che ne consente la sostituibilità.
5. Per i necessari approfondimenti si rinvia al documento «analisi della spesa farmaceutica regionale» predisposto dall'Age.na.s disponibile, per i diversi anni, sul sito www.agenas.it all'area «monitoraggi economici e di attività del Ssn», sezione «monitoraggio della spesa sanitaria».
6. Il *pay-back* costituisce un meccanismo, recentemente introdotto, con il quale è data facoltà alle aziende farmaceutiche di chiedere all'Aifa la sospensione della stabilita riduzione dei prezzi dei propri farmaci a fronte del contestuale versamento in contanti (*pay back*) del relativo ammontare sugli appositi conti correnti delle Regioni.
7. Si rammenta che la Consip è una società per azioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze in qualità di azionista unico di riferimento con il precipuo compito di fornire servizi di consulenza e di assistenza progettuale, organizzativa e tecnologica a supporto dei processi di innovazione dello stesso Ministero e della Corte dei Conti, nonché gestire il programma per la razionalizzazione degli acquisti nella Pubblica Amministrazione, migliorandone la qualità e ridu-

- cendono i costi unitari e semplificando e rendendo più rapide e trasparenti le relative procedure.
8. Tratto con opportuni adattamenti dal Piano di risanamento del Sistema sanitario regionale 2007-2009 della Regione Abruzzo di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 marzo 2007, p. 43, a cui si rinvia per i necessari approfondimenti.
 9. I Pta h24 costituiscono il portato di una riorganizzazione territoriale idonea a rispondere in modo adeguato a specifiche rilevate necessità di promozione della salute e prevenzione di base; di prevenzione dei soggetti a rischio, di diagnosi, controllo, riabilitazione e mantenimento del paziente consolidato; di controllo ed educazione della popolazione complessiva. In particolare, i Pta presentano le seguenti caratteristiche: offerta di assistenza medica e infermieristica h12; presenza del punto unico di accesso alla rete dei servizi, collegato al Centro unico di prenotazione (Cup); predisposizione di spazi dedicati per l'attività ambulatoriale specialistica con particolare riferimento alle discipline di base: medicina interna, cardiologia, ortopedia, oculistica, ginecologia ma anche ad altre discipline specialistiche, espletata attraverso l'integrazione con gli operatori dei Dipartimenti ospedalieri della Asl; erogazione di servizi di accoglienza alla persona e di servizi sanitari di base e specialistici; punto prelievi; prestazione di servizi di diagnostica specialistica (ecografia, radiodiagnostica tradizionale, elettrocardiogramma, etc.); presenza di consultori e servizi socio-sanitari integrati, ivi compresi i servizi a favore dei minori e delle famiglie, realizzati attraverso l'integrazione professionale con gli operatori provenienti da altri servizi delle Asl (dipartimento Materno Infantile, Igiene Mentale, etc.); strutturazione di forme di associazionismo dei Mmg e Pls che, oltre alle attività assistenziali di base e/o specialistiche nonché in collaborazione con la Guardia medica che ha sede nel Pta, assicurano la funzione di continuità assistenziale (anche assistenza notturna e/o a chiamata); predisposizione dei servizi di coordinamento per le cure domiciliari secondo i diversi livelli di intensità.
 10. La riduzione della tassazione è avvenuta riducendo l'addizionale Irpef e Irap a valere per l'anno 2012, rispettivamente dello 0,23% (dall'attuale 1,73% all'1,50%) per i redditi fino a 15 mila euro, e dello 0,11% (dall'attuale 1,73 all'1,62) per quelli compresi tra i 15 e i 28 mila euro, dello 0,22%, ai fini Irap, per tutti i settori, fatta eccezione per il comparto agricolo, per cui la riduzione è fissata all'1%.

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

- AGENAS (2005), *DRG a rischio di inapproprietezza. Analisi delle schede di dimissione ospedaliera, percentuali di ricovero ordinario e Day Hospital*, Roma.
- ATTENA F., VINCENZO C., CORBISIERO G., LANDOLFI R., MASCIA M., TROISI M.R., VENTUCCI G.A., VOLPE G., ABUADILI A.V. (2012), «Commissariamento delle Asl campane e piani di rientro: le percezioni dei dirigenti», *Mecosan*, 81, pp. 61-73.
- BORGONOVÌ E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BASTIA P. (1996), *Pianificazione e controllo dei risanamenti aziendali*, Giappichelli, Torino.
- BOYNE G.A. (2006), «Strategies for Public Service Turnaround: lesson from the private sector?», *Administration & Society*, 3, pp. 365-388.
- CARINCI F., MARTINES S., DI CANDIA V., ODIO C., DI CORCIA T., PERSICO T.E., MENNA A., MANZOLI L., ALESSANDRINI M., TRIGLIOZZI D., D'ATRI F., MURGANNO A. (2008), «Livelli essenziali di informazione per i Piani di rientro: un programma strategico per la regione Abruzzo», *Mecosan*, 68, pp. 137-150.
- CODA V. (1988), *L'orientamento strategico dell'impresa*, UTET, Torino.
- CUCCURULLO C. (2012), «Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Egea, Milano, pp. 219-243.
- CUCCURULLO C., FERRÈ F., LEGA F. (2010), «I Piani di rientro della spesa sanitaria: un'analisi comparativa», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Egea, Milano, pp. 225-262.
- DANOVI A., GILARDONI A. (2000), *Cambiamento, ristrutturazione e sviluppo dell'impresa*, Egea, Milano.
- FERRÈ F., CUCCURULLO C., LEGA F. (2012), «The challenge and the future of health care turnaround plans: evidence from the Italian experience», *Health Policy*, 1, pp. 3-9.
- FIORANI G., MENEGUZZO M. (2008), «I piani regionali di rientro. Analisi dinamica sistemica», *Mecosan*, 68, pp. 27-44.
- FIORANI G., MENEGUZZO M., TANESE A. (2007), «I piani regionali di rientro e di risanamento. Analisi comparata e aspetti di fattibilità» in AA.VV., *Responsabilità, autonomia, sussidiarietà, integrazione, valutazione e empowerment: 6 «nuove» parole chiave per il futuro del Ssn*, Rapporto CEIS - Sanità 2007, Edizioni Health Communication, Roma, pp. 90-102.
- FOUCAULT M. (1979), *Discipline and punish: the birth of the prison*, Vintage Books, New York.
- JAS P., SKELCHER C. (2005), «Performance decline and turnaround in public organizations: a theoretical and empirical analysis», *British Journal of Management*, 16, pp. 195-210.
- JORIO E. (2009), «I piani di rientro del debito sanitario e i rischi della legislazione dell'emergenza», *Ragiusan*, 301-302, pp. 54-64.
- LEGA F., SARGIACOMO M., IANNI L. (2010), «The rise of governmentality in the Italian National Health System: physiology or pathology of a decentralized and (ongoing) federalist system?», *Health Service Management Research*, 4, pp. 172-180.
- LORETUCCI M.T., NANTE N., GIUSSANI M., SIMONETTI S., MESSINA G., PALUMBO F. (2008), «Evoluzione normativa dei piani di rientro dal deficit sanitario», *Organizzazione sanitaria*, 2, pp. 3-14.
- MEYER J.W., ROWAN B. (1991), «Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony», in W.W. Powell, P.J. Di Maggio (eds), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, Chicago, pp. 41-62.
- MILLER P., ROSE N. (1990), «Governing economic life», *Economy and Society*, 19, pp. 1-31.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2011), «Documento di sintesi attività SIVEAS», in *I Piani di rientro: opportunità e prospettive*, 8° Forum Internazionale della Sanità - SANIT, 14-17 Giugno 2011, pp. 1-43.
- OAKES L.S., TOWNLEY B., COOPER D.J. (1998), «Business planning as pedagogy: language and control in a changing institutional field», *Administrative Science Quarterly*, 2, pp. 257-292.
- PATON R., MORDAUNT G. (2004), «What's difference about public and non-profit turnaround», *Public Money and Management*, 4, pp. 209-216.
- SILVERMAN D. (2001), *Interpreting Qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*, 2nd Edition, Sage, London.
- TEDIOSI F., GABRIELE S., LONGO F. (2009), «Governing decentralization in health care under tough budget constraint: what can we learn from the Italian experience?», *Health Policy*, 2, pp. 303-312.
- TEDIOSI F., PARADISO M. (2008), «Il controllo della spesa sanitaria e la credibilità dei piani di rientro», in AA.VV., *Finanza Pubblica e Istituzioni*, Rapporto ISAE 2008, Roma, pp. 125-144.
- WALSHE K., HARVEY G., HYDE P., PANDIT N. (2004), «Organizational failure and turnaround: lessons for public services from the for-profit sector», *Public Money and Management*, 4, pp. 201-208.
- ZANGRANDI A. (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, Egea, Milano.

Migliorare la *performance* nelle aziende sanitarie: il contesto lavorativo infermieristico nelle neonatologie

SIMONE FANELLI

In this historical period characterized by limited financial resources and growing needs health care companies are facing pressure to reduce costs and increase the results. Therefore it is necessary to pay attention to all modes of use of resources and the professional ones in particular; one of these is surely relevant nursing staff and the work context.

Positive corporate environments that enhance the professionalism of the operators determine benefits for companies in terms of better patient outcomes and reduction of costs.

The research analyses the nursing work environment of 63 neonatal departments. The results can be used by management to define organizational interventions aiming at better performance level.

Keywords: healthcare, work environment, management, neonatal intensive care unit

Parole chiave: sanità, contesto di lavoro, management, terapia intensiva neonatale

Note sull'autore

Simone Fanelli, Ph.D. student, Università di Parma - simone.fanelli@nemo.unipr.it

1. Introduzione

I sistemi sanitari sono sempre più pressati dal controllare i costi di produzione e, parallelamente tentare, di aumentare la qualità dell'*output* e il valore dell'*outcome*. Pertanto, rispondere alla crescente domanda di una popolazione in aumento per età e per numero, diventa una sfida ardua per le aziende sanitarie che, in un periodo di risorse scarse, sono oggi particolarmente impegnate nella ricerca di una migliore qualità della loro struttura, dei loro processi e delle loro prestazioni. Tale obiettivo non può prescindere dal fornire una particolare attenzione a tutte le modalità di impiego delle risorse e di quelle professionali in particolare; tra queste, sicuramente rilevante è il personale infermieristico e il contesto di lavoro (Dunleavy *et al.*, 2003; Estabrooks *et al.*, 2005).

Nell'ultimo ventennio la professione infermieristica ha avuto una notevole evoluzione; le riforme che hanno avuto come oggetto la figura dell'infermiere hanno contribuito a definire con maggiore precisione il ruolo e le responsabilità dell'infermiere in quanto professionista sanitario;¹ inoltre, con la definizione del «Profilo professionale dell'infermiere»,² si consegna a quest'ultimo la responsabilità del processo assistenziale, gli si riconosce l'autonomia decisionale e gli si richiedono competenze e capacità di lavoro interdisciplinare, addivenendo così al superamento della concezione di infermiere come semplice «esecutore» delle mansioni a lui assegnate.

Numerosi studi hanno inoltre dimostrato che ambienti aziendali positivi, che valoriz-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiali e metodo
3. Il campione
4. Risultati
5. Discussione
6. Conclusione

zano la professionalità infermieristica, determinano benefici per le aziende, sia in termini di migliori *outcome* dei pazienti sia di riduzione dei costi organizzativi-gestionali (Aiken *et al.*, 2002; Needleman *et al.*, 2002; Cho *et al.*, 2003; Aldana, 2001; AHCPR, 2003). Con riferimento al primo aspetto, studi in ospedali americani hanno provato una associazione tra l'aumento dell'organico infermieristico, il livello di istruzione e una riduzione della mortalità correlata all'ospedalizzazione (Aiken *et al.*, 1994; Aiken *et al.*, 2002). In relazione al secondo aspetto, invece, è stato dimostrato che infermieri motivati apportano alle organizzazioni benefici finanziari in termini di riduzione dell'assenteismo, maggiore produttività, minori costi organizzativi per le cure sanitarie e minori costi derivanti dai risultati avversi del paziente (Cho *et al.*, 2003; Aldana, 2001).

In questo scenario, adottare azioni atte al miglioramento delle condizioni di lavoro aziendali è un obiettivo strategico per le aziende sanitarie che vogliono assicurare la qualità e la sicurezza della cura del paziente e al contempo il contenimento dei costi. Infatti, è difficile pensare che l'infermiere svolga questo ruolo complesso e che contribuisca in maniera concreta al raggiungimento di migliori *performance* aziendali se non è sufficientemente soddisfatto del proprio lavoro, ovvero se percepisce la qualità della sua vita lavorativa come inadeguata. Per questo motivo, diventa importante per il *management* identificare le variabili individuali e organizzative che, negli specifici contesti, possono contribuire a determinare motivazione, coinvolgimento e soddisfazione lavorativa, rafforzando il legame tra l'individuo e l'organizzazione.

L'obiettivo della presente ricerca è quello di rilevare la qualità del contesto lavorativo percepita dagli infermieri afferenti ai reparti di Terapia intensiva neonatale (Tin)³ in Italia e di evidenziare le aree da loro avvertite maggiormente critiche durante lo svolgimento delle attività quotidiane. Il contributo fornito dallo studio in oggetto permette di far emergere gli ambiti della gestione aziendale che richiedono, da parte del *management*, l'attuazione di interventi di tipo organizzativo e l'adozione di politiche di miglioramento al fine di raggiungere migliori livelli di *performance* in termini di efficienza ed ef-

ficacia. Pertanto, come avviene nell'ambito della decisionalità clinica, è importante che coloro che sono chiamati a creare ambienti di lavoro salutarì prendano decisioni basate sulla miglior evidenza possibile.

La scelta di focalizzare l'indagine sui reparti Tin è dettata da una triplice ragione: la prima è legata alla rilevanza del fenomeno della nascita pretermine che, negli ultimi vent'anni, ha avuto un incremento in quasi tutti i Paesi del mondo⁴ ed è al centro di numerosi studi e dibattiti a livello internazionale; la seconda è connessa alla necessità di comprendere meglio l'ampia variabilità negli *outcome* neonatali, la quale è determinata da moltissimi fattori quali il volume delle attività dell'ospedale (Tucker, 2002), i modelli di pratica medica, l'integrazione multiprofessionale, la qualità delle cure, nonché dalla qualità dell'ambiente lavorativo (Rogowski *et al.*, 2004); da ultimo, le Tin sono tra i più costosi reparti ospedalieri (Institute of Medicine, 2006) e richiedono elevati livelli di risorse umane (Rogowski *et al.*, 2013). Pertanto, alla luce di quanto detto finora, interventi efficaci su queste unità operative comportano miglioramenti a livello di intera struttura, non solo dal punto di vista dei risultati clinici ma anche economici.

Le conclusioni della ricerca, inoltre, potranno contribuire ad alimentare il processo virtuoso di raccolta dati e diffusione delle conoscenze all'interno del *network* neonatale; processo indispensabile per individuare i problemi più urgenti e cercare di risolverli in maniera tempestiva, avviando meccanismi di miglioramento della qualità delle prestazioni e delle cure erogate. Tale processo è incoraggiato e promosso da istituti di livello nazionale e internazionale, uno su tutti il Vermont-Oxford Network⁵ (VON).

2. Materiali e metodo

Per raccogliere i dati utili all'indagine è stato costruito un questionario articolato in due sezioni: la prima, «Scheda Profilo Infermieristico», ha come obiettivo quello di raccogliere le informazioni generali dell'infermiere⁶ e la seconda, «PES-NWI»,⁷ è volta a rilevare informazioni riguardo il contesto lavorativo. La versione validata del PES-NWI si compone di 31 *item* ripartiti in 5 macroclassi, ognuna delle quali misura un

determinato aspetto dell'attività lavorativa dell'infermiere. La prima macroclasse è costituita da 9 *item* e valuta la partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura. In particolare, rientrano in questa categoria gli *item* che fanno riferimento ai processi decisionali all'interno del reparto, alle modalità di organizzazione del lavoro e di gestione delle problematiche, al potere e all'autorità dei responsabili infermieristici e alle opportunità di carriera offerte dall'azienda. La seconda macroclasse, formata da 10 *item*, individua la qualità delle cure infermieristiche. Gli *item* proposti in questa sezione riguardano principalmente le competenze cliniche degli infermieri, i programmi di gestione della qualità e di formazione del personale e i modelli di assistenza adottati nell'unità operativa. Il terzo gruppo contiene 5 domande per rilevare la capacità manageriale degli infermieri, *leadership* e supporto del personale infermieristico e ha, dunque, l'obiettivo di comprendere il ruolo dei responsabili nel sostenere e valorizzare l'attività degli infermieri. Il quarto gruppo si compone di 4 *item* e valuta l'adeguatezza dello *staff* e delle risorse a disposizione del personale, focalizzandosi sul numero di infermieri e sul tempo che questi riescono dedicare al paziente per garantire un'assistenza qualitativamente valida. La quinta e ultima macroclasse, con 3 *item*, rileva la relazione e il grado di cooperazione tra i professionisti, ossia se vi è molto lavoro in comune nonché qualità della collaborazione tra medici e infermieri. Nella **tabella 1** sono riportati in maniera dettagliata i 31 *item* che costituiscono il PES-NWI con indicata la macroclasse di appartenenza di ciascuno. A ogni domanda è associata una scala di risposta composta di quattro livelli: 1 completamente in disaccordo, 2 in disaccordo, 3 d'accordo e 4 completamente d'accordo.

Il periodo di osservazione è stato di 12 mesi, da marzo 2010 a febbraio 2011, e durante questo arco temporale gli infermieri rispondenti sono stati 1601 appartenenti a 64 aziende sanitarie diverse. Le informazioni raccolte dai questionari sono state poi codificate e inserite in un *database* per essere elaborate attraverso il *software* statistico SPSS versione 19. Per il calcolo degli *score* degli *item* del PES-NWI di ogni infermiere è stata utilizzata la media aritmetica, cioè la

sommatoria dei valori associati a ogni *item* sulla scala da 1 a 4 sul numero totale di *item* per i quali è presente la risposta. Anche per il calcolo degli *score* delle macroclassi del PES-NWI è stata utilizzata la media aritmetica dei valori rilevati per gli *item* appartenenti a quella macroclasse.

È d'uopo inoltre precisare che a ogni infermiere è stato garantito l'assoluto anonimato nella gestione dei dati personali e dei dati forniti, i quali sono stati rielaborati e presentati solo in forma aggregata, nel pieno rispetto della normativa vigente. L'anonimato delle risposte dovrebbe, oltretutto, assicurare affermazioni non menzognere da parte degli intervistati, aumentando in tal modo l'affidabilità dei dati rilevati.

Le analisi quantitative sono state condotte in due momenti: dapprima è stato realizzato uno studio esplorativo volto a descrivere le caratteristiche generali del campione e, successivamente, l'attenzione è stata concentrata sul contesto lavorativo infermieristico. Con specifico riferimento a questo secondo aspetto, l'indagine è stata articolata su tre livelli:

- indagine dei risultati aggregati a livello Paese per ogni *item*;
- analisi e comparazione dei risultati ottenuti per le 5 macroclassi del PES-NWI;
- confronto degli *score* di ogni macroclasse del PES-NWI delle Tin italiane con i dati presentanti dallo studio condotto su ospedali statunitensi (Lake, 2002).

3. Il campione

Lo studio è stato condotto sul personale infermieristico afferente ai reparti di Terapia intensiva neonatale di 63 strutture ospedaliere italiane. Al riguardo è opportuno precisare che la ricerca presentata rientra nell'ambito di un progetto molto più ampio condotto a livello nazionale orientato alla diffusione dei dati in ambito neonatologico (progetto Sonar).⁸ A tale progetto partecipano, su base volontaria, alcune delle strutture ospedaliere che costituiscono il *Network* neonatale italiano⁹ (Inn) che, a sua volta, confluisce nel *network* neonatale internazionale (VON). Il ricorso alla libertà di adesione è dunque una scelta dettata dalle specifiche caratteristiche del progetto nazionale promosso e condotto

Tabella 1Gli *item* proposti agli infermieri costituenti il PES-NWI

Fonte: elaborazione dell'autore

	<i>Item</i>	Media	Dev. std.	Macroclasse
1	Vi sono attività di supporto che mi permettono di dedicare abbastanza tempo ai miei pazienti	2,34	0,76	4
2	Medici e infermieri hanno dei buoni rapporti di lavoro	2,83	0,63	5
3	I responsabili supportono e sostengono gli infermieri	2,52	0,77	3
4	Vi è uno sviluppo attivo dell' <i>équipe</i> , oppure programmi di formazione permanente per gli infermieri	2,56	0,79	2
5	Vi sono opportunità di avanzamento di carriera in ambito assistenziale	1,97	0,75	1
6	Vi è la possibilità per gli infermieri di prendere parte alle decisioni gestionali	2,14	0,76	1
7	I responsabili utilizzano gli errori come opportunità	2,41	0,76	3
8	Vi sono opportunità e tempo per discutere dei problemi relativi all'assistenza dei pazienti con gli altri infermieri	2,40	0,75	4
9	Vi sono abbastanza infermieri per fornire assistenza qualitativamente valida	2,06	0,81	4
10	Vi sono responsabili infermieristici con buone capacità gestionali e con <i>leadership</i> riconosciuta	2,47	0,82	3
11	La Caposala è presente e facilmente accessibile all' <i>équipe</i>	2,95	0,77	1
12	Vi è un numero sufficiente di infermieri per svolgere il lavoro	2,13	0,80	4
13	I lavori ben fatti vengono riconosciuti e lodati	2,15	0,75	3
14	L'amministrazione si aspetta elevati standard di assistenza	2,91	0,75	2
15	Il responsabile infermieristico ha potere e autorità paragonabili a quelli di altri alti dirigenti dell'ospedale	2,16	0,77	1
16	Vi è molto lavoro in comune tra infermieri e medici	2,84	0,66	5
17	Vi è possibilità di avanzamento di carriera	1,94	0,73	1
18	Vi è una chiara «filosofia» dell'assistenza infermieristica che pervade l'ambiente di cura	2,47	0,72	2
19	Vi è la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti	2,99	0,60	2
20	Il responsabile infermieristico sostiene l' <i>équipe</i> infermieristica nel processo decisionale, anche quando vi sono contrasti con i medici	2,59	0,82	3
21	L'amministrazione ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti	1,85	0,68	1
22	Vi è un programma attivo di gestione della qualità	2,52	0,77	2
23	Gli infermieri sono coinvolti nella gestione interna dell'ospedale	2,31	0,79	1
24	Vi è collaborazione tra infermieri e medici	2,80	0,67	5
25	Vi è un programma di inserimento dei neoassunti	2,65	0,91	2
26	L'assistenza infermieristica è basata su un modello infermieristico, piuttosto che medico	2,79	0,72	2
27	Gli infermieri hanno la possibilità di partecipare a gruppi di lavoro infermieristici ospedalieri	2,55	0,78	1
28	I responsabili infermieristici si consultano con l' <i>équipe</i> sui problemi giornalieri e sull'operatività	2,42	0,79	1
29	Vi sono piani di assistenza scritti ed aggiornati per tutti i pazienti	2,42	0,83	2
30	Vi è un'assegnazione dei pazienti che garantisce la continuità delle cure	2,70	0,87	2
31	Vengono utilizzate le diagnosi infermieristiche	2,08	0,83	2

proprio dai centri partecipanti, i quali, attraverso queste iniziative, mirano a individuare e implementare pratiche migliorative su temi particolari per i quali si sia dimostrata la necessità di miglioramento. In particolare, come detto innanzi, gli istituti che hanno partecipato allo studio sono stati 64 per un totale di 1601 infermieri rispondenti. Tuttavia, il campione originario ha subito un processo di «pulitura» finalizzato a garantire una rappresentazione più veritiera e affidabile dei risultati riportati. Nello specifico, a livello di ospedale sono stati eliminati i casi riferiti a strutture che presentavano un numero di infermieri rispondenti inferiore a 5, evitando così di prendere in considerazione quei centri per i quali era presente una valutazione troppo soggettiva del contesto lavorativo a causa del basso tasso di risposta. A livello di personale infermieristico, invece, sono stati rimossi i casi che presentavano valori mancanti con riferimento al PES-NWI superiore al 30%, cioè oltre 9 risposte sui 31 *item* proposti. Tale procedimento di *data cleaning* ha portato all'eliminazione di 9 casi riducendo il campione iniziale a 1592 infermieri afferenti a 63 aziende. Nelle strutture rimanenti il tasso di risposta è stato elevato: infatti, 58 centri su 63 (92,06%) presentano un numero di casi uguale o superiore a 15, così da rendere attendibili i dati riferiti a ciascuna Tin analizzata.

I 63 istituti, che costituiscono il campione, rappresentano il 70% dei centri iscritti all'Inn e circa il 52% dell'intera popolazione composta da 121 unità operative. Pertanto, le aziende ospedaliere aderenti all'iniziativa, nonostante siano numerose e distribuite su gran parte del territorio italiano, non rappresentano la totalità delle Tin; inoltre, data l'assoluta libertà di adesione, non è stato possibile applicare nessuna procedura di campionamento casuale e i risultati di seguito presentati sono stati ritenuti validi limitatamente ai centri partecipanti.

La distribuzione delle strutture in oggetto, sul territorio nazionale, è così rappresentata: 31 nel Nord Italia (49%), 10 nel Centro Italia (16%) e 22 nel Sud Italia (35%) (figura 1). Fanno parte del nord Italia le strutture di Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto e Friuli Venezia Giulia, del Centro Italia le strutture di Lazio, Umbria e Toscana, e del Sud Italia le strutture di Molise, Puglia,

Campania, Sicilia e Calabria. La mancata presenza di alcune regioni dall'analisi è conseguenza del fatto che non esistono al loro interno aziende ospedaliere che partecipano al progetto sopra illustrato.

Per quanto concerne le dimensioni dei centri partecipanti, definite in base al numero di posti letto dell'azienda sanitaria,¹⁰ il campione è così composto (figura 2): 17 centri con meno di 500 posti letto (27%), 17 centri con un numero di posti letto compreso tra 500 e 700 (27%), 18 centri con un numero di posti letto compreso tra 701 e 1000 (29%) e 11 centri con oltre 1000 posti letto (17%).

All'interno delle strutture, il *target* di riferimento sono stati tutti gli infermieri e le infermiere che afferiscono alle Tin, con esclusione dei coordinatori infermieristici (caposala). È opportuno qui rammentare che i requisiti per l'arruolamento degli infermieri sono due: lavorare nel reparto di Terapia intensiva neonatale da almeno tre mesi e firma del consenso informato. Qualora un nuovo infermiere fosse entrato a far parte dello *staff* dopo l'inizio dello studio, egli avrebbe potuto aderire al progetto solo trascorsi tre mesi dal suo inserimento nella Tin. Per il personale infermieristico la partecipazio-

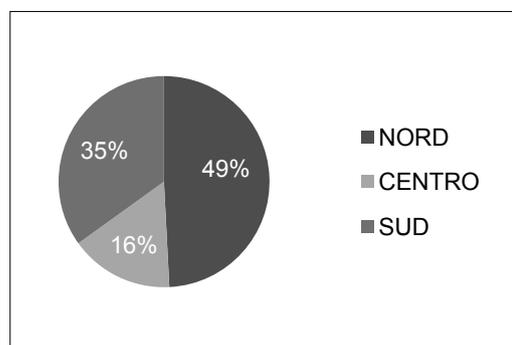


Figura 1
Distribuzione geografica del campione sul territorio nazionale
Fonte: elaborazione dell'autore

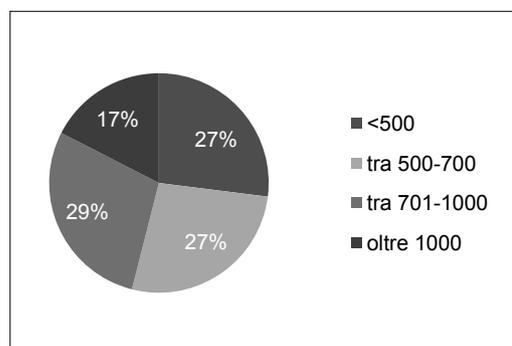


Figura 2
Dimensioni delle strutture ospedaliere in base al numero di posti letto
Fonte: elaborazione dell'autore

ne all'indagine è stata su base volontaria e, pertanto, non è stato effettuato un campionamento degli infermieri. È doveroso comunque precisare che, nonostante la libertà di adesione, gli infermieri hanno partecipato allo studio con entusiasmo e che sono stati rilevati pochissimi questionari incompleti; precisamente, hanno risposto con successo 1592 infermieri,¹¹ di cui 1491 donne (93,7%) e 100 uomini (6,3%).

4. Risultati

Nella tabella 1 sono riportati i 31 *item* del PES-NWI proposti agli infermieri, a ognuno dei quali è associato il valore medio rilevato,¹² la deviazione standard e la macroclasse di appartenenza.

I valori degli *score* sono compresi nell'intervallo 1,85 e 2,99, ciò sottolinea che il personale infermieristico risulta particolarmente in disaccordo sul fatto che l'amministrazione ascolti e risponda ai problemi dei dipendenti e al contempo è in forte accordo che vi sia la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti. Queste due evidenze sono inoltre rafforzate dal minore valore della deviazione standard legata ai dati¹³ rispetto alla deviazione standard media dei 31 *item* (0,77). Tuttavia, in generale, considerato l'intervallo di valori utilizzato per la misurazione degli *item* (scala a 4 punti), una deviazione standard media di 0,77 con un valore minimo di 0,60 e un massimo di 0,91, evidenzia dei dati molto variabili. In realtà, questa variabilità è da attribuire, più che alle caratteristiche dell'infermiere, alla struttura di afferenza. Infatti, i dati presentati sono riferiti a infermieri che operano in ospedali diversi tra loro, ognuno dei quali con proprie caratteristiche che influenzano il giudizio dell'intervistato su ogni specifico *item*. Raggruppando i risultati a livello di ospedale si

assisterebbe a una riduzione della variabilità delle valutazioni all'interno dei centri, permettendo, inoltre, di costruire una graduatoria delle strutture in base al loro livello medio di PES-NWI e facendo altresì emergere le aziende più virtuose. Tuttavia, l'obiettivo di questo primo studio è quello di fornire una panoramica del fenomeno concentrandosi sui dati aggregati a livello Paese.

Per una migliore comprensione dei dati, ulteriori statistiche descrittive sono presentate nella **tabella 2**.

La prima osservazione rilevante è che la media complessiva del PES-NWI delle Tin italiane è di 2,45, cioè al di sotto del valore medio dell'intervallo di riferimento (2,50). Il dato risulta ancora più critico se si considera che 17 *item* su 31 (54,84%) sono inferiori al livello di soglia medio. I risultati, dunque, evidenziano una generale situazione di insoddisfazione da parte degli infermieri sulla qualità del loro contesto di lavoro aziendale e sull'organizzazione del reparto.

Per indagare nello specifico quali siano i principali aspetti che generano tale percezione di malcontento, si presentano nella **tabella 3** gli *item* con gli *score* compresi nel primo quartile (inferiori a 2,15).

Dall'analisi dei dati emerge che i 3 *item* con gli *score* più bassi in assoluto sono tutti compresi nella prima macroclasse, volta a misurare il grado di partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura. La rilevanza del problema è sottolineata dal fatto che su 9 *item* utilizzati per misurare questo particolare aspetto del contesto lavorativo ben 4 si posizionano nel primo quartile (44,44%) e che complessivamente rappresentano il 50% degli 8 *item* presenti nella fascia di valori più bassa. Un'ulteriore considerazione riguarda la quarta macroclasse del PES-NWI, che rileva l'adeguatezza dello *staff* e delle risorse a disposizione del personale. Infatti, su 4 domande definite per la sua valutazione, 2 si posizionano nel primo quartile (50%), rappresentando così il 25% degli *item* considerati maggiormente critici dagli infermieri rispondenti. In particolare, si preme sottolineare che entrambi gli *item* hanno a oggetto la dotazione di personale infermieristico presso il reparto (*item* 9 e 12). Le altre due problematiche presenti nel primo quartile appartengono alla seconda e alla terza macroclasse e costituiscono ambedue

Tabella 2

Statistiche descrittive del campione

Fonte: elaborazione dell'autore

Statistiche	
1° quartile	2,15
2° quartile	2,46
3° quartile	2,67
Media	2,45
Dev. Std.	0,30

	<i>Item</i>	Media	Dev. std.	Macroclasse
21	L'amministrazione ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti	1,85	0,68	1
17	Vi è possibilità di avanzamento di carriera	1,94	0,73	1
5	Vi sono opportunità di avanzamento di carriera in ambito assistenziale	1,97	0,75	1
9	Vi sono abbastanza infermieri per fornire assistenza qualitativamente valida	2,06	0,81	4
31	Vengono utilizzate le diagnosi infermieristiche	2,08	0,83	2
12	Vi è un numero sufficiente di infermieri per svolgere il lavoro	2,13	0,80	4
6	Vi è la possibilità per gli infermieri di prendere parte alle decisioni gestionali	2,14	0,76	1
13	I lavori ben fatti vengono riconosciuti e lodati	2,15	0,75	3

il 12,50% degli *item* critici. Va segnalato, infine, che non sono presenti tra le criticità gli *item* della quinta macroclasse per la valutazione delle relazioni e cooperazione tra medici e infermieri.

Se i risultati appena illustrati rendono noti gli elementi che inducono maggiormente gli infermieri delle Tin a avere una percezione del proprio contesto lavorativo aziendale al di sotto del livello medio, è giusto analizzare anche le aree che presentano degli *score* medi elevati al fine di avere un quadro più completo. Nella **tabella 4**, pertanto, si mostrano gli *item* compresi nell'ultimo quartile (*score* medio superiore a 2,67) e che possono essere considerati come punti di forza delle aziende sanitarie analizzate.

Il primo risultato apprezzabile è che tutti gli *item* della macroclasse 5 (100%), per la valutazione delle relazioni e cooperazione tra medici e infermieri, hanno valori compresi nel quarto quartile e rappresentano il 37,50% dell'intervallo di riferimento. Meritevole di

considerazione è anche il dato registrato per la seconda macroclasse volta a misurare la qualità delle cure infermieristiche, poiché 4 dei 10 *item* proposti per la sua valutazione (40%) assumono valori oltre il terzo quartile, riproducendo il 50% dei valori compresi nell'intervallo. Infine, va segnalato che il restante *item* appartiene alla prima macroclasse (Partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura) e che non si registrano *item* della terza e quarta macroclasse che misurano rispettivamente la capacità manageriale degli infermieri, *leadership* e supporto del personale infermieristico e l'adeguatezza dello *staff* e delle risorse a disposizione del personale.

Mettendo in relazione i punti di forza e i punti di debolezza del contesto di lavoro degli infermieri emerge che questi ultimi considerano ottimi il loro rapporto con i medici e la qualità delle cure che forniscono ai pazienti, nonostante lamentino l'inadeguatezza delle risorse a loro disposizione e il poco supporto da parte dell'organizzazione.

Tabella 3

Item del PES-NWI con *score* compreso nel primo quartile

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 4

Item del PES-NWI con *score* compreso nel quarto quartile

Fonte: elaborazione dell'autore

	<i>Item</i>	Media	Dev. std.	Macroclasse
30	Vi è un'assegnazione dei pazienti che garantisce la continuità delle cure	2,70	0,87	2
26	L'assistenza infermieristica è basata su un modello infermieristico, piuttosto che medico	2,79	0,72	2
24	Vi è collaborazione tra infermieri e medici	2,80	0,67	5
2	Medici e infermieri hanno dei buoni rapporti di lavoro	2,83	0,63	5
16	Vi è molto lavoro in comune tra infermieri e medici	2,84	0,66	5
14	L'amministrazione si aspetta elevati standard di assistenza	2,91	0,75	2
11	La Caposala è presente e facilmente accessibile all'équipe	2,95	0,77	1
19	Vi è la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti	2,99	0,60	2

Spostando l'analisi dai valori dei singoli *item* a quelli medi di ciascuna macroclasse è possibile rafforzare e ampliare le valutazioni fatte fino a questo momento. I valori medi riferiti alle 5 macroclassi che compongono il PES-NWI sono presentati nella **tabella 5**.

I dati mostrano che 3 macroclassi su 5 non superano il livello medio della scala di valutazione pari a 2,5, che il valore massimo è raggiunto dalla macroclasse 5 con una media di 2,82 e il valore minimo dalla macroclasse 4 con una media di 2,22. L'analisi per macroclassi conferma, dunque, le conclusioni evidenziate per singolo *item*, rilevando come le criticità maggiori avvertite dagli infermieri riguardano principalmente due temi: l'adeguatezza dello *staff* e delle risorse a disposizione del personale (macroclasse 4) e la partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura (macroclasse 1). Allo stesso modo, risultano meno problematiche le aree che considerano le relazioni e la cooperazione tra medici e infermieri (macroclasse 5) e la qualità delle cure infermieristiche (macroclasse 2).

Per concludere, si presenta il confronto tra i risultati presentati nello studio di E. Lake (2002) e quelli delle Tin italiane (**tabella 6**). Purtroppo, non esistono a oggi in letteratura ricerche analoghe condotte su reparti di Terapia intensiva neonatale di altri Paesi, pertanto si è deciso di effettuare un parallelo con lo studio originario esposto da Lake. Prima di analizzare i dati sono però necessarie due precisazioni:

1) lo studio statunitense fa riferimento al personale infermieristico di tutta l'azienda ospedaliera¹⁴ e non di un singolo reparto come nel caso italiano;

2) i dati statunitensi sono stati raccolti tra il 1985-1986 e, di conseguenza, vanno con-

testualizzati rispetto al periodo storico di riferimento.

La comparazione tra le due ricerche ha quindi il solo scopo di dare un'idea generale della qualità del contesto di lavoro percepito dagli infermieri afferenti alle Tin italiane rispetto ad altre realtà. In particolare, il confronto permette di rilevare le principali differenze esistenti tra i contesti di lavoro delle aziende italiane rispetto a quelli degli ospedali magnete¹⁵ statunitensi, modelli di eccellenza nella pratica infermieristica, e non magnete.

I dati riportati mostrano gli *score* medi delle 5 macroclassi del PES-NWI rilevati nelle aziende italiane inferiori sia agli *score* medi degli ospedali magnete statunitensi che a quelli delle strutture non magnete. In particolare, le maggiori differenze si riscontrano per l'adeguatezza dello *staff* e delle risorse a disposizione del personale (macroclasse 4) e la capacità manageriale degli infermieri, *leadership* e supporto del personale infermieristico (macroclasse 3), mentre l'unica macroclasse di *item* in linea con i valori rilevati per gli ospedali non magnete risulta la relazione e la cooperazione tra medici e infermieri (macroclasse 5).

5. Discussione

Lo studio presentato si prefiggeva l'obiettivo primario di fornire un'analisi qualitativa dei reparti di Terapia intensiva neonatale in Italia rilevando la percezione del personale infermieristico in merito al proprio contesto di lavoro. La qualità del contesto lavorativo aziendale impatta sugli *outcome* neonatali e sul tasso di mortalità dei neonati nelle TIN e per questo motivo, attraverso lo strumento del PES-NWI, si sono indagate le principali problematiche avvertite dagli infermieri du-

Tabella 5

Le macroclassi costituenti il PES-NWI con i relativi *score*

Fonte: elaborazione dell'autore

	Macroclasse	N.	Media	Dev. Std.
1	Partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura	1497	2,25	0,47
2	Qualità delle cure infermieristiche	1462	2,60	0,45
3	Capacità manageriale degli infermieri, <i>leadership</i> e supporto del personale infermieristico	1519	2,42	0,57
4	Adeguatezza dello <i>staff</i> e delle risorse a disposizione del personale	1503	2,22	0,58
5	Relazione e cooperazione tra medici ed infermieri	1574	2,82	0,52

rante lo svolgimento delle loro attività quotidiane e, di conseguenza, su quali aspetti il *management* dovrebbe intervenire per cercare di migliorare la situazione esistente. Inoltre, garantire un ambiente di lavoro salubre è necessario anche in un'ottica di contenimento dei costi in quanto l'evidenza mostra che sia più facile per le organizzazioni con contesti lavorativi migliori:

1) reperire e attrarre gli infermieri, limitando il fenomeno del *turn-over* infermieristico e i costi a esso collegati;

2) raggiungere migliori livelli di *performance*, riducendo così i costi legati agli esiti avversi del paziente.

Dall'analisi dei dati è però risultato che nel complesso gli infermieri che operano nelle Tin italiane hanno un giudizio negativo del proprio ambiente di lavoro. Lo *score* medio del PES-NWI è inferiore al valore intermedio della scala utilizzata per la sua misurazione (2,5) e per di più, per alcuni aspetti del contesto di lavoro, i livelli di *score* rilevati evidenziano una situazione di vera criticità. Sicuramente, il tema principale che emerge dall'osservazione dei risultati è la distanza con la quale l'amministrazione si pone nei confronti del personale infermieristico; infatti, oltre l'83% degli infermieri rispondenti si trova in disaccordo (53%) o completamente in disaccordo (30%) sul fatto che l'amministrazione «ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti» (*item* 21). Il concetto è altresì ribadito dall'analisi dei dati compiuta a livello di macroclasse dalla quale risulta evidente che la principale fonte di malcontento sia legata alla percezione degli infermieri di essere poco coinvolti

nella gestione della struttura (macroclasse 1, *score* 2,25).

Sintetizzando i valori degli *item* compresi nel primo quartile, il messaggio del personale infermieristico che è possibile cogliere è chiaro: manca da parte del management un programma che accompagni gli infermieri nel loro percorso di crescita professionale, partendo dal coinvolgimento nelle decisioni gestionali, al riconoscimento dei lavori ben fatti, fino all'opportunità di avanzamento di carriera. La conclusione è confermata sia dagli *item* compresi nel primo quartile di valori e riportati in tabella 3 (si vedano a tal proposito gli *item* 21 e 31 per la partecipazione alla gestione della struttura, l'*item* 13 per la valutazione della performance e gli *item* 5 e 17 per la valorizzazione del lavoro), e sia dalla presenza di relazioni di interdipendenza tra i suddetti *item*.¹⁶ Sono questi tutti temi cruciali per la creazione di un ambiente di lavoro salubre; nello specifico, una compartecipazione alla decisionalità clinica e organizzativa produce molti risultati positivi tra i quali: il miglioramento della percezione dell'efficacia dirigenziale, l'aumento dello sviluppo dello *staff*, della maturazione professionale, dello sviluppo di carriera (O'May e Buchan, 1999), della soddisfazione per il lavoro, delle potenzialità personali e della responsabilizzazione degli infermieri (Song *et al.*, 1997). Invece, la valutazione della performance legata al riconoscimento del contributo degli infermieri per i risultati dei pazienti e dell'organizzazione è un indicatore del rispetto nei loro confronti (Devine e Turnbull, 2002). La percezione degli infermieri di mancanza di considerazione sul posto di lavoro è, purtroppo, un problema ampiamente diffuso e documentato da numerosi studi (Bauman *et*

Tabella 6

Confronto tra gli score del PES-NWI delle Tin italiane con gli ospedali statunitensi
Fonte: elaborazione dell'autore

	Macroclasse	Ospedali magnete	Ospedali non magnete	Tin italiane
1	Partecipazione degli infermieri nella gestione della struttura	2,76	2,44	2,25
2	Qualità delle cure infermieristiche	3,09	2,83	2,60
3	Capacità manageriale degli infermieri, <i>leadership</i> e supporto del personale infermieristico	3,00	2,68	2,42
4	Adeguatezza dello <i>staff</i> e delle risorse a disposizione del personale	2,88	2,49	2,22
5	Relazione e cooperazione tra medici ed infermieri	2,99	2,82	2,82
	Media	2,94	2,65	2,45

al., 2001; Storch *et al.*, 2002; Gaudine e Beaton, 2002). Progettare strutture a bassa organizzazione che decentralizzano il processo decisionale, consolidare una rappresentanza infermieristica nel *corpus* del processo decisionale, creare sistemi di remunerazioni e ricompense che riconoscano le esperienze, le responsabilità e le prestazioni degli infermieri sono tutti interventi organizzativi che influenzano positivamente le motivazioni dei lavoratori e contribuiscono a creare ambienti aziendali positivi.

Alla luce di quanto appena detto è dunque ancor più comprensibile l'insoddisfazione degli infermieri se si considera che essi valutano molto positivamente la qualità delle prestazioni da loro fornite. In particolare, oltre l'85% degli intervistati dichiara di lavorare con colleghi clinicamente competenti e, in generale, lo *score* associato alla macroclasse volta a misurare il livello di qualità delle cure infermieristiche (2,60) è al di sopra della media (si vedano a tal proposito, in tabella 4, gli *item* 9, 14, 26 e 30 posizionati nella fascia di valori più alta). Pertanto, il fatto che gli infermieri ritengano di fornire alti livelli di prestazione e di essere clinicamente competenti ma che, al contempo, non si sentano abbastanza coinvolti dall'organizzazione (ad esempio, permettendo loro di dimostrare le loro competenze nei processi decisionali) è un fenomeno che può essere visto in maniera unitaria e che influisce, inevitabilmente, in maniera negativa sulla valutazione del contesto lavorativo e su i loro livelli di performance. La situazione delineata è inoltre in contraddizione con il nuovo ruolo dell'infermiere voluto dal Legislatore, brevemente descritto nella parte introduttiva di questo lavoro, che afferma per il personale infermieristico un livello di formazione più elevato con maggiori competenze e, allo stesso tempo, gli riconosce più importanti responsabilità nonché autonomia decisionale.

Un altro aspetto emerso dai dati, che vale la pena approfondire, è la forte percezione di carenza di personale. Infatti, è idea diffusa tra gli intervistati che il numero di infermieri sia insufficiente sia per svolgere il lavoro quotidiano (*item* 12) e sia per fornire assistenza qualitativamente valida (*item* 9). La carenza di personale è spesso il risultato di ambienti di lavoro non salubri (Shindul-Rothschild, 1994; Dunleavy *et al.*, 2003) e,

pertanto, anche questo problema è da imputare all'amministrazione, incapace di reperire o trattenere il proprio personale infermieristico. Avere migliori tassi di reclutamento e trattenimento degli infermieri, nonché una giusta dotazione di personale infermieristico, non solo crea l'ospedale magnete ma ottiene un abbassamento dei carichi di lavoro, dei tassi di mortalità dei pazienti (Aiken *et al.*, 1994), una riduzione degli eventi avversi, una diminuzione delle giornate di degenza e, di conseguenza, l'abbattimento dei costi.

Infine, per completezza dell'indagine, va sottolineato il dato che fa riferimento alla relazione medico-infermieri. Tutti gli *item* proposti per misurare la qualità della relazione e della collaborazione tra i medici e gli infermieri sono collocati nella parte alta della classifica degli *score* (*item* 2, 16, 24, tabella 4) e questo è un risultato confortante anche alla luce delle considerazioni fatte finora. Il buon rapporto tra gli operatori fa ben sperare che sia possibile, attraverso il dialogo e la cooperazione, definire dei piani strategici condivisi che permettano di migliorare l'organizzazione delle attività quotidiane di reparto e il contesto lavorativo nell'azienda sanitaria. A tal proposito, è stato dimostrato che le relazioni collaborative con i medici all'interno dell'organizzazione accrescono la fiducia (Leach, 2005), possono portare a rispettare reciprocamente sia le conoscenze specifiche di ognuno che quelle condivise, migliorano l'efficacia delle azioni dell'infermiere (Upenieks, 2002) e facilitano il perseguimento degli obiettivi aziendali.

In conclusione, attraverso l'analisi dei contesti di lavoro delle aziende sanitarie è emerso che gli infermieri hanno una percezione non molto positiva del proprio ambiente lavorativo. Gli aspetti che incidono in maniera negativa sul loro giudizio sono principalmente legati a inefficienze di tipo organizzativo-gestionale e a una amministrazione che non supporta in maniera adeguata la crescita e lo sviluppo professionale degli infermieri; al contrario, gli aspetti positivi sono legati alle loro competenze e ai rapporti collaborativi con i medici. Lo scenario descritto richiede per le aziende sanitarie un cambiamento nei processi organizzativi orientati alla valorizzazione delle competenze e del ruolo critico degli infermieri nel dare assistenza al paziente. In modo particolare, è

auspicabile la creazione di una pratica di governo condiviso, per evitare che questi operatori vengano utilizzati per svolgere compiti non adeguati al livello della formazione ricevuta generando uno spreco di risorse.

6. Conclusione

La ricerca presentata fornisce un quadro generale dei reparti Tin in Italia con specifico riferimento al contesto lavorativo infermieristico, aspetto rilevante sul quale il *management* può intervenire per migliorare la *performance* dell'azienda ospedaliera. L'auspicio di chi scrive, infatti, è quello che i manager possano prendere atto dei risultati riportati per cambiare il proprio stile di direzione aziendale, il quale dovrebbe essere orientato alla creazione di migliori condizioni di lavoro per l'infermiere e alla valorizzazione della sua professionalità.

Ci sono tuttavia degli aspetti della ricerca che devono essere considerati e che possono rappresentare dei limiti nell'interpretazione dei dati. Il primo di questi riguarda il campione sul quale è stata condotta l'indagine poiché, nonostante esso sia composto da oltre il 50% delle Tin presenti sul territorio italiano e che per diversità di dimensione e posizione geografica sia in grado di rappresentare molto bene l'intera popolazione di riferimento, la libera scelta degli ospedali di aderire allo studio fa sì che i risultati non possano essere estendibili a tutto l'universo. Difatti, è verosimile che abbiano deciso di partecipare al progetto solo le strutture più virtuose e che quindi i dati presentati potrebbero fotografare una situazione migliore rispetto a quella reale. La seconda osservazione concerne il particolare contesto nel quale è stata condotta l'indagine. Il *focus* sui soli reparti di terapia intensiva neonatale rendono i risultati non generalizzabili neanche a tutto l'ospedale di riferimento. I delicati casi trattati nelle Tin¹⁷ potrebbero infatti influenzare i risultati connessi alla percezione dell'ambiente lavorativo tuttavia, a causa della mancanza di studi pregressi, non è facile quantificare l'impatto della tipologia di attività svolte dall'unità operativa sulla stima del PES-NWI. Per questo motivo, anche con riferimento al parallelo con lo studio americano presentato nella parte conclusiva dei risultati (tabella 6), è necessario sempre tener conto in fase di va-

lutazione dei risultati del contesto nel quale lo strumento viene adoperato. Da ultimo, è d'uopo sottolineare alcuni limiti propri del PES-NWI come strumento per la valutazione dell'ambiente lavorativo infermieristico: uno su tutti, si evidenzia, l'affidabilità del giudizio sulla qualità della relazione esistente tra medici e infermieri in quanto scaturisce dalla sintesi di soli 3 *item* (macroclasse 5).¹⁸

La ricerca, infine, lascia spazio a ulteriori approfondimenti e sviluppi futuri, anche nella prospettiva di superare alcuni dei limiti sopra esposti ed arricchire lo studio in oggetto. Per esempio, a parere di chi scrive, potrebbe essere interessante capire quali sono i livelli medi dei PES-NWI delle neonatologie di altri Paesi al fine sia di avere un termine di paragone più appropriato per il contesto nazionale italiano e sia per continuare ad alimentare quel processo di diffusione delle conoscenze in ambito neonatologico di cui si è già parlato nella parte introduttiva. Un ulteriore approfondimento potrebbe essere condotto spostando il *focus* dell'analisi dal singolo reparto all'intera azienda ospedaliera. Una ricerca che va in questo senso potrebbe far emergere i centri con livelli di PES-NWI migliori e, indagando le caratteristiche comuni di queste strutture, sarebbe possibile individuare gli elementi distintivi di un modello organizzativo vincente, aiutando ancora di più il *management* a focalizzare il proprio intervento sulle condizioni necessarie per la creazione di un ambiente di lavoro salubre.

Note

1. Per approfondire l'evoluzione della normativa infermieristica si rimanda al Dm del 14 settembre 1994, n. 739, alla Legge del 26 febbraio 1999, n. 42, alla Legge del 10 agosto 2000, n. 251, alla Legge dell'8 gennaio 2002, n. 1 e alla Legge del 1° febbraio, 2006, n. 43.
2. Decreto del Ministero della Sanità n. 739, del 14 settembre 1994.
3. I reparti di terapia intensiva neonatale trattano neonati di peso molto basso (≤ 1500 grammi) o di età gestazionale molto bassa (< 30 settimane), definiti anche come Vlbw (*Very low birth weight*).
4. Il tasso di bambini nati prematuri oscilla nelle diverse Nazioni tra il 5-18%. Per avere dati più dettagliati si rimanda a Howson *et al.*, 2012.
5. Il VON, fondato nel 1988, rappresenta oggi il più grande *network* neonatale internazionale con oltre 1000 centri di Terapia intensiva neonatale (Tin) presenti in tutto il mondo. Il *network*, attraverso la sistematica raccolta e monitoraggio degli *outcome*

- neonatali, individua e promuove le *best practices* in ambito di cure neonatali e incoraggia il confronto tra i centri partecipanti (<http://www.vtoxford.org/>).
6. Dati socio-demografici (età, genere, nazionalità), dati circa il percorso formativo seguito (numero anni di formazione, tipologia di titolo di studio conseguito), dati sul suo percorso professionale (da quanti anni lavora come infermiere, da quanto tempo lavora nell'attuale struttura ospedaliera, presso quale reparto, a quale figura professionale risponde per aspetti di natura organizzativa o professionale, etc.).
 7. Il PES-NWI è uno strumento elaborato da Lake (Lake, 2002), validato a livello internazionale e è impiegato per misurare la pratica infermieristica in ambiente ospedaliero e come essa possa influenzare la performance degli infermieri.
 8. Studio sostenuto da un grant incondizionato per la ricerca di Chiesi Farmaceutici.
 9. Il *Network* neonatale italiano raggruppa oltre 90 centri italiani di Terapia intensiva neonatale, quindi la maggior parte delle strutture di questo genere attive nel nostro Paese. L'adesione all'Inn avviene su base volontaria. La *mission* del *network* è «migliorare la qualità della sicurezza delle cure destinate ai neonati e alle loro famiglie attraverso programmi coordinati di ricerca, formazione e progetti innovativi» (<http://www.neonatalnet.org>).
 10. Dati riferiti all'anno 2009, fonte: Banca dati del Servizio sanitario nazionale, <http://www.salute.gov.it/servizio/sezSis.jsp?label=usl>
 11. Un infermiere non ha specificato il genere e risulta come dato mancante nella variabile «sesso».
 12. Si ricorda che la scala dei valori ammissibili è compresa tra 1 (completamente in disaccordo) e 4 (completamente d'accordo).
 13. L'*item* n. 21, «L'amministrazione ascolta e risponde ai problemi dei dipendenti», e l'*item* n.19, «Vi è la possibilità di lavorare con infermieri clinicamente competenti», hanno rispettivamente una deviazione standard di 0,68 e 0,60, entrambe inferiori alla variabilità media dei 31 *item* (0,77).
 14. I dati presentati da E. Lake fanno riferimento al personale infermieristico di 16 ospedali «magnete» e i risultati ottenuti sono stati poi confrontati con gli *score* associati a 8 ospedali «non magnete». Per approfondire lo studio si rimanda a Lake, 2002.
 15. Gli ospedali magnete sono strutture certificate dall'*American Nurses Credentialing Center* per la loro eccellenza nella pratica infermieristica. Sono riconosciute come istituzioni con il miglior successo medio di risultati della soddisfazione professionale degli infermieri e del paziente dovuta a specifiche caratteristiche organizzative. Per approfondire il tema: Scott *et al.*, 1999; Bliss-Holtz *et al.*, 2004.
 16. Per misurare l'eventuale esistenza di legami tra gli *item* è stata effettuata una analisi delle associazioni mediante il test del Chi-quadrato ($\alpha < 1\%$) e il calcolo dell'indice D di Somers: il risultato ha confermato delle associazioni molto forti tra le variabili in oggetto (D di Somers $> 0,320$).
 17. I tassi di mortalità dei bambini nati prematuri restano elevati anche nei Paesi ad alto reddito (10%). Secondo il WHO, un milione di bambini muore annualmente a causa di complicazioni legate al parto pretermine e per di più, tra coloro che sopravvivono, spesso si riscontrano disabilità fisiche o neurologiche permanenti (Howson *et al.*, 2012).
 18. Per approfondire gli ulteriori limiti del PES-NWI si rimanda a E. Lake (2002).

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

- AHCPR (2003), *The effect of health care working conditions on patient safety*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.
- AIKEN H., CLARKE S., SLOANE D.M., SOCHALSKI J., SILBE J.H. (2002), «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *Journal of the American Medical Association*, 290 (12), pp. 1617-1623.
- AIKEN H., SLONE M., SOCHALSKI J. (1998), «Hospital organization and outcomes», *Quality in Health Care*, 7, pp. 222-226.
- AIKEN L., SMITH H., LAKE E. (1994), «Lower Medicare mortality among a set of hospital known for good nursing care», *Medical Care*, 32 (5), pp. 771-787.
- ALDANA S. (2001), «Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature», *American Journal of Health Promotion*, 15 (5), pp. 296-320.
- BAUMAN A., O'BRIEN-PALLAS L., ARMSTRONG-STASSEN M., BLYTHE J., BOURBONNAIS R., CAMERON S. et al. (2001), *Commitment and care. The benefits of a healthy workplace for nurses, their parents and the system*, Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation, Ottawa.
- BLISS-HOLTZ J., WINTER N., SCHERER E. (2004), «An invitation to magnet accreditation», *Nursing Management*, 35 (9), pp. 36-42.
- BOYLE S.M. (2004), «Nursing unit characteristics and patient outcomes», *Nursing Economics*, 3 (22), pp. 111-123.
- CHO S., KETEFIAN S., BARKAUSKAS V., SMITH D. (2003), «The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs», *Nursing Research*, 52 (2), pp. 71-79.
- CLIFFORD J., AMERICAN ORGANIZATION OF NURSE EXECUTIVES (1998), *Restructuring: the impact of hospital organization on nursing leadership*, AHA Press, San Francisco.
- CPRN (2004), *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses*, July, Ottawa.
- CRONKHITE L. (1998), *Role of the hospital nursing administrator in a changing health care environment. A study of conflicts and value*, Doctoral dissertation, University of Milwaukee, Wisconsin.
- DEVINE G., TURNBULL L. (2002), *Nurses' definitions of respect and autonomy in the workplace: Summary of focus groups with Canadian nurses*, Report commissioned for the Canadian Nursing Advisory Committee, Ottawa.
- DUGAN J., LAUER E., BOUQUOT Z., DUTRO B., SMITH M., WIDMEYER G. (1996), «Stressful nurses: the effect on patient outcomes», *Journal of Nursing Care Quality*, 10 (3), pp. 46-58.
- DUNLEAVY J., SHAMIAN J., THOMSON D. (2003), «Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks», *Canadian Nurse*, 99 (3), pp. 23-26.
- ESABROOKS J., MIDODZI W., CUMMINGS G., RICKER K., GIOVANNETTI P. (2005), «The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality», *Nursing Research*, 54 (2), pp. 74-84.
- GAUDINE A., BEATON M. (2002), «Employed to go against one's values. Nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations», *Canadian Journal of Nursing Research*, 34 (2), pp. 17-34.
- HORBAR J.D. (1999), «The Vermont Oxford Network: evidence-based quality improvement for neonatology», *Pediatrics*, 103, pp. 350-359.
- HOWSON C.P., KINNEY M., LAWN J., WHO (2012), *Born too soon: the global action report on preterm birth*, World Health Organization, Geneva.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (2004), *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*, National Academy Press, Washington.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (2006), *Preterm Birth: causes, consequences and prevention*, The National Academies Press, Washington, DC.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988), «Magnet hospital - Part I: institutions of excellence», *Journal of Nursing Administration*, 18 (1), pp. 13-24.
- KRAMER M., SCHMALENBERG C. (1988), «Magnet hospital - Part II: institutions of excellence», *Journal of Nursing Administration*, 18 (2), pp. 1-11.
- LAKE E. (2002), «Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index», *Research in Nursing & Health*, 25, pp. 176-188.
- LAKE E., FRIESE C.R. (2006), «Variations in nursing practice environments: relation to staffing and characteristics», *Nursing Research*, 55 (1), pp. 1-9.
- LASHINGER H., ALMOST J., TUER-HODES D. (2003), «Workplace empowerment and magnet hospital characteristics», *Journal of Nursing Administration*, 33 (7/8), pp. 410-422.
- LASHINGER H., FINEGAN J., SHAMIAN J., WILK P. (2000), «Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model», *Journal of nursing Administration*, 31 (5), pp. 260-272.
- LEACH L.S. (2005), «Nurse executive transformational leadership and organizational commitment», *Journal of Nursing Administration*, 35, pp. 228-37.
- LOWE G. (2004), «Thriving on healthy: reaping the benefits in our workplaces», in keynote presentation at the RNAO 4th Annual International Conference – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge, 17 November, Markham.
- NEEDLEMAN J., BUERHAUS P., MATTKE S., STEWART M., ZELEVINSKY K. (2002), «Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals», *New England Journal of Medicine*, 346 (22), pp. 1715-1722.
- O'MAY F., BUCHAN J. (1999), «Shared governance: a literature review», *International Journal of Nursing Administration*, 30 (6), pp. 330-335.
- RNAO (2006), *Developing and Sustaining Nursing Leadership*, June, RNAO, Toronto.
- RNAO (2007), *Professionalism in Nursing*, March, RNAO, Toronto.
- ROGOWSKI J., STAIGER D., PATRICK T., HORBAR J., KENNY M., LAKE E. (2013), «Nurse staffing and

- NICU infection rates», *JAMA Pediatr*, 167 (5), pp. 444-450.
- ROGOWSKI J., STAIGER D.O., HORBAR J.D. (2004), «Variations in the quality of care for very-low-birthweight infants: implications for policy», *Health Affairs* (Millwood), 23 (5), pp. 88-97.
- SCOTT J., SOCHALSKI J., AIKEN L. (1999), «Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice», *Journal of Nursing Administration*, 29 (1), pp. 9-19.
- SHINDUL-ROTHSCHILD J. (1994), «Restructuring redesign, rationing and nurses' morale. A qualitative study on the impact of competitive financing», *Journal of Emergency Nursing*, 20 (6), pp. 497-504.
- SONG B., DALY B., TRUDY E., DOUGLAS S., DYER M. (1997), «Nurse job satisfaction, absenteeism and turnover after implementing a special care unit model», *Research in Nursing and Health*, 20, pp. 443-452.
- STORCH J., RODNEY P., PAULY B., BROWN H., STARZOMSKI R. (2002), «Listening to nurses' moral voices: building a quality health care environment», *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15 (4), pp. 7-16.
- STORDEUR S., VANDENBERGHE C., D'HOORE W. (2000), «Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments», *Nursing Research*, 49 (1), pp. 37-43.
- UPENIEKS V. (2002), «What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behavior», *Journal of Nursing Administration*, 32 (12), pp. 622-632.

Proposta di modelli organizzativi di rete ospedale-territorio per la gestione delle cronicità

M. VEGLIO, S. BALESTRINI, L. BENSI, A. BRUSCHI, A. FREDIANI, L. GUIDOLIN, C. CARBONE

The increasing prevalence of chronic diseases and the need to rationalize the use of resources has stimulated the development of care models that can ensure the best service to the greatest number of people affected. The case of diabetes mellitus, the most common chronic disease in the general population at high impact in terms of health care expenditure for the frequency of acute and chronic complications of the disease, has been analyzed in a case study (Turin) by using the model of Integrated Management that involves the patients themselves, specialists of various disciplines and different professionals. Solutions are proposed to optimize the network of services based on interviews with stakeholders.

Keywords: diabetes, chronic care model, chronic illness

Parole chiave: diabete, reti diabete, malattie croniche

Note sugli autori

Massimo Veglio, SC Malattie Metaboliche e Diabetologia, Asl Torino 1 - veglio@fastwebnet.it
Stefania Balestrini, Medico di Medicina Generale, Genova

Laura Bensi, SC Medicina Trasfusionale ed Immunematologia, Ausl Valle d'Aosta

Alessandra Bruschi, Controllo di gestione e flussi informative, Ao C. Poma, Mantova

Andrea Frediani, psicologo/psicoterapeuta amministratore unico Blu acqua srl, Torino

Loredana Guidolin, European Medical Director, D-pharm, Tel Aviv, Israel

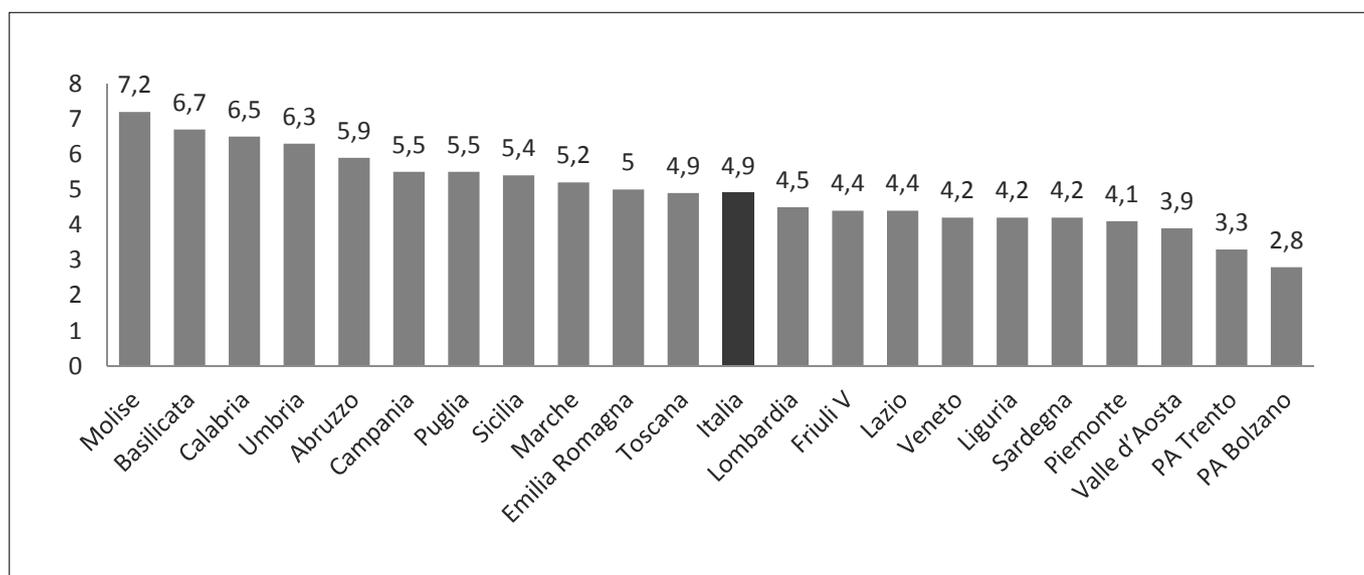
Clara Carbone, Direttore Master Emmas Sda Bocconi e Ricercatore Cergas

1. La rete diabetologica: definizione e rilevanza del fenomeno

Il fenomeno della «transizione epidemiologica» determinato da un miglioramento delle condizioni socio-economiche, da più alti livelli igienico-sanitari e dai continui progressi in campo biomedico in tutti i paesi industrializzati, ha caratterizzato l'evoluzione demografica, con un conseguente significativo incremento delle patologie cronicodegenerative. Diversi studi a livello regionale confermano che la prevalenza di malati cronici supera il 30% della popolazione complessiva, percentuale destinata a crescere con l'invecchiamento demografico. Fra le patologie croniche il diabete riveste un ruolo importante non solo per le dimensioni assunte e per l'impatto sulla spesa sanitaria globale ma, soprattutto, per la necessità di una gestione integrata che questa patologia porta con sé. Il Diabete Mellito è una delle malattie croniche la cui prevalenza è in aumento: si stima che nel mondo occidentale più del 5% della popolazione generale sia affetto da Diabete Mellito (WHO, 2005) e il dato di prevalenza aumenta significativamente con l'età. Anche da un'indagine nazionale (Istat, Annuario Statistico Italiano 2010) è emerso che il 5% della popolazione italiana è affetta da diabete, con una maggiore prevalenza nelle regioni del Sud che si attesta al 5,6% rispetto al 4% delle regioni del Centro e del Nord (in **figura 1** è presentata l'incidenza percentuale del diabete nelle diverse regioni). Il 6% dei pazienti diabetici è affetto dalla forma definita «tipo 1», o insulino-dipendente, a patogenesi autoimmune e a insorgenza prevalentemente infantile-giovanile. La maggior parte dei

SOMMARIO

1. La rete di diabetologia: definizione e rilevanza del fenomeno
2. La rete di diabetologia: definizione e rilevanza del fenomeno
3. Obiettivo e metodologia della ricerca
4. La riprogettazione della rete di diabetologia nell'Asl To1 e To2
5. Conclusioni

**Figura 1**

Incidenza della patologia diabetica nelle Regioni italiane (2010)

Fonte: Annuario statistico italiano (ISTAT), 2010

diabetici è, invece, affetta dal diabete «tipo 2» o non insulino-dipendente, a insorgenza in età adulta e a patogenesi multifattoriale (importante componente genetica, relazione con lo stile di vita e il sovrappeso corporeo). La malattia è diagnosticata in presenza di un'elevata concentrazione di glucosio nel sangue e la storia naturale è caratterizzata dall'occorrenza di complicanze acute (iperglicemia grave, acidosi, episodi ipoglicemici in conseguenza della terapia) e, soprattutto, di complicanze croniche. Queste ultime consistono in alterazione della funzione di diversi organi, causata dall'esposizione prolungata all'elevato tasso glicemico: si tratta principalmente di danni agli occhi (retinopatia), ai reni (nefropatia), ai nervi periferici (neuropatia) e alle arterie di tutto l'organismo (vasculopatiapluridistrettuale, in particolare cardiopatia ischemica, encefalopatia ischemica, arteriopatia degli arti inferiori). Lo studio CODE 2 (Massi Benedetti *et al.*, 2000) ha evidenziato che in Italia la spesa per l'assistenza ai soggetti affetti da Diabete Mellito rappresenta circa il 7% della spesa sanitaria globale e che la spesa sanitaria per i diabetici è doppia rispetto a quella sostenuta per la popolazione generale. La spesa è correlata soprattutto alla presenza di complicanze croniche sopra riportate e i ricoveri ospedalieri sono causa del 59,8% della spesa per l'assistenza ai soggetti diabetici: la

rimanente spesa è sostenuta per assistenza ambulatoriale (18,5%), la terapia farmacologica o l'utilizzo di presidi (21,7%).

D'altra parte i paesi sviluppati sono caratterizzati, come detto sopra, da un progressivo invecchiamento della popolazione, che ha determinato modifiche sostanziali nelle morbilità e ha richiesto un adeguamento delle risposte assistenziali, sia sul piano clinico sia su quello organizzativo-gestionale, considerato il complessivo aumento della prevalenza di tutte le malattie croniche e dei decessi a causa delle stesse (Suhrcke *et al.*, 2006; Mathers *et al.*, 2003). L'Italia non fa eccezione, come dimostrano i dati raccolti dall'Istat (Istat, Annuario Statistico 2010) che evidenziano che nelle fasce di età superiori ai 55 anni la prevalenza di almeno una malattia cronica è superiore al 50%.

In conseguenza di questa tendenza si è verificato un aumento dei costi sostenuti dal sistema legati alla cura delle malattie croniche, in particolare per la popolazione anziana. È stato per esempio valutato (Borgonovi *et al.*, 2011; Agnello *et al.*, 2011) che la spesa farmaceutica «pro capite» per i pazienti affetti da patologie croniche sia circa quattro volte superiore a quella per i non-cronici. Da ciò l'interesse a ipotizzare e implementare forme organizzative costo-efficaci che permettano di massimizzare l'allocazione delle risorse (Woo e Cockram, 2000).

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 e Spandonaro, 2007). La storia della medicina del XX secolo è, infatti, caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione della pratica medica e da un impiego crescente della tecnologia, mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da comorbidità, necessita di un approccio integrato e multidisciplinare di diagnosi e cura. Dal punto di vista operativo, la risposta alla domanda di salute indotta da una malattia cronica richiede (Wagner *et al.*, 1996):

1) un regolare contatto del cittadino-paziente con i servizi, il che 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 ristabilimento dello stato di salute. In alternativa è necessario un percorso condiviso nel quale i ruoli siano precisamente stabiliti, con un coordinatore di percorso che ne garantisca il buon funzionamento;

2) la centralità del contenuto assistenziale, oltre che sanitario, del paziente cronico;

3) la corretta informazione e il coinvolgimento del cittadino-paziente.

Negli anni più recenti si sono, quindi, sviluppate proposte di modelli assistenziali per le malattie croniche in conseguenza sia delle citate peculiarità assistenziali sia del rapporto tra le scarse risorse complessive disponibili nel sistema e le elevate necessità dei pazienti affetti da malattie croniche. Per esempio, in Germania si è affermato il modello *Statutory health insurance* (Shi, *Gesetzliche Krankenversicherung*); 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). Anche diverse regioni italiane hanno impostato *policy* specifiche per la cronicità (Carbone *et al.*, 2012): in particolare la Regione Lombardia ha introdotto il sistema basato sui CREG (*Chronic Related Group*, Longo 2011), la Toscana ha sviluppato il *Chronic care model*, mentre in Emilia Ro-

magna sono stati promossi numerosi percorsi per patologia dai nuclei di cure primarie e dalle Case della salute.

L'interesse nello studio dei modelli assistenziali a favore della popolazione diabetica consegue, quindi, alla necessità di organizzare una rete di servizi con lo scopo di minimizzare l'effetto di riduzione dello stato di salute in un'elevata proporzione della popolazione. La razionalizzazione dell'organizzazione e dell'utilizzo di risorse in un ambito a così elevato impatto in termini di costi sociali ed economico-finanziari si è resa ancor più necessaria negli ultimi anni, con il venir meno della disponibilità complessiva di risorse, prevalentemente dedicate ai settori dell'emergenza e dell'acuzie.

Le considerazioni sopra descritte hanno determinato l'identificazione di nuovi modelli assistenziali capaci di garantire la presa in carico dei pazienti con diabete, conferendo nuovi ruoli ai servizi territoriali e responsabilizzando i pazienti nella gestione della malattia e nella definizione di obiettivi finali, quali la riduzione dell'incidenza delle complicanze croniche (prevenzione primaria) o la limitazione della loro progressione (prevenzione secondaria) e l'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute. Sono anche identificati obiettivi intermedi, quali il mantenimento di una glicemia il più possibile vicina a *target* caratteristici di soggetti non diabetici e il controllo degli altri fattori di rischio che concorrono allo sviluppo delle complicanze (pressione arteriosa e colesterolo elevati, sovrappeso, inattività fisica, fumo di sigaretta).

In Italia si è sviluppata nel Ssn una rete diffusa di servizi diabetologici che ha nel tempo maturato una rilevante competenza tecnica riconosciuta anche in ambito internazionale clinico e di ricerca di base. La diffusione dei punti di erogazione dei servizi ai pazienti diabetici e la costituzione di *team* composti da medici diabetologi, infermieri professionali, dietisti e talvolta altre figure professionali sanitarie, ha nel tempo determinato un'affezione a questi servizi da parte dei pazienti tale da farli diventare il riferimento principale o addirittura unico dell'assistenza sanitaria, vista la necessità di controlli a periodicità frequente. Questa modalità assistenziale ha avuto come conseguenza la prevalente esaurazione dei Medici di medicina generale da

gran parte degli interventi, non solo in campo diabetologico ma dal piano di cura complessivo dei soggetti diabetici.

Se, da una parte, tale organizzazione ha permesso l'acquisizione dei team di diabetologia di competenze specialistiche molto preziose e di livello riconosciuto, dall'altra ha ridotto o esaurito la competenza di intervento diabetologico dei Medici di medicina generale. Inoltre, i servizi di diabetologia, seppure diffusi, non sono in grado di garantire tutti i controlli previsti dalle linee guida al numero sempre crescente di diabetici, a causa dell'aumentare della prevalenza della malattia (aumento della sopravvivenza, aumento della consapevolezza della malattia ed emersione di un cospicuo numero di casi misconosciuti). Dal 2005 il Ministero della Sanità ha fatto proprio un modello assistenziale che internazionalmente è ritenuto, come citato nei paragrafi in premessa, irrinunciabile per la cura non solo del Diabete Mellito, ma di tutte le malattie croniche. Tale modello, denominato in Italia «Gestione integrata» (Progetto IGEA, 2008), prevede il contemporaneo, continuativo e «integrato», appunto, intervento dei Medici di medicina generale, dei Medici specialisti e dei pazienti stessi: ogni attore ha il proprio ruolo nel piano di cura della malattia cronica (e del diabete in particolare), con utilizzo di strumenti adeguati al livello di preparazione tecnica, e si rivolge a numeri di soggetti di entità inversamente proporzionale al livello di complessità dell'intervento assistenziale. La Gestione integrata prevede anche una continua interrelazione tra i diversi attori del piano e la costruzione di una rete di servizi che assicurino tutti i livelli assistenziali di base e alcuni servizi di complessità superiore.

Progetti sperimentali di applicazione del modello della Gestione integrata sono stati lanciati in molte regioni, tra le quali il Piemonte dal 2008-2009 (Dgr 40 e Dd 979 Piemonte): il modello assistenziale ha incontrato difficoltà di accettazione del cambiamento organizzativo sia da parte dei Medici di medicina generale che degli specialisti e, spesso, anche dei pazienti. Ne consegue generalmente una non uniforme applicazione del modello sul territorio, mentre i risultati in termini di salute e di efficiente utilizzo delle risorse sono ancora da valutare. In Piemonte

il progetto sperimentale di applicazione del modello della Gestione integrata del Diabete Mellito tipo 2 è, inoltre, coinciso con una generale riorganizzazione territoriale delle aziende sanitarie che, in particolare per l'area metropolitana torinese, ha visto confluire aziende sanitarie diverse in un minor numero di aziende di maggiori dimensioni. Diabetologi e Medici di medicina generale con abitudini professionali differenti, anche derivanti dalla dipendenza da diverse indicazioni aziendali, si sono trovati a concertare e agire un modello assistenziale unico all'interno di una medesima azienda.

È da sottolineare che la ricerca di nuovi, più efficaci ed efficienti modelli di gestione in rete delle cronicità si interseca con una più generale necessità di riorganizzare la rete dei servizi sanitari che, in molte realtà italiane, ha determinato esperienze di fusione di più aziende sanitarie in un numero minore di aziende di maggiori dimensioni (Alesani, 2002; Lega, 2002; Lega, 2005; Longo, 2005). Il Piemonte non fa eccezione e il progetto di ridefinizione dei confini geografici e giuridici delle aziende sanitarie (si veda oltre il Caso delle Asl di Torino) ha costituito un'opportunità per formulare ipotesi su tutta la rete assistenziale diabetologica cittadina.

Il presente articolo, che pone una riflessione sulla rilevanza della costituzione di reti organizzative per la gestione del paziente diabetico attraverso l'esperienza di un caso aziendale, è frutto di un lavoro progettuale (progetto Dsa, Diagnosi e soluzione aziendale) svolto nel corso del 2011 da un gruppo di discenti all'interno del percorso formativo della decima edizione dell'Executive master in management delle aziende sanitarie e socio-assistenziali (Emmas). Di seguito:

- il § 2 presenta in dettaglio le finalità del lavoro e la metodologia utilizzata;
- il § 3 descrive il contesto aziendale in cui s'inserisce il lavoro di riprogettazione organizzativa;
- il § 4 riporta i risultati dell'analisi condotta e le ipotesi di riprogettazione organizzativa;
- il § 5 trae alcune considerazioni conclusive delineando spunti di riflessione sul tema.

2. Obiettivo e Metodologia della ricerca

Il presente articolo si pone l'obiettivo di proporre ipotesi di riprogettazione della rete di diabetologia presso un'Asl piemontese (Asl To1 e To2) nel rispetto del progetto regionale di gestione integrata tra specialisti ospedalieri e Mmg e alla luce del riordino del Ssr del 2008 che ha visto l'accorpamento delle precedenti Asl dell'area metropolitana torinese.

A fronte delle numerose iniziative di accorpamenti di aziende sanitarie avviate in diverse regioni a partire dai primi anni 2000, il caso aziendale prescelto riflette questo fenomeno, rilevante da un punto di vista politico e sociale, proponendo una riflessione sulle logiche di riprogettazione organizzativa di una determinata area di cronicità (diabetologia) a seguito di un cambiamento dell'assetto istituzionale (quale la fusione di aziende sanitarie). Per la selezione del caso studio la ricerca ha, dunque, adottato da un punto di vista metodologico il criterio del campionamento di casi «ad elevata sensibilità pubblica», in cui, sfruttando la rilevanza politica e sociale di una determinata situazione, si favorisce l'interesse per il caso stesso da parte della comunità di riferimento.

Per raggiungere tale obiettivo, seguendo il metodo di indagine del *case-study*, il gruppo di ricerca Dsa ha avviato le seguenti fasi:

- analisi della documentazione «grigia» (normativa di riferimento sia nazionale che regionale), da cui sono stati identificati gli «attori» del sistema e le variabili oggetto di studio;
- la scelta degli attori da intervistare ha tenuto conto della posizione occupata all'in-

terno dell'organizzazione e della pluridimensionalità del problema affrontato. In particolare, il gruppo ha invitato alle interviste tutti gli attori istituzionali (Agenzia regionale per la sanità, la Direzione generale Asl Torino 1 e 2, direttori di distretto, Preside della facoltà di Medicina dell'Università di Torino, presidenti di Società scientifiche) per il ruolo strategico da essi ricoperto, senza trascurare le informazioni ricevute dagli operativi (specialisti Aso, Asl e territoriali, Mmg) e dai destinatari del servizio, identificati nelle associazioni dei pazienti diabetici, in quanto capaci di apportare una visione d'insieme sui punti di forza e sulle criticità mostrate dalla Gestione integrata (**tabella 1**). La percentuale di risposta relativa al campione di indagine (79 invitati) è stata pari al 48%, con una rappresentatività del campione pari al 10% degli invitati. Dalle percentuali di risposta, la maggior rappresentatività del campione è data dagli specialisti Aso (100% tasso di risposta), dai rappresentanti delle associazioni dei pazienti (100% tasso di risposta) e dagli specialisti territoriali (83% tasso di risposta);

- i Medici di medicina generale (Mmg) rappresentano la categoria con maggior numero di inviti, visto l'alto numero di professionisti coinvolti (44 su 740) e il loro tasso di risposta: se, da una parte, tale dato rappresenta un valore percentuale sotto la media (32%), dall'altra, grazie all'elevato numero di interviste condotte (14 su 38) e alla trasversalità delle sedi presso cui sono state condotte le interviste, evidenzia come questa categoria venga ben rappresentata;

Tipologia Attori	Totale	Invitati	Intervistati	Invitati	% Risposta
Attori Istituzionali	14	14	10	100%	71%
Mmg	740	44	14	6%	32%
SUMAI	14	4	2	29%	50%
Specialisti ASO	16	5	5	31%	100%
Specialisti Territoriali	16	6	5	38%	83%
Associazione Pazienti	3	2	2	67%	100%
Aziende Produttrici		4	0		
Totali	803	79	38	10%	48%

Tabella 1
Interviste

Tabella 2
Variabili osservate

Dimensione	Variabile	Attori Istituzionali	Specialisti, SUMAI	MMG	Pazienti
Struttura organizzativa	Attori (tipologia e numero)				
	Organizzazione & Coordinamento				
Meccanismi	Sistemi informativi e Reporting				
	Procedure & Protocolli				
	Formazione & Competenze				
	Relazioni & Comunicazione				
	Confronto tra professionisti				
Assetto tecnologico	Layout (spazi dedicati)				

– l'identificazione delle variabili da sottoporre a osservazione è stata finalizzata all'analisi approfondita dell'esistente percepito dalle diverse prospettive istituzionali, gestionali, operative e dall'utente finale, seguendo gli *asset* della struttura organizzativa (attori, organizzazione e coordinamento), dei meccanismi operativi (sistema informativo, formazione delle competenze, confronto professionale, protocolli e procedure), dell'assetto tecnologico (**tabella 2**) e della conoscenza del Pdta sulla Gestione integrata (GI) regionale da parte dei diversi attori (**tabella 3**);

– la costruzione di griglie di interviste semi strutturate, differenziate per i diversi attori, in relazione alla posizione/ruolo svolto, ma sempre finalizzato alla valutazione delle variabili indicate nelle tabelle 2 e 3;

– le interviste sono state effettuate nelle diverse postazioni assistenziali degli attori da almeno due componenti del gruppo di lavoro Dsa e hanno sempre previsto la risposta alle domande del questionario, seguita molto spesso da integrazioni rilasciate spontaneamente dagli intervistati o a seguito di richieste di chiarimento degli intervistatori. Il clima dei colloqui è stato molto cordiale e collaborativo, così come gli attori che hanno rilasciato le interviste hanno sempre mostrato atteggiamenti costruttivi;

Tabella 3
PDta Gestione Integrata

Dimensione	Variabile	Attori istituzionali	Specialisti, SUMAI	Mmg	Pazienti
Pdta	Conoscenza				
	Adesione				

– la rielaborazione quali-quantitativa delle risposte ottenute è stata eseguita con la partecipazione di tutti i componenti del gruppo e ha permesso di evidenziare le aree critiche sui cui sono state costruite le ipotesi di riprogettazione, con lo scopo di dare una proposta risolutiva alle criticità emerse.

Il progetto è stato dapprima condiviso con la direzione strategica dell'Asl e, successivamente, sono stati contattati tutti gli attori identificati (per posta elettronica, per lettera o telefonicamente) allo scopo di illustrare loro le finalità del progetto e chiedere la disponibilità alla partecipazione (tabella 1). Per condurre le interviste è stato utilizzato un questionario strutturato.

3. Il caso dell'Asl To1 e To2

3.1. Il contesto regionale e dell'Asl To1 e To2

Lo scenario aziendale, al momento dello studio (2001), è il seguente. La città di Torino ha circa 950.000 abitanti ed è suddivisa in 10 circoscrizioni/distretti. Fino al dicembre 2007 il territorio cittadino era suddiviso in 4 Asl: nel gennaio 2008 le Asl Torino 1 e Torino 2 sono originate dalla confluenza rispettivamente delle Asl 1 e 2 e delle Asl 3 e 4. Sul territorio cittadino sono attive 4 Aziende sanitarie ospedaliere (Aso), di cui una universitaria, ubicate nel territorio della Asl 1 (Asl Torino 1 dopo il 2008) e alcuni presidi ospedalieri di Asl distribuiti nelle Asl come dalle **figure 2 e 3**.

Nel marzo 2010 la Giunta regionale programmava di realizzare un'unica Asl cittadina e, mantenendo temporaneamente le due aziende giuridicamente distinte, ha nominato un'unica direzione aziendale con incarico sulle due aziende. Sulla figura 2 sono poi distribuite le strutture che erogano assistenza diabetologica sul territorio torinese. Sono evidenziate le strutture complesse (5 con bordo nero, scure di cui 2 territoriali e 3 ospedaliere), le strutture semplici (bordo nero, chiare 4 di cui una semplice dipartimentale ospedaliera, una territoriale, 2 semplici divisionali territoriali), gli specialisti ambulatoriali territoriali (triangoli con bordo chiaro). Alle strutture evidenziate in figura sono da aggiungere due strutture complesse di Medicina interna con chiara connotazione endocrino-metabolica, localizzate all'interno dell'Azienda ospedaliero universitaria.

Al momento dell'analisi la Regione Piemonte, con la Dgr 51 del dicembre 2010, ha stabilito i principi della futura organizzazione del Ssr, tra i quali:

- lo scorporo dell'attività di produzione di servizi (attribuita alle aziende ospedaliere) da quella di tutela (attribuita alle aziende sanitarie territoriali);
- l'aggregazione delle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere in Aziende di dimensioni maggiori rispetto alle attuali;
- l'organizzazione in rete dei presidi ospedalieri all'interno delle Aziende ospedaliere secondo la logica dello *Hub and Spoke*;

- la concentrazione di tutta la Medicina specialistica nelle Aziende di produzione (Aziende ospedaliere).

È da considerare, inoltre, che il piano di rientro della Regione Piemonte prevede una serie di provvedimenti volti al risparmio di risorse, tra i quali spicca la riduzione del numero di strutture organizzative complesse e semplici.

Le due maggiori società scientifiche nazionali attive in campo diabetologico sono (nel 2011) rappresentate sul territorio torinese nelle figure del Presidente nazionale e regionale dell'Associazione medici diabetologi e del *past-president* della Società italiana di diabetologia, tutti attivi in aziende ospedaliere o territoriali cittadine o strettamente collegate a esse. I Medici di medicina generale (Mmg), coinvolti nell'assistenza diabetologica nel modello della Gestione integrata sono 415 sul territorio della Asl Torino 2 (parte nord della città), 325 sul territorio della Asl Torino 1 (parte sud della città). Tra i medici della Asl Torino 1 la percentuale di Mmg aderente alla Gestione integrata (inserimento di almeno un paziente nel modello di assistenza) è pari al 71% (*range* 70-100% a seconda del distretto), tra quelli della Asl Torino 2 il 61% (*range* 30-70%). Gli specialisti ambulatoriali territoriali (16) sono perlopiù autonomi dal punto di vista organizzativo, mentre in due casi sono integrati funzionalmente nella struttura organizzativa di una strut-

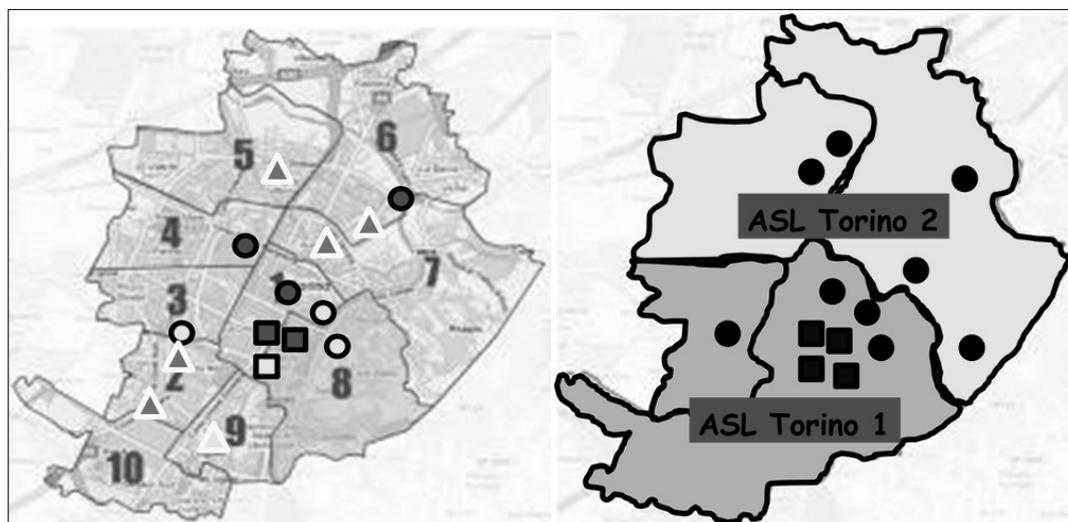


Figure 2 e 3
Territorio Asl Torino 1
e Torino 2

tura complessa o semplice dipartimentali territoriali.

Dal punto di vista della domanda, i pazienti diabetici residenti nella città di Torino sono circa 50.000, con aumento progressivo anche relativo all'emersione di casi misconosciuti di diabete tipo 2 in trattamento dietetico o farmacologico semplice, in conseguenza dell'induzione alla segnalazione dal momento dell'attivazione della sperimentazione della Gestione integrata. Con riferimento ai dati di attività, gli ultimi dati disponibili relativi ai ricoveri ospedalieri al momento dello studio (dati del 2009) evidenziano che a carico dei residenti nella città di Torino sono stati effettuati 8.905 ricoveri ordinari e 1.575 ricoveri in ciclo diurno con diagnosi di diabete in almeno uno dei campi riservati alle patologie. I dati del 2009 evidenziano, peraltro, che le strutture ospedaliere della città di Torino sono impegnate nell'assistenza diabetologica anche per soggetti non residenti: infatti gli ospedali torinesi hanno effettuato complessivamente 12.548 ricoveri ordinari e 2.917 ricoveri in ciclo diurno con diagnosi di Diabete Mellito, poiché alcuni cittadini non residenti a Torino vengono assistiti in città per problematiche

relative alla malattia diabetica. Le giornate di ricovero complessivamente «consumate» dai pazienti con diagnosi di Diabete Mellito nel 2009 corrispondono all'occupazione di un ospedale di 530 letti per ricovero ordinario e 32 letti per ricovero in ciclo diurno. Le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture diabetologiche della città di Torino sono complessivamente circa 90.000, prevalentemente ma non esclusivamente a favore di cittadini diabetici residenti in città.

3.2. Il modello di gestione integrata

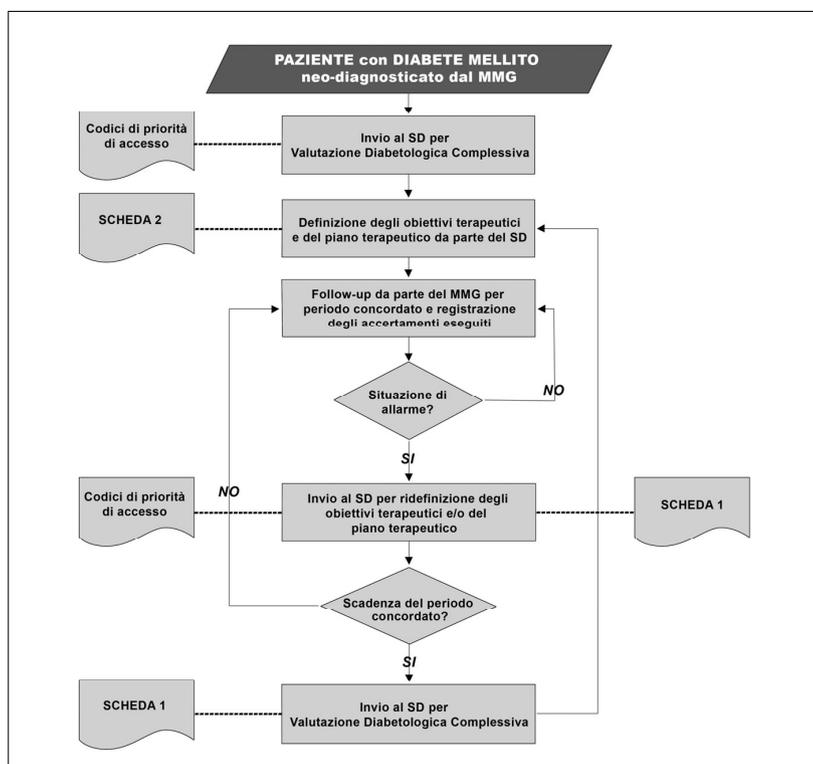
In attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, la Regione Piemonte ha deliberato di assumere il modello della Gestione integrata del Diabete Mellito come modello sperimentale (Dgr Regione Piemonte 40-9920 27/10/2008 e Dd Direzione generale Sanità, Assessorato Tutela salute e sanità Regione Piemonte n. 979 23/12/2008) e poi definitivo (Dgr Regione Piemonte 18-2663 03/10/2011) di assistenza ai pazienti affetti da Diabete Mellito tipo 2.

Il modello organizzativo della Gestione integrata su cui si basa l'assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito tipo 2 (90% della popolazione diabetica), prevede un forte coinvolgimento dei Medici di medicina generale e rappresenta quindi la modalità ordinaria di assistenza ai pazienti affetti da Diabete Mellito tipo 2. In particolare, gli stessi Mmg hanno la funzione di prevenzione, diagnosi e sorveglianza metabolica dell'assistito in forte integrazione con tutte le strutture diabetologiche aziendali e, si sottolinea, insieme ai pazienti stessi.

La *flow-chart* illustrata in **figura 4** riassume il percorso assistenziale dei pazienti diabetici, che, in sintesi, vengono inviati alla struttura diabetologica in occasione di ogni situazione di «allarme» metabolico o per episodi relativi alle complicanze della malattia diabetica e periodicamente per una rivalutazione del piano diagnostico-terapeutico e delle complicanze.

Le strutture specialistiche offrono assistenza modulata sul motivo di invio di cui sopra, secondo un percorso assistenziale interno precisamente delineato dalla normativa (Dgr Regione Piemonte 61-13646 22/03/2010), mentre i Medici di medicina generale assistono i pazienti diabetici secon-

Figura 4
Flow-chart percorso assistenziale pazienti diabetici



do un protocollo di visite e accertamenti periodici condiviso (Direzione generale Sanità, Assessorato Tutela salute e sanità Regione Piemonte n. 979 23/12/2008).

I Medici di medicina generale rilevano a tempi prestabiliti dal protocollo operativo dati clinici e di laboratorio e li riportano su una scheda cartacea e/o su un portale *web based*: la scheda cartacea va portata a cura del paziente in occasione degli accessi alle strutture diabetologiche.

Gli specialisti hanno attualmente la possibilità di visionare in sola lettura le schede dei pazienti inseriti in Gestione integrata sul portale *web*.

I pazienti affetti da Diabete Mellito tipo 2 sono parte integrante del modello della Gestione integrata: firmano un consenso alla partecipazione al modello assistenziale che prevede l'informazione circa il funzionamento e dovrebbero essere coinvolti nella definizione del piano diagnostico e terapeutico individualizzato che, di fatto, per la maggior parte del tempo viene da loro realizzato a domicilio.

4. La riprogettazione della rete di diabetologia per l'Asl To1 e To2: analisi e soluzioni

4.1. L'analisi degli stakeholders

Le interviste semi-strutturate condotte sugli attori coinvolti nella Gestione Integrata (attori istituzionali, medici specialisti e SUMAI, Mmg, associazioni dei pazienti) rispetto alle nove variabili predeterminate (tabella 4), fanno emergere alcuni elementi di criticità per le variabili «confronto tra professionisti», «formazione», e, non da ultimo, sul ruolo svolto dai «sistemi informativi e reporting» in sede aziendale e istituzionale in relazione al processo indagato. Tuttavia, l'elemento sul quale vi è stata una convergenza di opinioni da parte di istituzioni, operatori e utenti è l'assenza o debolezza della variabile «relazioni & comunicazione»: in particolare tutti gli operatori ai diversi livelli lamentano difficoltà nell'integrazione all'interno del Pdta del singolo utente, che percepisce questa criticità nelle fasi di passaggio tra territorio-ospedale e viceversa.

In relazione all'arruolamento dei pazienti, le aree su cui è strategico investire per favorire l'accesso al Pdta Diabete Mellito dei

Variabili osservate	Attori istituzionali	Specialisti, SUMAI	Mmg	Pazienti
Pdta	■	■	■	■
Attori (tipo e numero)	■	■	■	■
Confronto tra professionisti	■	■	■	■
Procedure e protocolli	■	■	■	■
Formazione e competenze	■	■	■	■
Sistemi informativi e reporting	■	■	■	■
Struttura organizzativa e coord. centrale	■	■	■	■
Layout (spazi dedicati)	■	■	■	■
Relazioni & Comunicazione	■	■	■	■

■ Variabile critica ■ Variabile parzialmente critica ■ Variabile non critica ■ Variabile non osservata

pazienti diabetici sono la «formazione», che per il 56% di Mmg rappresenta lo strumento più importante, la «comunicazione» per gli specialisti (60%), il «numero delle risorse» coinvolte (11% per Mmg e 10% per specialisti) e le relative «competenze» (11% per Mmg), oltre agli strumenti informatici (22% per Mmg e 10% per specialisti), come mostrato nella figura 5.

Altro elemento critico di rilievo è la scarsa conoscenza del Pdta da parte degli operatori, che genera confusione nell'identificazione del *case manager*, come si evince dalla risposta alla domanda: «a chi dovrebbe rivolgersi un paziente in caso di bisogno urgente?», a cui il 70% dei Mmg risponde indicando il Pronto soccorso, il 15% il Centro Diabetologico e la quota restante (15%) il Medico

Tabella 4
Variabili osservate e attori coinvolti

Figura 5
Arruolamento pazienti

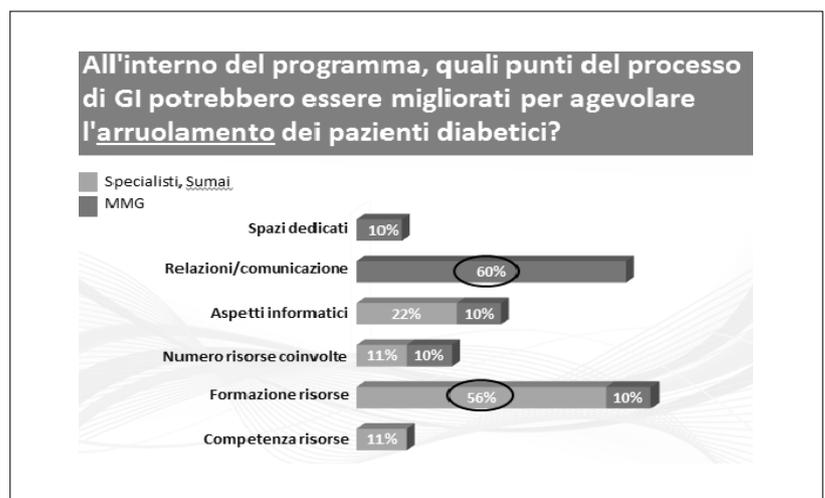


Figura 6

Primo soccorso

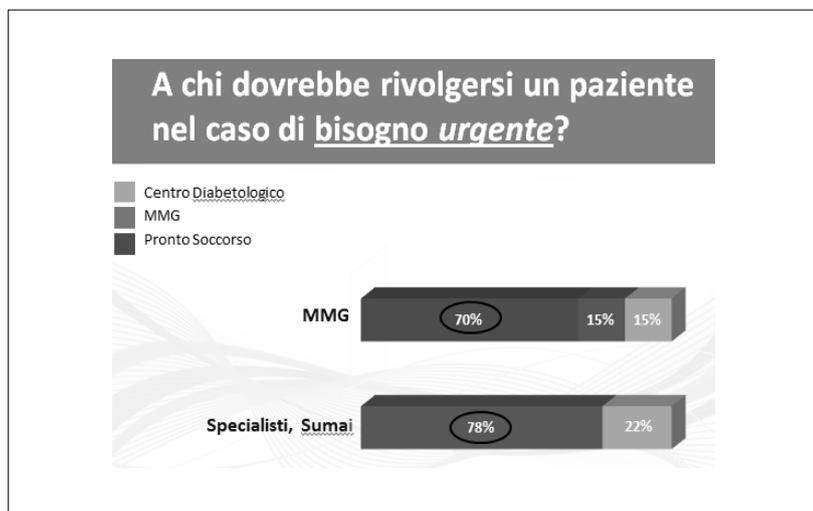


Figura 7

Necessità Mmg



di medicina generale stesso. Per gli specialisti il paziente dovrebbe invece recarsi dal Medico di medicina generale (78%) oppure presso il Centro Diabetologico (22%). Il dato evidente è che la visione olistica del paziente affidata al *case manager* Mmg nel momento del bisogno urgente si perde nella maggioranza dei casi (figura 6).

Poiché la Gestione integrata pone al centro del percorso diagnostico-terapeutico la figura del Medico di medicina generale, l'indagine ha posto grande attenzione nella ricerca di quali fossero le necessità dei Mmg per migliorare l'assistenza del paziente diabetico. Dall'analisi delle risposte si rileva che gli specialisti individuano quali aspetti prevalenti la formazione (50%) e la comunicazione (20%), mentre i Mmg indicano la presenza di protocolli unici e condivisi (33%), la formazione (22%), l'identificazione di ambulatori specifici (11%) e una migliore selezione del paziente (11%). Tuttavia il dato globale che emerge è il fabbisogno formativo indicato sia da Mmg che da specialisti (77%), seguito dal misconoscimento del Pdta da parte di un terzo degli Mmg (figura 7).

La conoscenza o consapevolezza di un coordinamento del percorso a livello centrale è una variabile critica da cui non emerge una comune percezione: il 60% dei Mmg e il 44% degli specialisti ritiene non ci sia un coordinamento a livello centrale, mentre le risposte degli attori istituzionali si dividono egualmente tra affermativa (33%), quale certezza che esista un coordinamento e che esso sia rappresentato dal comitato di diabetologia, negativa (33%) e un'ultima parte che afferma di non essere a conoscenza del tema (33%), come illustrato nella figura 8. In particolare, gli Mmg confondono il coordinamento centrale con il *reporting* del Distretto e colpiscono le risposte agnostiche degli attori istituzionali nel 66% dei casi.

Dalle percentuali di risposta rappresentate nelle diverse figure e dall'analisi qualitativa delle interviste, si rilevano le diverse percezioni dei professionisti intervistati. Il quadro d'insieme fa emergere due criticità: la bassa conoscenza del percorso e degli strumenti della Gestione integrata da parte dei professionisti sanitari (in certi casi anche per alcuni attori istituzionali) e, per i professionisti sanitari coinvolti sul tema, una bassa consapevolezza di essere all'interno del percorso della Gestione integrata.

Il confronto tra professionisti e tra clinici sul tema, rileva una diversa valutazione e posizione dei Mmg rispetto agli specialisti territoriali e ospedalieri: il 60% dei Medici di medicina generale sostiene di non avere momenti di confronto tra professionisti, il 20% una volta all'anno e il 20% più di una volta

all'anno; diversamente, il 67% degli specialisti afferma di essere coinvolto, almeno una volta all'anno, in momenti di scambio tra clinici (figura 9).

Diversi punti di vista si rilevano anche nell'ambito «formazione e competenze» e sul tema «protocolli comuni»: l'80% dei Mmg si sentono coinvolti in momenti di formazione e informazione sul tema, quasi la metà degli specialisti (44%) non partecipa a momenti di formazione e il 67% degli attori istituzionali ritiene che non ci siano momenti formativi (figura 10); il 40% dei Mmg non ritiene siano in uso protocolli comuni, il 56% degli specialisti afferma il contrario, mentre il 75% degli attori istituzionali è convinto che non siano adottati protocolli comuni tra i diversi professionisti (figura 11). Si sottolinea che gli attori istituzionali avrebbero dovuto esercitare il controllo sul Pdta Gestione integrata nella fase di sperimentazione, conclusasi nell'ottobre 2011 con l'emanazione della Dgr 18 che ha reso definitivo e ordinario il modello.

Gli strumenti informatici a disposizione rappresentano elemento critico nel processo (figura 12), sia per gli specialisti (il 78% li ritengono insufficienti perché non hanno la possibilità di accedere al *software* in uso ai Mmg), che per i Mmg (il 40% li ritiene essere strumento insufficiente per la mancata integrazione con gli altri applicativi sanitari e per l'assenza di reportistica rispetto ai flussi inviati). Si sottolinea che gli strumenti informatici vengono reputati ottimi soprattutto dai Mmg che aderiscono a una delle forme Medicina di gruppo, mentre i Mmg isolati giudicano gli strumenti informatici assolutamente insufficienti. Lo strumento informatico è certamente uno dei punti del processo che, una volta migliorato, potrebbe agevolare l'arruolamento dei pazienti diabetici e l'erogazione di prestazioni numericamente appropriate, dal momento che i professionisti riferiscono frequenti prestazioni cliniche o laboratoristiche erogate per impossibilità di accesso a un fascicolo sanitario unificato del paziente. La carenza nell'integrazione dei diversi applicativi gestionali informatici utilizzati dagli specialisti territoriali e ospedalieri genera sicuramente

1) un eccesso di prestazioni richieste dagli operatori;

Figura 8
Coordinamento del percorso

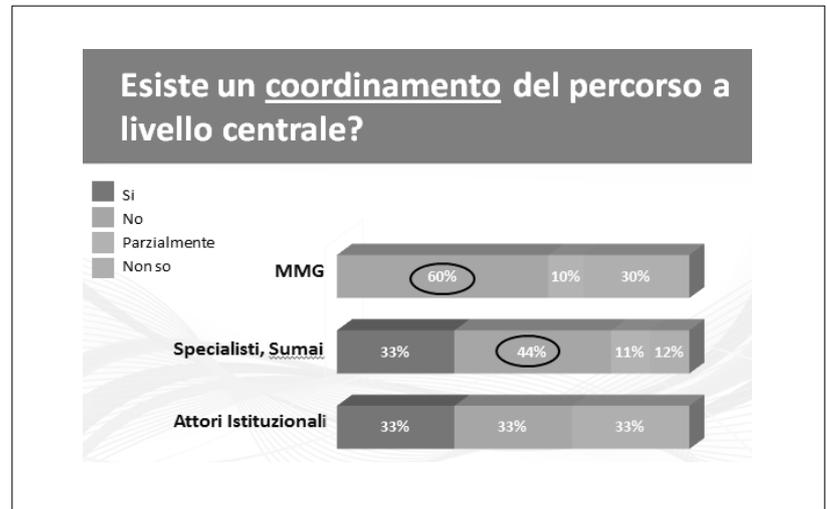
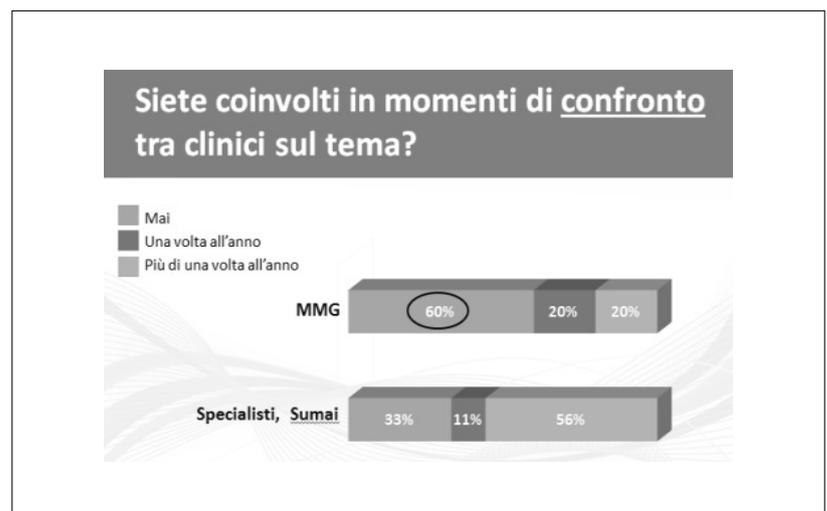


Figura 9
Confronto tra clinici



2) la possibilità per taluni pazienti di accedere in modo improprio a più Centri diabetologici;

3) difficoltà nel *reporting* centralizzato.

L'intervista condotta con le associazioni dei pazienti fa emergere come punti di forza la buona accessibilità ai Centri di diabetologia, l'elevata *compliance* dei pazienti ai

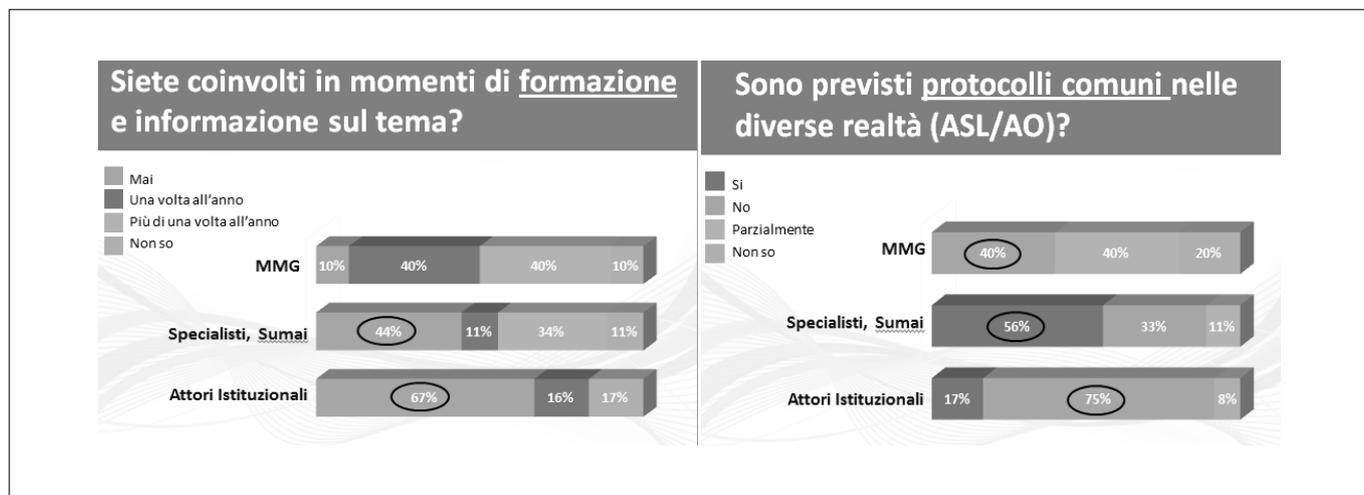


Figure 10 e 11

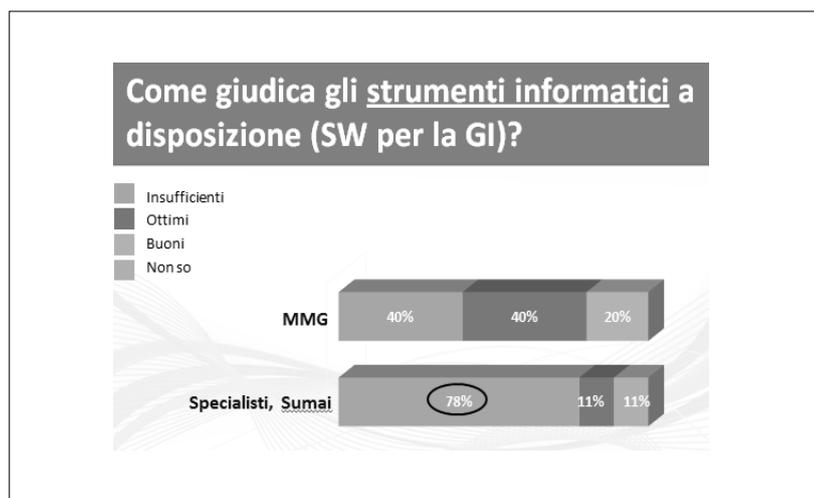
Formazione e Protocolli comuni

momenti di *screening* previsti dal Pdta e un ottimo grado di soddisfazione dell'utenza, pur essendo scarsa da parte del paziente la conoscenza del Pdta e la consapevolezza di esserne arruolato. La confusione sul *case manager*, che avevamo riscontrato negli operatori sanitari si trasmette ovviamente anche ai pazienti. Essi lamentano come momenti fortemente critici il passaggio dall'assistenza territoriale a quella ospedaliera e viceversa, in quanto avvertono e subiscono le conseguenze della discontinuità tra le indicazioni terapeutiche ricevute al momento della dimissione e il ritorno al loro regime terapeutico abituale. Le associazioni dei pazienti lamentano, inoltre, la scarsa attenzione rivolta a pazienti diabetici in particolari

contesti sociali emarginati (per esempio, le carceri).

Figura 12

Strumenti informatici



4.2. Le ipotesi di riprogettazione

L'indagine sopra riportata ha permesso dunque di rilevare alcuni punti di forza del sistema che costituiscono elementi di supporto di base, presupposti per le ipotesi di riprogettazione. Tra questi:

- la normativa nazionale e della Regione Piemonte avente come argomento l'assistenza diabetologica è ricca ed esplicita, e costituisce un riferimento certo e completo;
- gli attori intervistati ritengono che le risorse umane e strutturali dedicate all'assistenza diabetologica siano sostanzialmente adeguate;
- sul territorio sono presenti e attive associazioni di pazienti potenzialmente coinvolgibili;
- nel recente passato un numero non indifferente di professionisti hanno partecipato a un corso di preparazione per formatori specifici per la Gestione integrata, anch'essi potenzialmente coinvolgibili.

Al contrario, la tabella 4 evidenzia le criticità del sistema, sulle quali si sono focalizzate le ipotesi di riprogettazione dell'assistenza diabetologica delle Asl Torino 1 e Torino 2.

Le ipotesi di riprogettazione vengono suddivise negli ambiti dei meccanismi operativi

P&C	Regole e procedure	Comunicazione	Risorse umane
Assegnazione obiettivi sulla GI a specialisti/SUMAI	Pdta (processi, ruoli, attori)	Incontri periodici tra rappresentanti dei diversi professionisti	Riqualificazione e introduzione di nuove risorse assistenziali (facilitatori processo/educatori)
Audit clinico-organizzativo	Protocolli comuni	Linea telefonica dedicata	Formazione e sviluppo di nuove competenze
Reportistica integrata		Pazienti:opuscoli informativi, sito internet, diabe-libro; Professionisti: integrazione	Assegnazione incarichi ai diversi livelli
		Empowerment del paziente	

Tabella 5
Meccanismi Operativi

e della strutture organizzative, come riportato nei seguenti paragrafi.

4.3. Meccanismi operativi

I meccanismi operativi citati nella colonna «Programmazione e controllo» forniscono una teorica risposta alle criticità nel campo delle «Procedure e controlli», dei «Sistemi informativi e reporting» e, in parte, anche del «Confronto tra professionisti» (tabella 5).

L'assegnazione di obiettivi sulla Gestione integrata anche agli specialisti diabetologi dipendenti e ambulatoriali convenzionati (non attiva diffusamente al momento dell'indagine) dovrebbe allineare maggiormente gli sforzi intesi a estendere e completare la diffusione del sistema di gestione della malattia diabetica in condivisione tra Medici di medicina generale, specialisti e loro *team* diabetologico e pazienti stessi. L'assenza di obiettivi specifici per i dirigenti e i convenzionati potrebbe essere infatti interpretata come segno di scarso *commitment* della Direzione aziendale verso il progetto e costituire un alibi per gli specialisti che non ritengano di aderire al cambiamento gestionale.

L'organizzazione di una sistematica azione di *audit* clinico-organizzativo sull'attuazione delle linee guida e la messa in opera del protocollo operativo sulla Gestione integrata potrebbe costituire un'importante occasione di confronto tra pari e migliorare, quindi, la comunicazione tra i diversi attori del siste-

ma. Allo stesso tempo dovrebbe offrire elementi di controllo e di valutazione del funzionamento delle strutture e dei diversi punti di erogazione dell'assistenza.

Infine, lo sviluppo di un sistema di «reportistica integrata», visibile e alimentabile da tutti le parti coinvolte nell'assistenza diabetologica, rappresenta un'operazione indispensabile per correggere l'attuale insufficienza nel flusso di informazioni tra Medici di medicina generale e specialisti riguardanti i soggetti diabetici gestiti in modo integrato. L'asimmetria informativa (i Mmg possono scrivere sull'applicativo *web-based*, gli specialisti utilizzano l'applicativo in sola lettura) costituisce attualmente un ostacolo alla corretta applicazione del protocollo (rendendo parziale e incostante la trasmissione dei dati clinici e amministrativi) e non facilita la comunicazione tra le diverse componenti del sistema.

Un sistema integrato e completo permetterebbe anche di ottenere *report* di ritorno contenenti dati sugli indicatori di processo, di *performance* e di esito, vitali per il miglioramento continuo di qualità e per il rafforzamento della motivazione al cambiamento rispetto all'attuale situazione organizzativa.

La colonna «Regole e procedure» raccoglie i meccanismi operativi che potrebbero contribuire a risolvere le criticità osservate nel campo delle «Procedure e controlli», della «Struttura organizzativa» e delle «Relazioni e comunicazione».

Il «Percorso diagnostico terapeutico assistenziale» (Pdta), relativo alla Gestione integrata andrebbe meglio definito negli elementi del processo, dei ruoli dei diversi protagonisti e nel tipo di attori coinvolti. In particolare, non sembrano sufficientemente declinati i ruoli dei professionisti non medici e dei non sanitari nel percorso e andrebbero meglio precisate le fasi di impegno degli specialisti non diabetologi, coinvolti nello *screening* e nel trattamento delle complicanze della malattia diabetica.

Una maggior definizione dei tempi e delle modalità di passaggio dei pazienti e delle informazioni tra una fase e l'altra del percorso potrebbe certamente rendere più efficiente il percorso stesso e migliorare la comunicazione tra gli attori coinvolti.

L'indagine ha evidenziato che, pur essendo normato centralmente un Pdta, in punti di erogazione delle prestazioni previste dal percorso dipendenti da diverse strutture vengono utilizzati protocolli non comuni, che rendono difficile la comunicazione all'utenza e ai Medici di medicina generale le modalità pratiche di accesso e non equa la partecipazione dei cittadini all'assistenza in parti diverse della città. La condivisione di «protocolli comuni», perlomeno per le fasi più critiche del Pdta, dovrebbe permettere nel tempo il superamento di tale criticità e favorire in definitiva un'adesione maggiore al percorso nel suo complesso, sia da parte dei professionisti che dei soggetti affetti da Diabete Mellito.

Nella colonna «Comunicazione» sono raccolte alcune proposte di meccanismi operativi che hanno l'obiettivo di affrontare specificamente le criticità rilevate nel campo «Relazioni e comunicazione».

All'interno di ogni struttura organizzativa (si veda oltre) dovrebbero essere organizzati con maggiore frequenza, sistematicità e costanza «incontri periodici tra rappresentanti dei diversi professionisti», con l'obiettivo minimo di garantire la conoscenza reciproca (non sufficiente ma indispensabile) e di affrontare criticità di percorso e/o cliniche particolari. È evidente che, soprattutto nelle fasi iniziali di cambiamento di modello assistenziale, la gestione comunitaria e in contatto diretto favorisce il cambiamento culturale, il quale è necessario al di sopra di ogni possibile soluzione organizzativa: gli incontri

dovrebbero anche evitare o ridurre in modo sostanziale le derive autoreferenziali (organizzative e tecniche), sempre possibili soprattutto in momenti di particolare impegno.

Sono identificati alcuni strumenti a oggi non presenti in modo diffuso ed efficace che potrebbero essere utili per migliorare la comunicazione tra i diversi professionisti e tra questi e i cittadini: una «linea telefonica», una «casella di posta elettronica» e un'area di un «sito internet» dedicate al Pdta in ogni struttura, «opuscoli cartacei» informativi su aspetti organizzativi, un quaderno o un «diabe-libro» in cui raccogliere copia dei dati inseriti sul portale elettronico e altre informazioni relative alla malattia diabetica di ogni soggetto, in attesa dello sviluppo del fascicolo sanitario elettronico.

Il cittadino affetto da Diabete Mellito è parte sostanziale e attore primariamente coinvolto nella Gestione integrata: il perseguimento di un maggior *empowerment* del paziente potrebbe garantire non solo una maggior adesione ai protocolli diagnostici e terapeutici (in definitiva al Pdta), ma probabilmente anche responsabilizzare il paziente stesso nel flusso dei dati tra i medici coinvolti nella cura della malattia e tra i medici e i cittadini stessi.

Infine, i meccanismi operativi citati nella colonna delle «Risorse umane» sono ritenuti utili trasversalmente per tentare di superare tutte le criticità riscontrate.

Occorre sfruttare maggiormente lo strumento degli incarichi professionali e delle posizioni organizzative previsti dai contratti nazionali per ogni profilo professionale, che ogni azienda dovrebbe investire di maggior visibilità, responsabilizzazione e riconoscimento economico e culturale (ciò che ancor oggi è riservato agli incarichi di struttura). Ovviamente nel caso specifico gli incarichi potrebbero essere indirizzati al percorso assistenziale del Diabete Mellito e/o alle sue fasi di processo.

La complessità della malattia diabetica, l'evoluzione sociale e l'aumento dell'età media della popolazione generale e diabetica da una parte, e l'acquisizione di un ruolo fondamentale da parte dei Medici di medicina generale impone la ricerca di «nuovi ruoli» da inserire nel percorso per rispondere ai crescenti bisogni di salute (sanitari e non sanitari) dei soggetti interessati dal Pdta. Si fa

riferimento in particolare a figure quali educatori professionali, facilitatori del processo assistenziale, laureati in scienze sociali, direttori operativi che potrebbero garantire una maggior efficienza (ed efficacia) del processo assistenziale anche se non direttamente coinvolti nei classici atti «tecnici».

Allo stesso modo medici, infermieri professionali e altri attori già coinvolti nel processo (soprattutto, ma non solo, all'interno delle strutture di diabetologia) dovrebbero acquisire, o sviluppare maggiormente laddove già attive, «nuove competenze», in particolare tra quelle un tempo demandate ad altri specialisti (per esempio la cura del piede diabetico o indagini diagnostiche strumentali), di tipo relazionale-comunicativa (educazione strutturata, giochi di ruolo, attività di simulazione della vita reale, etc.) o in campi che la scienza indica come nuovi terreni di intervento strutturato per la cura della malattia diabetica, come per esempio l'esercizio fisico. In tale campo non è più sufficiente dare indicazioni generiche ma occorre acquisire competenze specifiche e documentate.

4.4. Struttura organizzativa

Sono state elaborate tre ipotesi di riprogettazione della struttura organizzativa.

Proposta 1 - Comitato diabetologico interaziendale strutturato

La **figura 13** schematizza l'ipotesi di riorganizzazione strutturale il cui elemento caratterizzante è rappresentato dal rafforzamento del Comitato diabetologico aziendale (Cda), con «giurisdizione» estesa alle due aziende sanitarie e con mandato direzionale aziendale più formale e sostanziale.

Il Cda è attualmente un organismo rappresentativo presieduto da un coordinatore: l'ipotesi prevede che venga costituito un unico Cda con giurisdizione sulle due Aziende sanitarie, in modo da garantire nel tempo maggiore uniformità di modelli e pratiche assistenziali su tutto il territorio cittadino. Alle attività del Cda, che dovrebbero essere intensificate rispetto alle attuali, partecipano rappresentanti di tutti gli attori interessati all'assistenza diabetologica: Medici specialisti dipendenti (responsabili di strutture complesse e semplici) e convenzionati, Medici di medicina generale, infermieri professionali, associazioni di soggetti diabetici, referenti dell'assistenza distrettuale.

Il coordinatore del Cda dovrebbe essere investito dalle direzioni aziendali di un incarico formale, di tipo dipartimentale, con responsabilità e potere decisionale al di so-

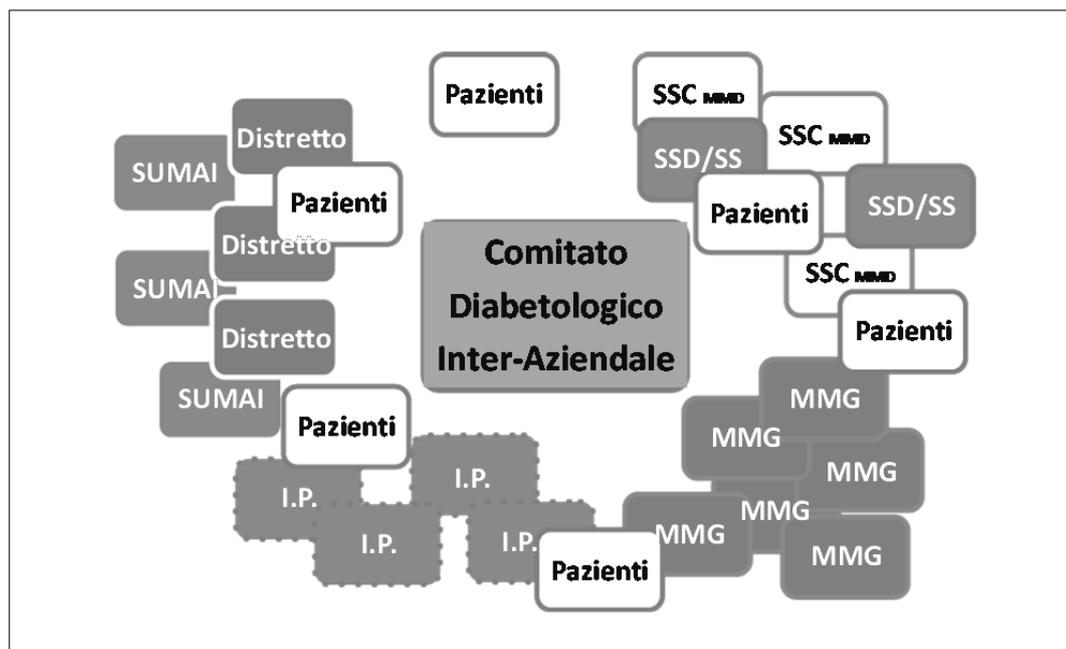
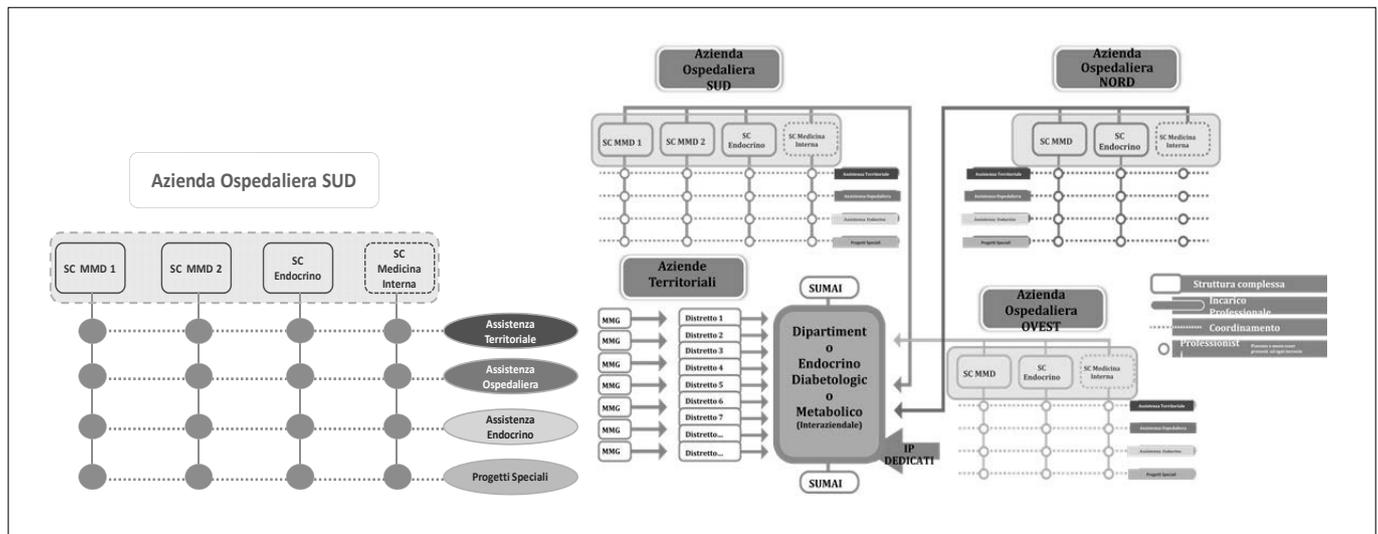


Figura 13
Proposta 1 - Comitato Diabetologico Interaziendale Strutturato



Proposta 3 - Dipartimento funzionale endocrino-metabolico interaziendale

L'ipotesi di riorganizzazione si basa sull'analisi di contesto delineata al § 3.1 e sulle seguenti premesse storiche:

- la rete dei servizi di diabetologia del Piemonte costituisce una realtà storica consolidata, che ha garantito l'assistenza ai pazienti diabetici e ha permesso di ridurre l'incidenza di complicanze della malattia diabetica e la mortalità complessiva;
- la rete dei servizi di diabetologia è stata sostenuta negli anni passati e recenti sia da servizi di diabetologia costituiti in strutture di malattie metaboliche e diabetologia, sia da strutture endocrinologiche con aree di attività diabetologica, che da alcune (poche) strutture di medicina interna a indirizzo metabolico;
- le strutture di endocrinologia gestiscono, oltre alla patologia diabetica, le patologie tiroidee, che sono a elevata prevalenza nella popolazione, e numerose patologie a bassa prevalenza e incidenza ma che richiedono competenze specifiche, storicamente molto sviluppate in Piemonte. L'assistenza è prevalentemente, ma non esclusivamente, ambulatoriale.

Il nucleo organizzativo di base che caratterizza la presente ipotesi è illustrato nella **figura 15**: si tratta di una struttura a matrice in cui le risorse dipendono giuridicamente dalle

strutture complesse e semplici dipartimentali di origine che all'interno di ogni azienda si occupano storicamente di assistenza diabetologica o endocrinologica. Non sono previste strutture semplici. Funzionalmente sono, invece, identificati (anche con incarico professionale) i responsabili delle 4 linee di attività corrispondenti alle 4 attività qualificanti all'interno del dipartimento:

- Assistenza ambulatoriale ai pazienti diabetici: 1) ordinaria assistenza specialistica al diabete (diabete tipo 1, diabete tipo 2 complicato o in trattamento insulinico multi-iniettivo, gravidanza e diabete gestazionale, diabete secondario, microinfusori); 2) gestione del protocollo della gestione integrata con prima visita e visite di controllo secondo piano di cura in accordo con i Medici di medicina generale;
- Assistenza al diabete in regime di ricovero per qualsiasi causa (medica e chirurgica) in ospedale;
- Assistenza endocrinologica ambulatoriale e in regime di ricovero;
- Progetti speciali: assistenza (eventualmente con accordi di convenzione esterni) per le complicanze del diabete (piede diabetico, retinopatia avanzata, trapianti, etc.) che necessitano di intervento mirato ad alta complessità.

Ai punti di intersezione della matrice ogni struttura partecipa ovviamente in modo di-

Figura 15
Proposta 3 Dipartimento
Funzionale Endocrino
Metabolico interaziendale

verso, in dipendenza delle competenze e delle risorse effettivamente presenti.

La figura 15 evidenzia come il nucleo organizzativo di base possa essere replicato in ogni azienda e aggregato in un dipartimento Endocrino-metabolico interaziendale, alla cui costituzione partecipano anche i rappresentanti dei Medici di medicina generale (eventualmente aggregati in Cap, come da modello in ipotesi 2), dell'assistenza distrettuale nei territori di riferimento delle aziende partecipanti. L'ipotesi prevede che gli specialisti convenzionati e un numero crescente di infermieri professionali specificamente formati (master in Endocrinologia e metabolismo) e dedicati, rappresentino risorse direttamente attribuite al dipartimento e utilizzabili dal Direttore di dipartimento per rendere uniforme l'assistenza sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

L'incarico di direzione del dipartimento potrebbe essere assegnato a rotazione ai diversi direttori delle strutture complesse partecipanti che dimostrino capacità e interesse.

I punti di debolezza del modello organizzativo sono:

- un dipartimento strutturale sarebbe preferibile perché permetterebbe la gestione diretta delle risorse (ma probabilmente non proponibile in prima ipotesi nel panorama politico-amministrativo attuale);

- grande dipartimento attivo su aree geografiche vaste, richiede ampio impegno dei responsabili;

- la commutazione da struttura semplice a incarico professionale costituisce una variazione culturale difficile da accettare, anche se può facilmente mantenere lo stesso livello stipendiale.

Mentre punti di forza del modello dipartimentale sono:

- il dipartimento funzionale potrebbe essere attivato indipendentemente dal numero e tipo di aziende sanitarie, il quale verrà deciso indipendentemente dal numero e dal tipo di dipartimenti strutturali e indipendentemente dalla localizzazione organizzativa delle strutture complesse interessate;

- la costituzione di un unico dipartimento costruito su un percorso assistenziale/insieme di patologie permette di aggregare

professionalità che altrimenti andrebbero «culturalmente» disperse in grandi e generici dipartimenti strutturali;

- l'assegnazione diretta delle risorse specialistiche convenzionate e di infermieri professionali dedicati alla Direzione di dipartimento potrebbe permettere un miglior coordinamento e distribuzione della loro funzione e la sperimentazione di nuovi ruoli al di fuori degli usuali rapporti gerarchici;

- il coordinamento funzionale all'interno di un dipartimento costituirebbe lo strumento giuridico per ottenere l'uniformità di comportamento attualmente non possibile;

- il dipartimento funzionale permette di aggregare anche i responsabili dei distretti e le loro aree di attività nella funzione di coordinamento, cosa che in un dipartimento strutturale sarebbe meno praticabile. In tal modo il coordinamento tra ospedale e territorio potrebbe essere rinforzato, anche se le attività di tutela e di produzione sono assegnate ad aziende diverse;

- l'organizzazione di aree di attività/gruppi di progetto all'interno del dipartimento potrebbe accentuare ulteriormente l'uniformità dei servizi, se adeguatamente sfruttata;

- lo schema permette di mantenere individualità nosografiche (diabetologia, endocrinologia, medicina interna) senza «annegare» gli specialisti del settore in un generico dipartimento medico;

- l'incarico assegnato a turno impedisce che il direttore di dipartimento veda nell'assunzione del ruolo in sé il soddisfacimento di bisogni personali e che si crei una cesura tra componenti diverse (ospedaliere e universitarie, diabetologi ed endocrinologi).

5. Conclusioni

L'esperienza descritta fornisce un contributo specifico all'interno del dibattito sul tema dei modelli di organizzazione dei servizi per la cronicità e del recupero di uniformità di servizi nell'ambito delle reti assistenziali e di processi di fusione di aziende sanitarie.

La specificità deriva soprattutto dal metodo di lavoro utilizzato, che è consistito nella raccolta delle informazioni da parte dei soggetti portatori di interesse (professionisti, pazienti, etc.) garantendo una condizione di maggiore esportabilità dell'esperienza. Le proposte di riorganizzazione presentate nel

presente testo sono basate sui dati disponibili al momento dell'analisi. Inoltre, sono state prese in considerazione le ipotesi di riorganizzazione generale del Sistema sanitario regionale previste in Piemonte, Regione sottoposta a piano di rientro dal Governo centrale nazionale e con Giunta regionale insediata da pochi mesi.

L'ipotesi di riorganizzazione strutturale basata sul Comitato diabetologico aziendale (ipotesi 1) ha il minor impatto dal punto di vista della variazione strutturale poiché è la soluzione che presenta la maggior coerenza con il modello esistente. Tuttavia, è evidente che dipende in modo sensibile dal buon funzionamento dei meccanismi operativi per ottenere un risultato dal punto di vista del cambiamento e, in definitiva, nell'ottica della risoluzione delle criticità riscontrate.

All'estremo opposto dello spettro della complessità strutturale, l'ipotesi del dipartimento Funzionale interaziendale endocrino-metabolico rappresenta una soluzione molto chiara dal punto di vista dell'organizzazione, dei ruoli e della gerarchia, ma costituisce un forte impegno di discontinuità rispetto alla realtà esistente. L'ipotesi di riorganizzazione 2 è innovativa, perché pone al centro il Me-

dico di medicina generale anche dal punto di vista strutturale, oltre che di principio (come ipoteticamente affermato in tutti i documenti programmatori nazionali). Tuttavia anche tale ipotesi dipende dall'applicazione dei meccanismi operativi e richiede una variazione culturale importante da parte della classe dei Medici di medicina generale per ottenere un impatto sulla qualità dell'assistenza ai pazienti diabetici.

Tutti i modelli proposti potrebbero, del resto, essere validi per l'assistenza di altre malattie croniche, le cui caratteristiche nosografiche, di prevalenza e di bisogni assistenziali si avvicinano a quelle dei pazienti diabetici. Sia gli specialisti di settore che i Medici di medicina generale dovrebbero affrontare ipotesi di cambiamento organizzativo che tendano a dare risposte a bisogni di salute dilaganti per i motivi epidemiologici esposti in premessa, a fronte di risorse disponibili non espandibili come in passato.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Direzione Generale delle Asl Torino 1 e Torino 2: dott. Giacomo Manuguerra (Direttore Generale), dott.sa Luisella Cesari (Direttore Sanitario) e dott. Flavio Nalesso (Direttore Amministrativo) che hanno permesso la realizzazione dello studio.

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

- ALESANI D. *ET AL.* (2005) «Il rinnovamento degli assetti istituzionali del Servizio sanitario marchigiano», in E. Anessi Pessina e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.
- AGNELLO *ET AL.* (2011) «Una nuova proposta per la cronicità: i CReG», *Tendenze nuove*, 5, pp. 377-398.
- BORGONOVÌ *ET AL.* (2011), «Strumenti di governo per la gestione delle patologie croniche in medicina generale» in Fondazione Farmafactoring (a cura di), *Il Sistema sanitario in controluce. Rapporto 2011*, FrancoAngeli, Milano.
- CARBONE C *ET AL.* (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.
- DA 2005, D.D. n. 176 DEL 4/04/2008, *Piano nazionale della prevenzione 2005-2007. Prevenzione delle complicanze del Diabete tipo 2*.
- DGR REGIONE PIEMONTE 40-9920 27/10/2008, *Accordo Regionale della medicina generale sulla gestione integrata del diabete*.
- DD DIREZIONE GENERALE SANITÀ, ASSESSORATO TUTELA SALUTE E SANITÀ REGIONE PIEMONTE n. 979 23/12/2008, *Protocollo operativo per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 dell'adulto in Piemonte*.
- DGR REGIONE PIEMONTE 61-13646 22/03/2010, *Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da Diabete Mellito e da patologia reumatologica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale*.
- DGR REGIONE PIEMONTE 18-2663 03/10/2011, *Proseguimento e consolidamento del percorso per la Gestione Integrata del diabete ti tipo 2 dell'adulto*.
- FIORAVANTI L. (2006), «L'efficienza delle aziende ospedaliere», in A. Domia Sofio, M. Meneguzzo, F. S. Mennini, F. Spadonaro (a cura di), *Rapporto CEIS. Sanità 2006*, Health Communications srl, Roma.
- ISTAT (2010), *Istituto Italiano di statistica. Annuario Statistico Italiano 2010*, <http://istat.it/dati/catalogo/2010/contenuti.html>
- LEGA F. (2005), «Strategie for multi-hospital networks: a framework», *Health Services Management Research*, 2, pp. 86-99.
- LEGA F. (2002), *Reti e gruppi aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse. Logiche e strumenti operativi aziendali*, Egea, Milano.
- LONGO F *ET AL.* (2011), «La presa in carico dei pazienti cronici: il disegno dei CReG lombardi e i possibili scenari di governante», in E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2011*, Egea, Milano.
- MASSI-BENEDETTI M. *ET AL.* (2002), «The cost of diabetes type II in Europe: the CODE-2 study», *Diabetologia*, 45 (7), pp. s1-s4.
- MATHERS *ET AL.* (2003), *The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*, World Health Organization, Geneva, <http://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>
- PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007, *Ambito 2.1, Iniziativa 3, Prevenzione Attiva delle Complicanze del Diabete Tipo 2*.
- PROGETTO IGEA (2008), *Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma.
- SUHRCKE M. *ET AL.* (2006), *Chronic disease: an economic perspective*, Oxford Health Alliance London, <http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economic-perspective.pdf>, and <http://www.oxha.org/knowledge/publications/annex-toeconomicsreport.pdf>
- WAGNER E.H. *ET AL.* (1996), *Organizing Care for Patients with Chronic Illness*, World Health Organization 1998.
- WOO J. *ET AL.* (2000), «Cost Estimates for Chronic Diseases», *Disease Management and Health Outcomes*, 8 (1), pp. 29-41.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005), *Preventing chronic disease a vital investment*, WHO global Report, Geneva, http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/

«Programmare» la programmazione socio-sanitaria in tempo di crisi

MASSIMO CAMPEDELLI

The crisis has shown three issues concerning social health planning: the change of needs and the growth of inequality, the decrease of resources and the increase of uncertainty inside and outside the welfare system. The planning process and its governance are put through the wringer. In this framework, the Italian Regional Administrations show different responses, commonly characterized by a logic of resilience. This work aims to pose the issue of social health planning as a key component of the welfare system governance crisis, as it offers a guideline to follow in order to draw up a comparative study on the theme.

The final result leads to identify three paths to follow: paradigms to define in time of austerity and uncertainty (teleological aspect); a method consistent with the non-linear sense of time (epistemological aspect); the conditions for efficient management in complexity (organizational aspect).

Keywords: health planning, welfare, public stakeholders, paradigmatic change

Parole chiave: programmazione sanitaria, benessere, gruppi di interesse pubblici, cambiamento paradigmatico

Note sull'autore

Massimo Campedelli, sociologo, è coordinatore del Laboratorio di Epidemiologia di Cittadinanza (Lec) del Consorzio Mario Negri Sud e membro del Laboratorio Welfare, Innovazione Servizi e Sviluppo (Istituto Dirpolis) della Scuola Sant'Anna di Pisa

1. Introduzione

La presente riflessione intende costruire, attraverso un perimetro concettuale e metodologico, un possibile *framework* analitico finalizzato a effettuare futuri confronti e valutazioni dei sistemi di programmazione socio-sanitaria e di *governance*¹ a livello regionale. Insieme a una serie di approfondimenti di natura teorica, verranno considerate tre regioni caratterizzate da modelli socio-sanitari strutturati – Toscana, Veneto ed Emilia Romagna – e sviluppato un approfondimento particolare su quest'ultimo caso. L'idea di partenza è che la programmazione, per le regioni che su di essa hanno caratterizzato i propri modelli di *welfare*, possa essere considerata una base per misurare la capacità di governo della crisi dei sistemi regionali di *welfare* (Campedelli, 2009, 2012). Un'idea, condivisa da chi scrive, diventata però un vero e proprio assioma, e che, di conseguenza, alla luce delle trasformazioni in corso nonché delle problematiche cristallizzate negli anni, non può essere decontestualizzata e assunta acriticamente. Il commento di questa affermazione vuole essere al contempo una introduzione all'analisi che verrà sviluppata.

Sembra difficile, in questi ultimi due decenni, individuare *policies* di *welfare* che non abbiano subito modifiche (revisioni, riforme) importanti. Nonostante ciò, paradossalmente, l'accelerazione delle trasformazioni sociali e istituzionali ha fatto crescere la convinzione della inadeguatezza dei processi di *governance* finalizzati a dare indirizzo e consenso a tali cambiamenti. La crisi di legittimazione del sistema politico – al di là di quelle determinate da comportamenti illeciti o immorali – trova qui una delle sue cause. Sostanzialmente incapace di definire obiettivi e priorità generali, nonché le modalità per raggiungerli,² si presenta come un siste-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Cosa stanno facendo le (alcune) Regioni?
3. Riprogrammare la programmazione?

ma governante che fatica a governare. Una crisi di governabilità, che se ha segnato fin dalle origini la storia repubblicana (Trotta, 1996), dal punto di vista dei sistemi di *welfare* è stata tematizzata a partire dagli anni '70 (Ardigò, 1980), continuando fino ai giorni nostri (Donolo, 2007) a livello macro come a livello micro (Borghi e Sebastiani, 2012), accompagnando per così dire l'ingresso nella seconda globalizzazione (Baldwin e Martin, 1999; Milanovic, 2012; Stiglitz, 2013).

Tutto ciò ha avuto ricadute importanti sulle singole componenti dei sistemi di *welfare*: previdenza, assistenza, sanità, scuola, lavoro. Sia a livello nazionale che nel convulso *rescaling* tra i diversi livelli istituzionali regionali e locali (Barberis e Kazepov, 2010; Carrozza, 2011b). La crisi economico finanziaria scoppiata tra il 2007 e il 2008 ha accentuato tali dinamiche, sia in generale (Pennacchi, 2010; Schiattarella, 2010, 2011; Giunta, 2011; Mancini, 2012; Associazione Società Informazione, 2012), come nei *welfare* nazionali europei (Natali, 2012) e nei *welfare* regionali, ovviamente con significative variabilità al proprio interno.

Le ipoteche (Fargion e Gualmini, 2013) sulla programmazione regionale sociale e sanitaria³ (Gori, Ranci Ortigosa, Longo e Maciocco, 2005; Gosetti 2008), erede della programmazione socioeconomica statale e della sua crisi politica, paiono alquanto rilevanti.

La programmazione, tra le cifre della storia socioeconomica dello Stato repubblicano, è passata da un'impronta di tipo finalistico-strategica nella fase post bellica, a una di sostanziale razionalizzazione gestionale delle risorse negli anni '70 (Lavista, 2010).⁴ L'eredità difficile⁵ che si è sviluppata dagli anni '80, in alcuni casi senza soluzione di continuità e per alcuni comparti in modo fortemente interdipendente, si è innestata con notevoli difficoltà nelle articolazioni della pubblica amministrazione:

– sia a livello macro, con la ridefinizione dell'architettura istituzionale (nascita e implementazione del decentramento-federalismo, crescente interconnessione con le politiche comunitarie, implementazione dei diversi sottosistemi del *welfare*);

– sia a livello meso e micro, cioè a livello di istituzioni di rappresentanza e delle for-

me di aziendalizzazione dei servizi pubblici (Borgonovi, 2006), in particolare quella sanitaria territoriale (Longo *et al.*, 2012).

L'attribuzione dei compiti programmatici alle Regioni in tema di *welfare* (per indicare una parabola simbolica, dalla Legge n. 833/78 alla Legge n. 328/00) è risultata correlata ad una evoluzione positiva delle politiche sociali di pertinenza regionale e comunale⁶ solo dove erano presenti specifiche culture sociali e tradizioni politico amministrative di *governance*, mentre dove non esistevano queste condizioni facilitanti è risultata puramente formale. Ciò in quanto è stato possibile costruire linguaggi, comportamenti, saperi, regole comuni tra gli attori, ovvero di governarne meglio la conflittualità e/o competizione, ridurre i comportamenti opportunistici tra gli stessi favorendo le sinergie e consentendo la verifica sul raggiungimento degli obiettivi (Campedelli, Carrozza e Rossi 2009).

L'incertezza delle risorse come nelle relazioni istituzionali multilivello, determinata dalle misure adottate per affrontare la crisi,⁷ insieme alla evoluzione/involuzione del cosiddetto federalismo fiscale (Oggi Domani Anziani, 2011), ha messo a dura prova anche queste esperienze virtuose.

Le risposte delle singole regioni si sono collocate dentro un quadro alquanto differenziato di strategie di resilienza, qui intesa come capacità di adattamento e di resistenza dei sistemi regionali, di cui le criticità della programmazione sono al contempo sintomo e esito.

2. Cosa stanno facendo le (alcune) Regioni?

L'analisi comparata delle politiche regionali di *welfare* è oggetto di studio ormai consolidato, implementato secondo visioni mono o pluridisciplinari, con approcci che focalizzano sia singoli che contemporaneamente molteplici aspetti. Non altrettanto si può dire per quanto riguarda, nello specifico, l'intervento programmatico sanitario e sociosanitario.⁸ Gli studi disponibili, almeno per quanto riguarda la realtà italiana, sono pochi, datati⁹ e, di conseguenza, non sufficientemente aggiornati sul piano metodologico, analitico e dei contenuti.

I contesti normativi regionali, la visione di *welfare* dichiarata e realmente perseguita, la struttura integrata o meno, il raccordo verticale (nazionale e comunitario) e orizzontale (regionale) con le altre programmazioni, le competenze presenti negli apparati regionali e territoriali, la tradizione e la qualità di *governance* condivisa tra gli attori (in particolare tra enti locali, articolazioni del privato, rappresentanze sociali e professionali, regione), la tipologia di atto e le procedure di costruzione, la durata e la periodicità, le evidenze utilizzate e le priorità e gli obiettivi stabiliti, i sistemi di monitoraggio e valutazione dell'*output* (e più raramente dell'*outcome*) degli interventi, possono essere considerati i principali fattori di un possibile modello di analisi comparata delle forme di programmazione.

Alla luce di tali presupposti, coerentemente con gli scopi prefissati per questo lavoro, ci proponiamo di sviluppare una prima tappa di avvicinamento verso la modellizzazione di una analisi sistematica basata sui fattori appena richiamati, sviluppata in due fasi:

1) descrizione sintetica di tre piani sanitari regionali, con lo scopo di far emergere la visione di *welfare* dichiarata, la struttura integrata, le procedure di costruzione, le evidenze utilizzate, le priorità e gli obiettivi stabiliti, i sistemi di monitoraggio e valutazione;

2) approfondimento sistematico di uno di essi, per indagare il raccordo verticale e orizzontale con le altre programmazioni, le competenze presenti negli apparati regionali e territoriali, la tradizione e la qualità di *governance* condivisa tra gli attori.

Regione Toscana

Tra la fine del 2011 e il primo semestre del 2012, la Regione Toscana ha deciso di ridimensionare contenuti e prospettive della bozza del primo Piano sociale e sanitario integrato regionale. In precedenza la programmazione sanitaria e quella sociale erano separate. Con il Documento di programmazione economico finanziaria per il 2013, a dicembre 2012 la Regione ha messo in atto una riconversione complessiva del sistema sociosanitario, compresa la revisione del modello organizzativo configurato (denominato

Società della Salute) dalla riforma sanitaria regionale approvata nel 2008.

Nella bozza di documento di riforma disponibile a marzo 2013 le soluzioni previste possono essere sintetizzate nei seguenti termini:

- riorganizzazione strutturale, da condividere sistematicamente con gli attori interessati attraverso un percorso collaborativo e paritetico tra i soggetti del sistema, con la finalità di sviluppare e potenziare gli aspetti di integrazione che hanno dato i migliori risultati, procedendo al contempo alla semplificazione del sistema a vantaggio di una maggiore operatività;

- *governance* istituzionale, attrezzata da strumenti operativi e amministrativi efficaci, con la finalità di svolgere le azioni inerenti l'alta integrazione sociosanitaria, le attività sociali a rilevanza sanitaria, le attività sanitarie a rilevanza sociale (i cosiddetti Lea sociosanitari) e di implementare le strategie di attuazione degli indirizzi regionali e della gestione congiunta dei *budget* della spesa sociale e socio assistenziale;

- modelli innovativi di gestione dei servizi, con la finalità di aumentare la cooperazione orizzontale tra le diverse amministrazioni e di realizzare, tramite la Conferenza dei servizi, la gestione integrata a seguito di accordi e convenzioni tra Asl e Comuni;

- rafforzamento di programmazione e partecipazione nell'ambito dei Piani integrati di salute (Pis), con l'istituzione dell'Ufficio di piano, costituito da personale multi professionale della Asl o del Comune, avente la finalità di supporto tecnico alla Conferenza per la stesura dei Piani integrati di salute, regolamenti, etc.

Regione Veneto

Nel corso del 2012 ha approvato, dopo 15 anni di vigenza del precedente, un nuovo Piano sociosanitario (Pssr) improntato sul binomio sostenibilità finanziaria/*governance* federalista.

Il nuovo Piano introduce importanti elementi di novità. Innanzitutto, evidenzia i seguenti principi:

- pone al centro la persona, nella considerazione che la salute è patrimonio della

collettività, che le scelte della politica debbono privilegiare la tutela della salute, che il dovere civico alla salute è basato su doveri di solidarietà sociale, che se per ciascun cittadino l'impegno a proteggere la propria salute è un dovere civico, per gli operatori sanitari è anche un dovere etico-professionale e che l'umanizzazione deve essere un obiettivo qualificante del sistema-salute;

- valorizza il rapporto con gli Enti locali e con le Comunità;
- definisce gli obiettivi di salute e le modalità di erogazione dei Lea;
- individua nel territorio la propria scelta operativa strategica;
- riorganizza la rete dell'assistenza ospedaliera e territoriale anche sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle modifiche nei profili di bisogno;
- riconosce valore di riferimento precipuo alle migliori pratiche, valutandone la trasferibilità in una logica di sistema;
- semplifica e migliora gli adempimenti e le procedure;
- attiva funzioni di monitoraggio e di governo del sistema;
- persegue il mantenimento di un'erogazione uniforme dei Lea su tutto il territorio regionale;
- risponde a criteri di sostenibilità economica, individuando costi e risorse occorrenti.

Di seguito, il Piano enuncia i seguenti interventi:

- riorganizzazione strutturale e funzionale, promuovendo la diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili e azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, in sintonia con quelle specificità che rendono unico il modello veneto;
- sviluppo della rete assistenziale territoriale;
- ridefinizione delle reti cliniche ospedaliere;
- potenziamento delle iniziative di promozione alla salute e dei piani di prevenzione;
- ricerca della massima appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico;
- individuazione del fabbisogno strutturale e tecnologico della rete assistenziale;
- promozione di formazione continua, ricerca e innovazione;

- introduzione e diffusione di strumenti di *clinical governance*, mirati anche alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;

- definizione di un'attività informativa regionale che sia funzionale all'azione di governo regionale e locale;
- sviluppo in modo coordinato e integrato, del sistema informativo regionale con le Aziende Ulss e le Aziende ospedaliere al fine di assicurare la continuità e la sicurezza dell'assistenza socio-sanitaria;
- introduzione di metodologie avanzate per la verifica e il controllo di qualità della gestione economico-finanziaria delle Aziende Ulss e delle Aziende ospedaliere;
- aggiornamento dell'atto azienda led i Aziende Ulss e le Aziende ospedaliere, in relazione alle indicazioni contenute nel nuovo Pssr, e adeguamento degli atti di programmazione, quali il Piano attuativo locale e il Piano di zona.

Regione Emilia Romagna

Ha scelto di prorogare il suo primo Piano sociosanitario scaduto nel 2010 sostituendo con risorse proprie le minori risorse derivanti dai tagli determinati a livello centrale, garantendo così la continuità delle attività in essere. Con il 2013 si è attivato un percorso di aggiornamento significativo¹⁰ del Piano scaduto, articolato sui seguenti punti qualificanti:

- ambiti di intervento (famiglia, socio-educativo, preadolescenza e adolescenza, minori, contrasto alla violenza di genere e contro i minori);
- struttura e articolazione del sistema di offerta (*governance*, aziende pubbliche di servizio alle persone, servizio sociale territoriale, assistenza territoriale in sanità, riorganizzazione ospedaliera);
- logica complessiva (intersettorialità e visione globale, partecipazione, coinvolgimento degli operatori nei processi di programmazione e di valutazione dei servizi, accreditamento).

Con riferimento agli ambiti, gli interventi più significativi possono essere riassunti nei seguenti termini:

- famiglia: sperimentare un modello di intervento basato su un approccio che fa le-

va sulle abilità dei genitori, sui loro bisogni, sulle loro motivazioni e sulle risorse presenti nel loro contesto sociale, insistendo maggiormente sull'offerta di servizi o opportunità di prossimità e domiciliarità e con un maggiore coinvolgimento di professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari, del mondo della scuola, del volontariato;

- socio-educativo: adottare risposte adeguate, capaci di coniugare la qualità alla sostenibilità economica in un processo di rapida ricerca dei tratti considerati essenziali e irrinunciabili della qualità (consolidamento del sistema 0-3 anni e la valorizzazione della continuità educativa in ambito 0-6 anni);

- preadolescenza e adolescenza: ricercare maggiore sistematicità di azioni di ambito territoriale aziendale/provinciale degli interventi di promozione del benessere e di prevenzione che riguardano tutto il sistema dei servizi sociali, sanitari, educativi, scolastici e delle opportunità del territorio, cercando di incidere maggiormente nei diversi contesti di vita degli adolescenti;

- minori: definire la modalità di presa in carico integrata delle situazioni complesse, coerentemente a quanto indicato nella Dgr 1904/2011 e il riparto della spesa tra sociale e sanitario e recuperare una visione più complessiva degli interventi che insistono nell'ambito dei Lea sociosanitari;

- contrasto alla violenza di genere e contro i minori: condivisione ed esplicitazione dei punti di accesso alla rete dei servizi e delle procedure di accoglienza e presa in carico, introduzione della logica di rete come strategia principale per contrastare e prevenire la violenza di genere, consolidamento e integrazione delle procedure già in essere volte al rafforzamento delle azioni e dell'attività di prevenzione della violenza, del monitoraggio del fenomeno e della formazione per gli operatori.

Con riferimento alla struttura e all'articolazione del sistema di offerta, gli interventi più significativi possono essere riassunti nei seguenti termini:

- *governance*: valutazione della solidità del sistema con riguardo all'efficacia dell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie nel periodo 2008-2010, alle innovazioni apportate dalla Legge regionale 21/2012

relative alla riorganizzazione delle funzioni amministrative regionali, provinciali di area vasta e associative intercomunali e alla individuazione degli ambiti territoriali ottimali per l'esercizio associato delle funzioni comunali, al riordino delle forme di gestione pubblica dei servizi, alla ridefinizione e dello sviluppo del ruolo delle aziende pubbliche di servizio alle persone;

- aziende pubbliche di servizio alle persone: nuova regolamentazione finalizzata a una loro più precisa identità giuridica, processi di unificazione, di tipo strutturale, rafforzamento del loro ruolo gestionale in termini di accesso, svolgimento del servizio sociale, affidamento, organizzazione e controllo, produzione dei servizi, possibilità di assumere personale, innovazione organizzativa e gestionale, utilizzazione redditizia del patrimonio, l'adeguamento della *governance* interna;

- servizio sociale territoriale (sportello sociale e servizio sociale professionale): qualificazione, approfondimento e diffusione di modelli di valutazione degli interventi e di raccordo con la rete dei servizi e dei professionisti coinvolti, sviluppo di modelli organizzativi e gestionali di ambito distrettuale, ottica comunitaria che coniughi la presa in carico personalizzata insieme a un progetto di aiuto che includa e attivi le risorse del contesto di vita, capacità di lavorare per sviluppare *empowerment* del soggetto e delle famiglie, stimolare la creazione di nuove aggregazioni sociali tipo auto mutuo-aiuto e servizi auto-gestiti, servizi di prossimità e valorizzazione del «capitale sociale» della comunità di riferimento, supporto alla comunità professionale degli operatori che quotidianamente si trovano a fronteggiare tali situazioni di conflitto sociale, definizione di un assetto stabile di servizio sociale territoriale;

- assistenza territoriale in sanità: riorganizzazione attraverso l'implementazione del modello Casa della salute, ridefinizione di ruoli e responsabilità professionali, riorganizzazione attraverso lo sviluppo di strutture territoriali intermedie di degenza, ricovero e assistenza di natura prevalentemente infermieristica dove rendere disponibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediche e chirurgiche di tipo ambulatoriale;

- riorganizzazione ospedaliera: definizione del modulo elementare della rete ospeda-

liera (la dimensione distrettuale), funzioni di tipo specialistico, per bacini d'utenza sovra distrettuali o regionali, integrabili alla struttura di base in relazione al bacino d'utenza necessario, approccio per intensità di cure per la riorganizzazione interna degli ospedali, continuità relazionale e integrazione con la medicina territoriale e l'assistenza sanitaria residenziale (al fine di ricerca un equilibrio tra esigenza di decentramento e esigenza di concentrazione), consolidamento e sviluppo delle reti di eccellenza (rete trapianti, sistema trasfusionale, rete emergenza-urgenza, rete cardiologica, etc).

In fine, con riferimento alla logica complessiva del Piano, gli interventi più significativi possono essere riassunti nei seguenti termini:

- intersettorialità e visione globale: forme nuove e integrate di sostegno alle esigenze materiali, aiuto e sostegno nel coniugare impegni di cura, lavoro, problemi di natura economica, di relazione, di salute, ridefinizione degli ambiti di applicazione dei tirocini formativi e delle forme di sostegno all'inserimento lavorativo, raccordo tra servizi per il lavoro e servizi sociali e sanitari nella gestione dei casi più difficili, visione nuova, aperta a forme originali e sperimentali di sostegno, che coniughi risorse pubbliche con l'impegno dei soggetti della comunità di riferimento nella prospettiva di collaborazione pubblico-privato, corresponsabilizzazione delle persone, della comunità, delle organizzazioni e anche delle imprese e del mondo produttivo alla costruzione del *welfare* locale, politiche per la casa/raccordo tra servizi sociali, servizi sanitari e servizi abitativi nella gestione dei casi più problematici, responsabilità sociale delle imprese, diffusione delle esperienze;

- partecipazione: programmazione condizionale a responsabilità pubblica, coinvolgendo tutti i soggetti presenti nei contesti territoriali, formazione-intervento nei confronti delle figure di sistema (responsabili Uffici di piano, direttori di distretto, direttori integrazione sociale e sanitaria, responsabili Uffici di supporto alla Ctss) per accrescere competenze nella gestione di processi complessi, ridefinizione del ruolo dei direttori di distretto per lo sviluppo del confronto con

le comunità locali finalizzato alla rilevazione di nuovi bisogni sui quali sviluppare una programmazione integrata, promuovere il fare solidale e la sussidiarietà come responsabilità pubblica di governo, sancire la collaborazione tra soggetti che condividono la titolarità dell'intervento (pubblica amministrazione e organizzazioni del terzo settore), estensione della capacità di risposta e competenza integrando servizi storici e nuove risorse e aiutando il cittadino a sviluppare autonomia e salvaguardia della propria salute in un contesto più articolato e ricco, costruzione di strumenti per sostenere e valorizzare il lavoro di diversi soggetti, monitoraggio di qualità, diffusione e integrazione dell'offerta, realizzazione di progetti di comunità Ausl per promuovere stili di vita sani, superamento dell'affidamento dei servizi con stipula di «accordi di partenariato»;

- coinvolgimento degli operatori nei processi di programmazione e di valutazione dei servizi: introduzione di un trasparente sistema di merito e di valutazione;

- accreditamento: completamente di quanto già previsto per i servizi sociosanitari, verifica sul percorso svolto e sulla necessità di eventuali adeguamenti/aggiustamenti, superamento di rigidità, accompagnamento dei soggetti gestori verso il perseguimento degli obiettivi dell'accreditamento definitivo.

2.1. Approfondimento di un caso

L'Emilia Romagna, regione dalle tante eccellenze (Campedelli, 2012), considerata modello di governo attraverso la programmazione partecipata, si presta come caso di approfondimento.

Nel 2011 è stato il 30° anniversario della deliberazione del suo primo Piano sanitario regionale che, insieme a quello del Piemonte, è stato approvato in Italia dopo la riforma sanitaria del '78. Successivamente ne sono stati approvati altri 4, compreso il Piano socio sanitario 2008-2010, in cui sono confluite le diverse programmazioni settoriali del comparto socio-assistenziale e socio-educativo nonché parte della bozza, mai approvata, del primo Piano sociale regionale.¹¹

La approvazione del Pssr 2008-2010 si è inserita in una fase di forte iniziativa regionale. Nel decennio passato è stata riformata la normativa sociale e sanitaria¹²: sono state

costruite logiche di *governance* che hanno coinvolto parti sociali, Servizio sanitario regionale ed Enti locali, è stata sviluppata a livello operativo l'integrazione socio-sanitaria e di *welfare* esteso a comparti quali lavoro e casa, sono state trasformate le ex Ipb in aziende per i servizi alla persona (consorzi intercomunali per la gestione integrata dei servizi sociali e socio-sanitari), l'accreditamento socio-sanitario ha avuto il suo fulcro sul produttore finale (spesso soggetti della cooperazione sociale), si è arricchita la funzione programmatoria integrata (socio-sanitaria e plurale dal punto di vista degli attori coinvolti) a livello distrettuale. L'innovazione è stata una delle parole chiave che ha orientato sul piano clinico, assistenziale e gestionale l'operato delle diverse figure tecniche e politiche presenti nel sistema.

Successivamente allo stesso sono stati approvati, tra gli altri: le Linee indirizzo per le politiche giovanili (2008-2009), il Programma per la prevenzione dell'aids (2009), il Programma di sviluppo servizi educativi 0-3 anni (2009-2011), il Programma per l'integrazione dei cittadini stranieri (2009-2011), il Piano attuativo salute mentale (2009-2011), le Linee di indirizzo per maternità e Ivg (2009-2011), il Piano regionale di intervento antitabagismo (2009-2011), il Piano regionale della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro (2010-2012).

Annualmente, connesse sempre al Piano sociosanitario, vengono poi decise la ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale, le linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale, la ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza.

È sufficiente questa lista, peraltro incompleta, per cogliere la dinamicità programmatoria regionale. In essa si ritrovano le ricadute delle decisioni prese a livello nazionale, così come gli sviluppi delle dinamiche settoriali, interne e/o integrate, negli e tra gli Assessorati coinvolti sulle tematiche toccate.

Dentro questo complesso crocevia sono compresenti sia le impostazioni di natura finalistico-strategica che quelle di razionalizzazione gestionale (Lavista, 2010), il cui confine è alquanto difficile da cogliere. L'impressione, almeno per il decennio trascorso, è quella di una programmazione regionale in costante implementazione, senza di fatto

soluzione di continuità tra un momento – generale o parziale – e un altro.

Punto di sintesi, o quantomeno finalizzato a una sua ricomposizione, è la programmazione integrata distrettuale (Ragazzini, 2011), anch'essa evolutasi nel corso del decennio con il passaggio e unificazione dei Piani di zona e dei Piani per la salute nel Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere (Canu e Rebba, 2009).

La crisi e ciò che l'ha anticipata hanno cambiato le premesse strutturali che hanno permesso a questo modello¹³ di consolidarsi e di operare. L'incertezza, o il sostanziale azzeramento, come nel caso dei fondi per il socio assistenziale (Fassari, 2013), delle risorse disponibili nel medio periodo, le dinamiche di rideterminazione a livello centrale delle decisioni più rilevanti, in particolare in tema di sanità, la stessa messa in discussione delle attribuzioni/competenze/ruoli di Regioni, Province e Comuni sono alcuni tra gli indicatori macro di quanto sta avvenendo. Significativa, in termini di risposta istituzionale, l'approvazione a fine 2012 della legge di riordino istituzionale regionale, tra i cui obiettivi vi è il nuovo assetto associativo comunale, centrato sulle unioni di Comuni, per l'espletamento di molte funzioni e servizi, tra cui quelle legate al *welfare* sociosanitario locale.¹⁴

In questo nuovo scenario si pone la necessità di capire se e come la funzione programmatoria regionale in Emilia Romagna, e a maggior ragione in contesti istituzionali e sociali più deboli, può ancora svolgere un ruolo,¹⁵ quale debbano essere le finalità e le sue caratteristiche. In particolare, se possa continuare a essere, per riprendere Carrozza, perno di un buon sistema di governo (Carrozza, 2011a).

Tra i molteplici approfondimenti che tale interrogativo sollecita – sulle condizioni politico culturali e istituzionali da garantire, sul ruolo delle politiche di *welfare* (Campedelli, Carrozza e Pepino, 2010), sulla funzione di queste rispetto all'uscita dalla crisi e allo sviluppo del paese – nel presente contributo è utile concentrarsi su tre.

3. Riprogrammare la programmazione?

Essi rappresentano una possibile agenda di ricerca sulla programmazione sociosani-

taria in tempo di crisi, ovvero questioni di particolare rilevanza relativamente ad una terza fase della «impronta» programmatoria, in particolare quelle:

- teleologica, programmare per che cosa;¹⁶
- temporale, epistemologica e metodologica, come programmare;
- valutativa, di monitoraggio e valutazione, programmare in base a e in funzione di obiettivi verificabili.

Di per sé non si tratta di questioni nuove. Sia in letteratura che nella prassi di molte amministrazioni sono abbondantemente dibattute, anche se non sempre se ne riscontra una ricaduta concreta. Volerle affrontare in modo coerente richiede la verifica dei paradigmi di riferimento della programmazione (e le loro ricadute in termini di funzione, organizzazione, procedure, attori, etc.). Essi sono ancora attuali o si deve ritenere che siamo entrati in una nuova fase, la terza, della citata «impronta» programmatoria nella storia delle politiche pubbliche del nostro paese? In altri termini, dopo la prima finalistico-strategica con risorse tendenzialmente in crescita, la seconda di razionalizzazione gestionale con risorse sostanzialmente limitate, oggi si è giunti alla terza che potrebbe essere definita come governo della incertezza con risorse al contempo calanti e indeterminate.¹⁷ Le sue caratteristiche, alla luce di quanto detto, sono da ricomporre e approfondire al fine di delineare compiutamente il nuovo scenario della programmazione. Ed è dentro esso che sono, conseguentemente, da collocare le altre questioni, o quanto meno declinarle in modo aggiornato, al fine di permettere nuove e più adeguate risposte.

Assumere la temporalità come pluralità nella contemporaneità: in particolare per quanto riguarda gli epistemologici e metodologici. A livello operativo, sono tre le domande principali che si stanno imponendo nei contesti amministrativi regionali:

- programmare «per quando»? (limiti temporali);
- programmare «per quanto»? (come impiegare in modo efficiente risorse economiche, di capitale sociale e motivazione degli attori, di consenso, ecc. – ovvero non

sprecare – nel e con il processo programmatico);

- programmare «quanto»? (*qual* è l'ammontare complessivo delle risorse materiali e immateriali a disposizione per fare che cosa).

Il loro combinato disposto risulta essere il fattore determinante delle diverse strategie di «resilienza», così come il terreno per un loro superamento, nonostante l'incertezza e la riduzione delle risorse, di una «capacità progettuale e innovativa». Questo comporta ripensare per l'appunto la temporalità, e quindi l'agire stesso, della programmazione.

La temporalità oltre che (meta) risorsa finita è funzione imprescindibile della programmazione. Non si programma se non dentro un tempo stabilito, per l'appunto il perimetro del ciclo programmatico, dalla elaborazione alla decisione, alla realizzazione, alla valutazione. Una assunzione della «temporalità come pluralità» nella contemporaneità diviene scelta prioritaria per rafforzare la capacità di resilienza, nel senso che determina la possibilità di una programmazione contemporaneamente plurale, dis/continua e vincolante, capace di:

- rispondere all'oggi: qualificando la spesa ridotta, ovvero passando dai tagli alle priorità ed equità nei tagli, sviluppando logiche di effettivo governo della domanda, sia quella conosciuta sia quella non ancora manifesta (Campedelli, Lepore e Tognoni 2010), mettendo in sicurezza quanto più possibile il sistema nel suo insieme (non solo i singoli comparti di esso), soprattutto in termini di professionalità degli attori, di *networking*, di effettività delle risposte basilari (Campedelli 2012), potenziando l'*accountability* nei confronti degli *stakeholders* e dell'opinione pubblica in generale come risorsa imprescindibile (competenza e consenso) per il perseguimento di tali obiettivi;

- pensare il domani: assumendo per il medio periodo, anche solo in via precauzionale, un ulteriore aggravamento del binomio riduzione delle risorse/aumento dei bisogni-domande, con lo scopo di rendere certi i *basic*¹⁸ e superare la logica dell'offerta da prestazionale a capacitazionale, assumere una visione pragmatica della sussidiarietà intendendo con essa un uso combinato e ottimale delle

risorse formali (il *welfare* formale) e di quelle informali (il *welfare* informale), costruire/consolidare a livello territoriale modelli di *partnership* comprendenti anche gli utenti/cittadini/auto produttori, che non si riducano cioè a forme più o meno articolate di associazioni temporanee di impresa ma che si organizzino in forma di vere e proprie istituzioni civili;¹⁹

– immaginare il medio-lungo periodo: riprendendo la questione che visioni, architetture e dinamiche della statualità, concezione e politiche del lavoro e confini tra politiche di *welfare* formale e informale sono il *framework* di una ricerca, peraltro per alcuni aspetti già attiva,²⁰ che non può lasciare indifferenti o vedere assenti le Regioni stesse. Il punto di fondo riguarda il protagonismo che esse sono chiamate ad assumere, ovvero la loro capacità di valorizzare la produzione di sapere (accademica, dei centri di ricerca, etc.) e orientarla rispetto ad alcuni obiettivi specifici, promuovere un dialogo permanente, con funzione informativa/formativa e di discussione pubblica per/con gli *stakeholders* istituzionali (Enti locali) e sociali (Forum terzo settore, organizzazioni sindacali, parti sociali, etc.), integrare/raccordare i *think tank* delle varie articolazioni regionali (assessorati, enti, partecipate, etc.).

Un pluralismo programmatico così immaginato è discontinuo rispetto a metodiche consolidate²¹ e al contempo in continuità/intercomunicabilità tra le parti che lo compongono, a cui sono attribuiti obiettivi da raggiungere nella temporalità data per i diversi livelli, sia propri che comuni (da qui il suo essere vincolante). Questa ipotesi inoltre, se inquadrata in un processo di «ingegnerizzazione della programmazione», consentirebbe di affrontare e ridurre l'impatto dei problemi di coerenza nelle interconnessioni multilivello dei diversi attori chiamati a governare attraverso la programmazione. In merito alle asimmetrie tra piani nazionali, piani regionali e piani territoriali, anche in questo caso le vicende della sanità italiana sono illuminanti (Pelliccia e Trimaglio, 2009).

«Ingegnerizzare a partire dalla valutabilità degli obiettivi perseguiti». Il termine ingegnerizzazione rimanda ai metodi e processi produttivi attraverso cui le materie base vengono trasformate in prodotti finiti. Il proces-

so programmatico ha come prodotto finito: «un insieme di decisioni e azioni idonee a influenzare attivamente la dinamica di un sistema complesso orientandolo verso determinati fini» (Borgonovi, 2006).

Seppur in un quadro fortemente differenziato, in questi trenta anni di esperienze regionali si è progressivamente incrementata, o resa sempre più esplicita, la platea degli attori a diverso titolo partecipanti a tale processo. *Stakeholders* interni ed esterni ai sistemi regionali socio-sanitari, sulla base di modalità progressivamente codificate o di prassi consuetudinarie consolidate di relazioni tra attori della rappresentanza,²² partecipano alla definizione dei programmi.²³ Se questo ha garantito la condivisione di finalità generali, così come le retoriche a loro sostegno, nonché il consenso più o meno mediato dagli attori coinvolti nella *governance*, sembra però che non abbia permesso – ipotesi da approfondire in modo più analitico – di consolidare organizzazioni, metodiche e strumentazioni necessarie a garantire l'efficacia della programmazione stessa. In altri termini, sembra che alle indicazioni di finalità generali si siano poi sostituite soluzioni generiche o quantomeno non corrispondenti con esse. In una battuta, anche successivamente agli anni 2000, nei documenti di programmazione sembra emergere una forte spinta a condividere i fini, magari recependo quelli già dichiarati a livello nazionale, ma contemporaneamente ad assemblare le azioni espressione degli interessi dei diversi *stakeholders* (Pelliccia e Trimaglio, 2009). La fase di revisione della spesa ha avuto come effetto la sostituzione delle dichiarazioni di principio con la ricerca della sostenibilità economico finanziaria, in particolare per la sanità, in quanto condizione per mantenere una relativa autonomia dell'istituzione regionale rispetto all'esautorazione del controllo sul proprio bilancio (o su circa il 70-75% di esso), portando al paradosso del vincolo di sistema come obiettivo politico, secondo l'efficace sintesi di Longo e Maciocco (Gori, Ranci Ortigosa, Longo e Maciocco, 2005). Seguendo questa parabola non è cresciuta, o solo raramente si è consolidata, la dimensione tecnico-professionale organizzativamente strutturata, legittimata a disporre delle informazioni essenziali (non solo contabili), efficiente ed

«efficientante», capace di maturare e mettere a disposizione un *know how* specifico e qualificato, funzionale a rendere coerente, monitorabile e valutabile, in termini sia di *output* che di *outcome*, il governo del sistema regionale²⁴ attraverso la programmazione. Le cause sono molteplici e ognuna merita di essere analizzata nei contesti specifici e comparata con le altre esperienze. Le principali cause sono di seguito elencate:

– la resistenza degli *stakeholders*, soprattutto quelli interni, a cedere quote di informazione e il loro trattamento a terzi;

– la scarsa conoscenza dei cambiamenti dei bisogni delle popolazioni *target* e degli esiti delle azioni già realizzate;

– la difficoltà di individuare e condividere indicatori di risultato – *output* e *outcome* – in merito a dimensioni personali e collettive dei cosiddetti obiettivi di scopo, quali la salute e il benessere. Ovvero, mentre è stato più semplice definire in una fase espansiva obiettivi strutturali, di attività e allocativi, la riduzione delle risorse disponibili determina spesso la necessità di decidere a cosa rinunciare, con tutto ciò che ne consegue sia rispetto agli interessi in campo che alla coerenza e sostenibilità finale del sistema;

– il livello delle competenze degli attori coinvolti nella *governance*;

– le asimmetrie che differenziano strutturalmente²⁵ i diversi comparti da ricondurre a una programmazione integrata, in particolare il socio-assistenziale, il socio-sanitario e il sanitario, ma anche le politiche territoriali e di sviluppo economico per quanto riguarda alcuni fattori determinanti di salute e benessere;

– i costi diretti (probabilmente minori dei risparmi conseguibili una volta a regime), e quelli indiretti, anche immateriali, di impatto sul modello organizzativo che la costituzione di una dimensione organizzativa per il monitoraggio e la valutazione di ciò che riguarda la programmazione regionale comporta.

L'elenco potrebbe continuare, ma ciò che in conclusione preme sottolineare è che la mancanza di un pensiero strategico sulla programmazione non potrà non ripercuotersi – e già oggi i segnali sono evidenti – necessariamente in una mancanza di strategia della programmazione.

Note

1. Rispetto alle molteplici definizioni di questo termine, in questa sede intendiamo la metodologia con cui si attivano processi partecipativi finalizzati alla corresponsabilizzazione dei diversi attori portatori di interessi nella costruzione processuale di decisioni a valenza sia pubblica che privata (Campedelli, 2010).
2. Emblematiche le problematiche relative alla misurazione e valutazione delle politiche pubbliche, come quelle dello sviluppo regionale finanziate con fondi comunitari (Barca, Brezzi, Terribile e Utili, 2004; Ministero per la Coesione Territoriale, 2012).
3. Non è da meno anche quella nazionale (Ministero della Salute, 2011).
4. Un discorso in parte a sè è quello della «antica e maledetta» questione meridionale e dei vari cicli e approcci programmatori finalizzati al suo superamento, continuati dopo gli anni '70 e, di fatto, ancora operativi (Borgomeo, 2013).
5. Illuminante l'*incipit* di una relazione di T. Vecchiato, allora Presidente della prima Sezione del Consiglio superiore di sanità, al convegno «Priorità e prospettive della sanità italiana: il contributo del Consiglio superiore di sanità» (Roma, novembre 1998). Egli sosteneva che: «L'esigenza di riflettere su contenuti e metodi per qualificare la programmazione sanitaria nasce da alcuni interrogativi: dalla necessità di capire perché essa non ha dato i risultati sperati, perché è diminuita la fiducia nelle sue possibilità, perché è subentrata una vischiosità istituzionale e tecnica che ha reso poco compatibili i diversi livelli di programmazione, perché è così difficile verificare e valutare i suoi risultati. Negli ultimi anni è invalsa la propensione a ridurre la programmazione, a spenderla per aree specifiche, a ricondurla a linee di finanziamento settoriali, rinunciando alle sue potenzialità complessive e privilegiando programmi di azioni monotematiche» (Vecchiato, 1999).
6. Anche in tempi di rilevante ritiro di consenso e legittimazione nei confronti dei *welfare* regionali – in particolare della sanità (Doxa, 2013) – queste tendenze sono molto più attenuate proprio dove abbiamo tali culture/tradizioni.
7. Per una ricognizione sulle misure prese dal Governo Monti in tema di sanità, confrontare con «Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 2012».
8. Questo non significa che non si siano sviluppati, in non poche regioni, programmi di monitoraggio e valutazione della programmazione territoriale, più o meno integrata, ma per l'appunto interni a ogni singola Regione e comunque spesso circoscritti a specifiche tematiche (in particolare di natura economica) e sostanzialmente lacunosi per quanto riguarda la valutazione dei risultati e degli esiti degli interventi messi in atto (Campostrini, 2013).
9. Da una prima analisi bibliografica, gli studi comparati disponibili riguardano cicli programmatori conclusi: quello di Fattore e Longo (2003) ha come termine di riferimento il 2002, quelli di Boni (2004) e di Bellentani (2005) si riferiscono a piani regionali approvati prima del 2004, quello di Pelliccia e Tramaglio (2009) si riferisce a quelli approvati prima del 2006, quello di Galli e Lecci (2010) a quelli approvati tra il 2007 e 2008.

10. Ci riferiamo alla bozza di «Indicazioni programmatiche in materia di politiche per la salute e il benessere sociale» del 4 marzo 2013.
11. A seguito dell'approvazione della Legge regionale 2 del 2003, con cui si aggiornava la legislazione regionale alla luce dell'approvazione della L. 328 del 2000, iniziò un lavoro di costruzione di un Piano sociale regionale che però non vide l'approvazione prima della fine della legislatura; in quella successiva, molte delle indicazioni lì raccolte divennero parte del Piano socio sanitario regionale 2008-2010.
12. I cui passaggi principali possono essere così sintetizzati: legge regionale 2/2003 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), legge regionale 29/2004 (Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario regionale), Patto regionale per lo sviluppo 2004, Cantiere nuovo *welfare* 2005, Pssr 2008-2010, legge regionale 3/2010 (Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali).
13. Il Piano territoriale della Regione Emilia-Romagna, approvato a inizio legislatura (Regione Emilia Romagna, 2010), sottolineava che il ruolo del *welfare* regionale è quello di fattore dello sviluppo delle persone e delle comunità, nonché di crescita economica. Di conseguenza, il nuovo Piano sociale e sanitario sarebbe chiamato a costruire comunità attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti sociali, con il Terzo settore ritenuto il secondo pilastro del *welfare* di comunità. In altri termini si vorrebbe perseguire un *welfare* che sia locale, universale e inclusivo, fondato sul principio di sussidiarietà orizzontale e verticale. Per questo, si sottolineava quanto fosse indispensabile consolidare la comunità istituzionale per la programmazione e il governo del sistema, primo pilastro su cui poggia il sistema di *welfare*, sviluppando un ruolo pubblico di programmazione e garanzia dei servizi, garanzia per la scelta da parte dei cittadini.
14. Legge regionale 21 dicembre 2012, n. 21, Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, Bollettino Ufficiale n. 291 del 21 dicembre 2012, <http://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/monitor.php?vi=nor&urn=er:assemblea legislativa:legge:2012;21>
15. Ci sono diversi modi di realizzare un documento di piano, ma soprattutto possono essere diversi gli obiettivi, anche se non in contrapposizione. Qualche esempio: può essere un lessico per/del sistema, un manifesto politico, una base comune per sviluppare/allineare i piani attuativi di settore (psichiatria, prevenzione, tossicodipendenze, etc.), uno strumento operativo che indica cosa si intende fare senza altre considerazioni generali (una relazione di indirizzo per le finanziarie che verranno), un percorso di valorizzazione dell'intelligenza/creatività presente nel sistema, etc.
16. La questione riguarda non solo ragionamenti di ordine generale ma scelte che hanno una valenza operativa immediata. Per esempio, in merito all'approccio da assumere per la valutazione del Pssr scaduto. Sintetizzando, si può realizzare una valutazione che sia una «pagella» di quanto è stato fatto, quindi un elemento conclusivo del percorso che finisce. Questo però non tiene conto delle trasformazioni intervenute, con il rischio di essere un buon esercizio tecnico metodologico ma sostanzialmente inefficace per programmare il nuovo ciclo. Oppure una valutazione di quanto raggiunto dal Pssr in vigore alla luce dei nuovi obiettivi – ovvero della discontinuità emersa in questi anni – che ci si vuole porre; questo presuppone però che si abbiano chiari gli obiettivi per cui è necessario il coinvolgimento dei diversi attori per una loro condivisione delle linee di fondo del progetto.
17. A proposito delle disuguaglianze e degli esiti perversi – sociali, sanitari, educativi, etc. – che esse producono (Wilkinson e Pickett, 2009; Milanovic, 2012), significativa è la tesi di Stiglitz, secondo cui: «Contrastare le disuguaglianze è un'operazione necessariamente complessa: occorre contenere gli eccessi di chi sta in alto, rinforzare chi sta in mezzo e aiutare chi sta in basso. Ognuno di questi obiettivi richiede un programma a sé» (Stiglitz, 2013). Per quanto riguarda la sanità, sia a livello di sistema che a livello aziendale (Francesconi, Lecci e Vendramini, 2012) ritroviamo una comune visione di fondo. In particolare, nella introduzione al VIII Rapporto Sanità Ceis: «(...) senza un ripensamento delle metodologie di programmazione e dei modelli di organizzazione, difficilmente il sistema evolverà in modo equilibrato, rinunciando alla sua (naturale) vocazione ospedalocentrica, e sviluppando una assistenza primaria fondata sull'iniziativa (fondamentale per fronteggiare i rischi per la salute e la Sanità derivanti dai nuovi stili di vita). La programmazione deve quindi evolvere, superando la mera indicazione degli standard di offerta, sforzandosi di individuare corretti incentivi per orientare il sistema verso comportamenti maggiormente efficienti ma, soprattutto, più rispondenti alla domanda dei cittadini. Allo stesso tempo, i modelli di organizzazione devono abbandonare logiche orientate all'operatore (sebbene magari ineccepibili su un piano di efficienza tecnica o qualità clinica) e ripartire, invece, da una analisi della domanda e della sua segmentazione, cercando di adeguare le capacità di risposta del sistema e degli erogatori alle aspettative dei cittadini» (Spandonaro, 2012).
18. Ovvero un governo finalizzato in particolare ad evitare il razionamento implicito dei livelli essenziali sanitari e delle prestazioni sociali.
19. La materia dei livelli essenziali è alquanto complessa e differenziata (Oggi Domani Anziani, 2011), rimane pur sempre il fatto che sia a livello nazionale (trasferimenti monetari) sia a livello regionale (specifiche *policies* come la non autosufficienza), magari anche solo implicitamente, un complesso di risposte/diritti esigibili sono presenti.
20. Senza svilupparlo come meriterebbe per ovvi problemi di spazio, quello che si sostiene è che insieme al pluralismo nelle istituzioni si pone sempre più l'urgenza di sviluppare il pluralismo delle istituzioni, pena il venir meno della stessa idea di istituzione quale bene pubblico e comune.
21. Da evidenziare che proprio nel territorio romagnolo l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna abbia

attivato un piano strategico denominato «Bassarmagna2020» (www.labassaromagna.it), a conferma dell'esigenza condivisa tra attori di un territorio di non subire passivamente i processi. Nella bozza di documento base si legge: «Molti attori organizzati di un territorio potrebbero pensare che, in tempi di crisi, una tattica di attesa sia più pregnante, più sicura e garantisca continuità. Dunque, come peraltro ribadisce anche lo strumento di Bologna, in assenza di cospicui investimenti annunciati, la pianificazione strategica rappresenta la consapevole scelta di non avversione al rischio» e di assumere sussidiariamente l'iniziativa.

22. Ovvero diverso dall'impianto classico, anche in sede di contabilità pubblica, dove insieme al programma/bilancio annuale vi è il programma/bilancio triennale, spesso semplice proiezione del primo in quanto di fatto non vincolante per il periodo definito.
23. Per l'esperienza toscana confrontare con Campedelli, Carrozza e Rossi (2009), per quella emiliano romagnola con Campedelli (2010).
24. Da qui una correlazione stretta tra allargamento della platea dei partecipanti e implementazione della *governance*.
25. Ci sono Regioni, come la Toscana, che hanno legiferato in merito a tutto il complesso processo programmatico regionale (dal Piano regionale di sviluppo ai Piani integrati di salute delle zone distretto), prevedendo *steps* e attori per le verifiche di coerenza-armonizzazione sia *top down* e *bottom up*. Il fatto però che proprio in Toscana, nonostante ciò, il primo Piano sociale e sanitario regionale si sia bloccato quando era oramai in dirittura d'arrivo solleva il dubbio che quantomeno l'impianto non fosse preparato ad affrontare situazioni critiche come quelle che si sono manifestate in questi anni, ovvero a governare l'incerto.

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

- ARDIGÒ A. (1980), *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Cappelli, Bologna.
- ASCOLI U. ET AL. (2011), *Manifesto per un welfare del XXI secolo*, Roma, www.rivistapolitichesociali.it
- ASSOCIAZIONE SOCIETÀ INFORMAZIONE (2012), *Rapporto sui diritti globali 2012. La Grecia è vicina*, Ediesse, Roma.
- BALDWIN R.E., MARTIN P. (1999), *Two waves of globalization: superficial similarities, fundamental differences*, Nber Working Paper Series 6904, Cambridge, www.nber.org/papers/w6904
- BARBERIS E., KAREPOV Y. (2010), *Tendenze e prospettive dei welfare state europei*, in Campedelli M., Carrozza P., Pepino L.
- BORGHINI V., SEBASTIANI C. (2012), *Proposte per la democrazia urbana*, Bologna, Laboratorio Urbano, www.laboratoriourbano.info
- BORGOMEIO C. (2013), *L'equivoco del Sud. Sviluppo e coesione sociale*, Laterza, Bari-Roma.
- BORGONOVÌ E. (2006), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- CAMPEDELLI M. (1996), «Verso pratiche di welfare municipale», in Aa.vv. *Il lavoro di comunità. La mobilitazione delle risorse nella comunità locale*, Quaderni di Animazione e Formazione, Ed. Gruppo Abele, Torino.
- CAMPEDELLI M. (1997), «La rete e la dote: appunti sul welfare municipale», in V. Cerio (a cura di), *Welfare municipale e mutualismo popolare*, Ed. Cens, Melzo.
- CAMPEDELLI M. (2009), «La programmazione come chiave interpretativa delle politiche pubbliche di welfare. Il caso della Toscana», in M. Campedelli, P. Carrozza e E. Rossi (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Il Mulino, Bologna.
- CAMPEDELLI M. (2010), *La governance delle politiche per la salute e il benessere in Emilia Romagna. Opportunità per lo sviluppo e miglioramento*, Dossier 192, Agenzia sociale e sanitaria regionale, Regione Emilia Romagna, Bologna.
- CAMPEDELLI M. (2012), «La programmazione regionale di fronte alla crisi: note a partire da un caso di eccellenza», *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4, ottobre-dicembre.
- CAMPEDELLI M. (2013), «Un navigatore per concertare politiche sociali», in Cisl – Dipartimento Politiche sociali e per la salute – e Fnp Cisl Pensionati.
- CAMPEDELLI M., FIORENTINI G. (2010), *Impresa sociale. Idee e percorsi per uscire dalla crisi*, Diabasis, Reggio Emilia.
- CAMPEDELLI M., CARROZZA P., ROSSI E. (2009), *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Il Mulino, Bologna.
- CAMPEDELLI M., CARROZZA P., PEPINO L. (2010), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e di istituzioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- CAMPEDELLI M., LEPORE V., TOGNONI G. (2010), *Epidemiologia di cittadinanza*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- CANU R., REBBA V. (2009), «L'esperienza dei piani per la salute in Emilia-Romagna», in Muraro G., Rebba V. (a cura di), *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria. Principali esperienze nazionali e straniere*, Franco Angeli, Milano.
- CARROZZA P. (2011a), *La programmazione regionale e territoriale integrate quale perno di un buon sistema di governo*, Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento Sant'Anna, Pisa.
- CARROZZA P. (2011b), «Università, Europa, Italia: il vento dei tagli alla spesa pubblica e della globalizzazione investe anche l'università», *Rivista di Diritto Pubblico Europeo e Comparato*, 1, pp. 17-25.
- CEIS TOR VERGATA (2012), *Opzioni di welfare e integrazione delle politiche. VIII Rapporto Sanità Ceis*, Roma, www.ceistorvergata.it
- CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME (2012), *Dossier di documentazione. La sanità nelle manovre finanziarie 2012*, Centro Interregionale Studi e Documentazione, Roma, www.regioni.it
- DONOLO C. (2007), «Politiche sociali. Governare per frammenti», *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 4.
- FARGION V., GUALMINI E. (2013), *Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempi di crisi*, Il Mulino, Bologna.
- FASSARI L. (2013), *La fine delle politiche sociali. In dieci anni il fondo nazionale si è ridotto dell'80%*, Dossier in www.quotidianosanità.it del 5 giugno 2013.
- FIORENTINI G. (2006), *Impresa sociale e sussidiarietà*, Franco Angeli, Milano.
- FOSTI G., LARENZA O., LONGO F., ROTOLO A. (2012), «Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy», in E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2011*, Egea, Milano.
- FOSTI G., LARENZA O., LONGO F., ROTOLO A. (2012), «La rete dei servizi per la long term care», in Agenas, *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, I Quaderni di Monitor, 10° supplemento al numero 30, www.agenas.it
- FRANCESCONI A., LECCI F., VENDRAMINI E. (2012), *I sistemi di programmazione e controllo negli ospedali per intensità di cura: un'analisi empirica*, in E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2012*, Egea, Milano.
- GALLI D., LECCI F. (2010), «Misurare e valutare la strategia nei Piani sanitari regionali. L'esperienza dell'ultimo periodo di pianificazione in otto Regioni italiane», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di) (2010), *Rapporto Oasi 2010. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- GIUNTA G. (2011), «Nuovi paradigmi interpretativi e policy per lo sviluppo umano», in Delegazione regionale delle Caritas della Sicilia e EcoSmed, *Le conseguenze della crisi viste da Sud*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- GORI C. (2012), *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*, Franco Angeli, Milano.

- GORI C., RANCI ORTIGOSA E., LONGO F., MACIOCCO G. (2005), «Le sfide della nuova legislatura regionale. Politiche sociali. Politiche sanitarie», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 9.
- GOSETTI G. (2008), «Qualificare la pianificazione in senso unitario: elementi per leggere la relazione fra integrazione e unitarietà», in G. Pilati, (a cura di), *Programmazione unitaria delle politiche per la salute*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- KEYNES J.M. (2013), *Teoria generale dell'occupazione, dell'interesse e della moneta*, Utet, Torino.
- LAVISTA F. (2010), *La stagione della programmazione. Grandi imprese e stato dal dopoguerra agli anni settanta*, Il Mulino, Bologna.
- LONGO F., TANZI E. (2010), *I costi della vecchiaia. Il settore long term care di fronte alle sfide del futuro*, Egea, Milano.
- LONGO F., MELE S., MONCHIERO G., PINELLI N., SALVATORE D., TASSELLI S. (2012), *Il governo dei servizi territoriali: budget e valutazione dell'integrazione. Modelli teorici ed evidenze empiriche*, Egea, Milano.
- MACIOCCO G. (2009), *Politica salute e sistemi sanitari*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- MANCINI R. (2012), *Dentro il disagio psichico e sociale*, Il Regno, LVII, 1125, n. 12, Attualità, 15 giugno 2012.
- MILANOVIC B. (2012), *Chi ha e chi non ha. Storie di disuguaglianze*, Il Mulino, Bologna.
- NATALI D. (2012), *Politiche sociali sostenibili per l'Europa*, Il Mulino, n. 5.
- OGGI DOMANI ANZIANI (2010), *Gli invisibili: i caregiver. Anziani che si prendono cura di altri anziani*, XXIII, 4.
- OGGI DOMANI ANZIANI (2011), *Federalismo e livelli essenziali: dare valore alle esperienze*, XXIV, 2.
- OGGI DOMANI ANZIANI (2012), *Regioni e territori alla ricerca di una bussola per la famiglia*, XXV, 1.
- PENNACCHI L. (2010), *Pubblico privato comune. Lezioni dalla crisi globale*, Ediesse, Roma.
- RAGAZZINI F. (2011), *L'analisi dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2009-2011: valutare l'integrazione della programmazione nei documenti e nei processi*, Bologna, www.emiliaromagnasociale.it
- SCHIATTARELLA R. (2010), *Crisi e culture economiche*, in M. Campedelli, P. Carrozza e L. Pepino, a cura di, 2010.
- SCHIATTARELLA R. (2011), «L'impossibile ritorno al mondo di prima», in www.sbilanciamoci.info
- STIGLITZ J.E. (2013), *Il prezzo della disuguaglianza. come la società divisa di oggi minaccia il nostro futuro*, Einaudi, Torino.
- TARONI F. (2011), *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- TROTTA G. (1996), *Giuseppe Dossetti. La rivoluzione nello Stato*, Unipress, Reggio Emilia.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Felice Marra (a cura di)

RISORSE UMANE IN SANITÀ. 13 REPORT PER L'INNOVAZIONE

FRANCOANGELI, MILANO, 2013, € 16,00, PP. 112

Con l'evoluzione del concetto di «salute» si impone, all'interno delle aziende sanitarie, un nuovo modo di agire nell'ambito delle risorse umane: un approccio che superi la visione meramente quantitativa e punti alla qualità e allo sviluppo professionale. Su questa premessa si fonda la proposta del presente testo, che analizza i fattori critici che attualmente investono le risorse umane nelle aziende sanitarie, proponendo spunti di riflessione e suggerimenti operativi indirizzati al miglioramento del sistema nel suo complesso. Attraverso tredici «report di innovazione» vengono affrontate diverse tematiche: la creazione del valore di utilità, i processi di job description, le credenziali e le abilitazioni professionali, i processi di valutazione, il fenomeno del job property e il sistema premiante, le nuove carriere professionali, il governo funzionale dell'orario di lavoro, la mobilità e la diversa collocazione funzionale degli operatori, lo sviluppo del benessere organizzativo e la concezione della risorsa umana nella sua componente fisica, tecnica, tattica e psicologica, la comunicazione e la gestione dei conflitti. I metodi operativi suggeriti saranno di sicuro interesse per i dirigenti responsabili e per i coordinatori delle professioni sanitarie.

INDICE INTRODUZIONE - 1. LA CREAZIONE DEL VALORE DI UTILITÀ DELLE RISORSE UMANE - 2. L'ANALISI DELLE POSIZIONI E DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI (JOB DESCRIPTION) - 3. IL SISTEMA DELLE CREDENZIALI PROFESSIONALI - 4. IL DIRETTORE E IL PROFESSIONAL: LE DUE CARRIERE PARALLELE - 5. LA NECESSITÀ DI NUOVI PERCORSI DI SVILUPPO PROFESSIONALE PER IL PERSONALE DEL COMPARTO E LE RELAZIONI PROFESSIONALI TRA MEDICO E INFERMIERE - 6. LA MOBILITÀ E LA DIVERSA COLLOCAZIONE FUNZIONALE - 7. IL SUPERAMENTO DEL JOB PROPERTY E IL SISTEMA PREMIANTE - 8. LA VALUTAZIONE INTEGRATA PIANIFICATA - 9. LA GESTIONE FUNZIONALE DELL'ORARIO DI LAVORO - 10. LO SVILUPPO E LA TUTELA DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO - 11. UN NUOVO APPROCCIO NELLE RELAZIONI SINDACALI - 12. LA COMUNICAZIONE E LA GESTIONE DEI CONFLITTI - 13. L'INTERAZIONE TRA LA COMPONENTE FISICA, TECNICA, TATTICA E PSICOLOGICA: QUALI STRATEGIE PER LE RISORSE UMANE? - BIBLIOGRAFIA

Giancarlo Bizzarri, Monica Canciani, Gianni De Paoli, Massimo Farina, Cristiano Guarneri

IL PROFILO DI RUOLO DEL FARMACISTA DI AREA OMOGENEA PER INTENSITÀ DI CURA: DALL'IDEAZIONE AI RISULTATI

FRANCOANGELI, MILANO, 2013, € 16,00, PP. 112

Come sviluppare ed esercitare con successo il ruolo professionale del farmacista in un contesto in continua evoluzione? Lo scenario circostante, che trova pieno riscontro anche in ambito sanitario, ha come filo conduttore, da un lato, la spending review e, dall'altro, la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati. È evidente che per garantire questi due obiettivi, tra loro apparentemente in antitesi, occorre non solo pensare in modo diverso dal passato ma anche agire con modalità, competenze e strumenti profondamente diversi da quelli attualmente in uso. Se è evidente che non si è verificata la fine del mondo intesa dai

Maya come distruzione della Terra, della biosfera o della specie umana, si può dire che la «fine del mondo» è già avvenuta e continua ad avvenire rispetto al «mondo di ieri», in questo caso il contesto della sanità che si è «abituati» a considerare. Le logiche organizzative per area vasta, che diverse Regioni hanno adottato o stanno per adottare, le riorganizzazioni degli Ospedali per Intensità di Cura e non più per Unità Operative/Reparti, sono alcuni dei primi macroscopici esempi dell'evoluzione del «mondo della sanità» che sino a ieri erano delle ipotesi di lavoro e sono ora diventate certezze del quotidiano. Tenendo conto di questo contesto è stato sviluppato un progetto di ricerca, con la partecipazione di diverse professionalità sanitarie e non, con interviste a livello nazionale e lo sviluppo di attività in un gruppo tecnico di lavoro, al fine di definire quale potrebbe essere il profilo di ruolo e le competenze richieste per il farmacista di area omogenea per intensità di cura applicabili nei diversi contesti organizzativi delle aziende sanitarie a livello nazionale. Il volume è strutturato in quattro capitoli: il primo descrive lo scenario con l'evoluzione dei modelli di cura e dei relativi ruoli professionali, il secondo delinea il possibile nuovo ruolo del farmacista di area omogenea, dallo scopo del ruolo alle attività chiave, il terzo capitolo identifica i risultati della ricerca in merito alle possibili competenze chiave con un focus sull'autovalutazione, il quarto capitolo delinea un possibile approccio applicativo nei propri contesti operativi con un modello per la valutazione d'impatto. Negli allegati sono descritti il progetto di ricerca e una panoramica su alcuni possibili strumenti operativi per l'esercizio del ruolo.

INDICE 1. DESCRIZIONE DELLO SCENARIO - 2. IL NUOVO RUOLO DEL FARMACISTA DI AREA OMOGENEA O PER INTENSITÀ DI CURA - 3. COMPETENZE CHIAVE E LORO IMPLEMENTAZIONE - 4. LO SVILUPPO DEL RUOLO DEL FARMACISTA DI AREA OMOGENEA O PER INTENSITÀ DI CURA: UN POSSIBILE APPROCCIO APPLICATIVO - ALLEGATO 1. IL PROGETTO DI RICERCA PER LO SVILUPPO DEL PROFILO DI RUOLO DEL FARMACISTA DI AREA OMOGENEA O PER INTENSITÀ DI CURA - ALLEGATO 2. PANORAMICA SUI POSSIBILI STRUMENTI PER L'ESERCIZIO DELLE AREE DI RESPONSABILITÀ DEL FARMACISTA DI AREA OMOGENEA O PER INTENSITÀ DI CURA - BIBLIOGRAFIA

Carlo Bottari (a cura di)

LA DISCIPLINA DEGLI ACQUISTI DI SERVIZI E BENE NELLE AZIENDE SANITARIE

MAGGIOLI EDITORE, SANTARCANGELO DI ROMAGNA, 2013, € 25,00, PP. 227

Il presente volume raccoglie una serie di contributi in tema di «Disciplina degli acquisti di servizi e beni nelle aziende sanitarie» predisposti, anche alla luce delle più recenti innovazioni normative, all'interno del progetto di ricerca di rilevante interesse nazionale su «Erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie», coordinato a livello nazionale dal Prof. Michele Sesta e realizzato, per la parte qui raccolta, dall'unità operativa con sede presso l'Università di Bologna, guidata dal Prof. Carlo Bottari. Nel lavoro sono contenuti elementi pubblicitari e privatistici interessanti il diritto sanitario e, in particolare, gli aspetti più rilevanti disciplinati dalla legislazione comunitaria, nazionale e regionale in tema di acquisti di beni e servizi e di certificazione dei crediti verso le pubbliche amministrazioni. Si tratta, pertanto, di una pubblicazione quanto mai attuale e indispensabile nel contingente quadro di rivisitazione delle politiche di bilancio e di finanza pubblica.

INDICE INTRODUZIONE, DI CARLO BOTTARI - 1. GLI ACQUISTI IN RELAZIONE ALLE POLITICHE DI BILANCIO DELLE REGIONI NEL SETTORE SANITARIO, DI CLAUDIA TUBERTINI - 2. LA GESTIONE DEL DEFICIT SANITARIO REGIONALE TRA CONCERTAZIONE, PIANI DI RIENTRO E COMMISSARIAMENTO AD ACTA, DI GIOVANNI MARIA CAVO - 3. L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI E IL RISPETTO DEI VINCOLI COMUNITARI IN TEMA DI GARE PUBBLICHE, DI PAOLO DE ANGELIS - 4. GLI ACQUISTI DI BENI E L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DELLE AZIENDE SANITARIE NELLA LEGISLAZIONE COMUNITARIA E NAZIONALE, DI GIACOMO SANTI - 5. LA CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI IN AMBITO SANITARIO, DI LUCA DIMASI - 6. GLI ACQUISTI DELLE AZIENDE SANITARIE: ASPETTI DI DIRITTO PRIVATO, DI RICCARDO CAMPIONE - 7. LA PROCEDURA DI CERTIFICAZIONE DEI CREDITI VERSO LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI E IN PARTICOLARE VERSO LE AZIENDE SANITARIE, DI BORIS VITIELLO - CONCLUSIONI, DI ROBERTO NANIA

Sabina Nuti, Milena Vainieri (a cura di)

PRIORITY SETTING IN SANITÀ: L'ESPERIENZA DEL PERCORSO SCOMPENSO CARDIACO E DIABETE MELLITO DI TIPO 2

IL MULINO, BOLOGNA, 2013, € 24,00, PP. 330

In sanità spesso si assiste a un'allocazione sub-ottimale delle risorse disponibili, anche a fronte di una mancata responsabilizzazione dei professionisti sanitari rispetto alla spesa da essi stessi generata. Pur svolgendo il ruolo di decisori dei trattamenti da erogare, i professionisti sanitari sono spesso poco consapevoli dei costi connessi alle loro scelte e poco coinvolti nei processi decisionali relativi all'allocazione delle risorse. Il risultato è che ancora oggi si assiste a un vuoto di responsabilità sulla gestione delle priorità in sanità che determina una rilevante variabilità nei consumi e nei processi. Date queste premesse, appare evidente come siano sempre più necessari approcci e metodi in grado di aiutare professionisti e manager a utilizzare le risorse nel migliore modo possibile, attraverso processi di priority setting strutturati. Questo volume propone un metodo socio-tecnico a supporto del priority setting, partendo da una panoramica internazionale sulla definizione delle priorità di intervento in sanità, per poi focalizzarsi sulle valutazioni economiche e approfondire il metodo inglese Star, adattato alla realtà toscana nei percorsi assistenziali dello scompenso cardiaco e del diabete di tipo 2.

INDICE 1. STABILIRE LE PRIORITÀ IN SANITÀ, DI SABINA NUTI - 2. LE VALUTAZIONI ECONOMICHE IN SANITÀ E LA DEFINIZIONE DEI QALY, DI BARBARA BINI - 3. GLI ELEMENTI TEORICI FONDANTI L'APPROCCIO STAR, DI GWYN BEVAN - 4. STABILIRE LE PRIORITÀ DI INTERVENTO IN SANITÀ: DALLA TEORIA ALLA PRATICA. L'ESPERIENZA INGLESE DEL SYMPOSE, DI MARA AIROLDI - 5. L'APPLICAZIONE DELLA DEFINIZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO NEL CONTESTO TOSCANO: IL QUADRO STRATEGICO REGIONALE, DI SABINA NUTI E MILENA VAINIERI - 6. DALL'ESPERIENZA INGLESE A QUELLA TOSCANO: LE SCELTE METODOLOGICHE, DI MILENA VAINIERI E SABINA NUTI - 7. IL PRIORITY SETTING NEL PERCORSO DELLO SCOMPENSO CARDIACO, DI SABINA NUTI, CHIARA SPERONI, BARBARA BINI, MAURO MACCARI, SIMONA DEI E MILENA VAINIERI - 8. IL PRIORITY SETTING NEL PERCORSO DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2, DI MILENA VAINIERI, CHIARA SPERONI, LOREDANA LAZZARA E SABINA NUTI - 9. LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL METODO DA PARTE DEI PROFESSIONISTI, DI MILENA VAINIERI - 10. POTENZIALITÀ, LIMITI E IMPLICAZIONI DI POLICY NEL METODO PRIORITY SETTING, DI SABINA NUTI E MILENA VAINIERI

Ariano Cattaneo e Nicoletta Denticò (a cura di)

OMS E DIRITTO ALLA SALUTE: QUALE FUTURO. V RAPPORTO DELL'OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE

OISG, 2013, € 20,00, PP. 283

La storia, i successi, le traversie dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), l'agenzia delle Nazioni Unite con il mandato di conseguire il più alto livello di salute per tutta la popolazione del pianeta, sono al centro di questo rapporto. L'opinione pubblica, in genere, sente parlare dell'Oms solo in relazione a emergenze sanitarie e associa questa istituzione principalmente ad accadimenti eccezionali, quali epidemie minacciose. In pochissimi conoscono la trama che ha caratterizzato i 65 anni dell'agenzia, sempre costretta a muoversi sul fil di lama della mediazione fra tensioni geopolitiche e approcci molto diversi su come affrontare le problematiche sanitarie del mondo. L'enorme sfida di promuovere e tutelare il diritto alla salute ha richiesto all'Oms una vasta gamma di competenze tecniche, ma l'ha anche costretta a confrontarsi con ruvidi interessi politici ed economici, spesso ostili a questo diritto. La battaglia dell'Oms per i farmaci essenziali, l'impegno per controllare l'uso del tabacco, le strategie per i determinanti sociali della salute, l'iniziativa per regolare il marketing dei sostituti del latte materno hanno segnato pagine decisive per la salute globale, esponendo l'agenzia a temi brucianti come la povertà e gli effetti della globalizzazione, la gestione della conoscenza e le regole del commercio internazionale, le disuguaglianze e i diritti, la mercificazione della salute e la giustizia sociale. Il 5° rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale (Oisg) affronta questi nodi nella loro attualità, alla luce del processo di riforma che l'Oms ha

intrapreso due anni fa e che potrebbe ridisegnare il modo in cui essa è governata, gestita e finanziata. Questo testo, atto di denuncia e memoria delle potenzialità incompiute dell'Oms, vuole ricordare che la salute, e dunque anche lo stato di salute dell'Oms, riguardano direttamente le opinioni pubbliche dei singoli Paesi. Non possono restare chiuse nelle sale degli addetti ai lavori a Ginevra, o nelle stanze ancor più serrate dei ministeri nazionali. Né possono essere soffocate in nome della universalmente conclamata mancanza di risorse. Gli autori di questo rapporto si augurano che tutti in Italia possano partecipare allo sforzo sempre più necessario per tutelare la salute come bene comune, e sperano che questo testo possa servire, a suo modo, a difendere il diritto alla salute sancito con ineguagliabile forza giuridica nella Costituzione italiana.

INDICE 1. LA CREAZIONE DELL'OMS E SESSANT'ANNI DI SFIDE TRA IDEALE E REALPOLITIK, DI **EDUARDO MISSONI** - 2. L'OMS: FONDAMENTA, STRUTTURA, GOVERNO, GESTIONE E STRUMENTI, DI **EDUARDO MISSONI** - 3. COME L'OMS GOVERNA LA SALUTE GLOBALE, DI **ADRIANO CATTANEO** - 4. IL PROGRAMMA PER I FARMACI ESSENZIALI, DI **GIANNI TOGNONI** - 5. CONCILIARE INNOVAZIONE MEDICA E ACCESSO AI FARMACI ESSENZIALI: LA COMMISSIONE SU SALUTE PUBBLICA, INNOVAZIONE E DIRITTI DI PROPRIETÀ INTELLETTUALE, DI **NICOLETTA DENTICO** - 6. LA SALUTE DI DONNE E BAMBINI E IL RUOLO DELLA PARTNERSHIP FOR REPRODUCTIVE, MATERNAL, NEWBORN AND CHILD HEALTH, DI **GIORGIO TAMBURINI** - 7. IL CODICE INTERNAZIONALE SULLA COMMERCIALIZZAZIONE DEI SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO, DI **ADRIANO CATTANEO** - 8. LA CRISI GLOBALE DELLE RISORSE UMANE IN SANITÀ E IL CODICE DI CONDOTTA DELL'OMS SUL RECLUTAMENTO INTERNAZIONALE DEL PERSONALE SANITARIO, DI **GIULIA DE PONTE** E **CARLO RESTI** - 9. LA CONVENZIONE QUADRO DELL'OMS SUL CONTROLLO DEL TABACCO, DI **PASCAL DIETHELM** - 10. LA STRATEGIA GLOBALE SULLA SALUTE ORALE, DI **GUIDO BENEDETTI**, **LAURA STROHMERGER** E **PATRIZIA DI CACCAMO** - 11. LA COMMISSIONE SU MACROECONOMIA E SALUTE, DI **SARA BARSANTI** E **FEDERICO VOLA** - 12. LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI TRA SALUTE PUBBLICA E INTERESSI PRIVATI: L'AFFERMARSI DEL MODELLO MULTISTAKEHOLDER, DI **CHIARA DI GIROLAMO** E **ALICE FABBRI** - 13. LA COMMISSIONE SU MACROECONOMIA E SALUTE, DI **SARA BARSANTI** E **FEDERICO VOLA** - 14. INTERROMPERE IL DISINTERESSE PER LE MALATTIE TROPICALI: A QUALE PREZZO? DI **JANIS K. LAZDINS-HELDS** E **NICOLETTA DENTICO** - 15. L'OMS NELLA SUA INTERAZIONE CON LE ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE: PINGO CONTRO BINGO, DI **INA VERZIVOLLI** - 16. IL PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT E L'AZIONE DAL BASSO: IL METODO E/È IL MESSAGGIO, DI **CHIARA BODINI** E **ILARIA CAMPLONE** - 17. LA RIFORMA DELL'OMS: TUTTA UNA QUESTIONE DI SOLDI, DI **NICOLETTA DENTICO** - 18. C'È BISOGNO DI UNA RIFORMA. MA DI CHE RIFORMA? L'OMS DI FRONTE ALLA SFIDA DI UNA RICOLLOCAZIONE STRATEGICA, DI **EDUARDO MISSONI** - 19. IL 2015 SI AVVICINA, MA IL MILLENNIO NON È FINITO. COSA NE SARÀ DEGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO? DI **EDUARDO MISSONI** E **GIULIA FERRARI** - 20. IL PENSIERO SISTEMICO PER TRASFORMARE LA SALUTE GLOBALE, DI **FABRIZIO TEDIOSI** E **DON DE SAVIGNY** - 21. IL GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2010: STIME, PREVISIONI E IMPLICAZIONI PER LA GOVERNANCE DELLA SALUTE, DI **GIORGIO TAMBURINI** E **LORENZO MONASTA** - 22. GOVERNANCE ED EFFICIENZA: SFIDE PER LA GESTIONE DEL SISTEMA UNICO DI SALUTE IN BRASILE, DI **GILLIAT FALBO**, **PAULO SÀVIO GOES** E **FRANCESCO SINTONI** - 23. LE RIFORME DEI SISTEMI SANITARI E LA CRISI FINANZIARIA, DI **SARA BARSANTI** E **GAVINO MACIOCCO**

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

VECCHI V., HELLOWELL M., GATTI S.

Does the private sector receive an excessive return from investments in health care infrastructure projects? Evidence from the UK
Health policy, 2013, May, 110 (2), pp. 243-270

CHERECHES R.M., UNGUREANU M.I., SANDU P., RUS I.A.

Defining informal payments in healthcare: a systematic review
Health policy, 2013, Mar, 110 (2), pp. 105-114

JONES L., EXWORTHY M., FROSINI F.

Implementing market-based reforms in the English NHS: bureaucratic coping strategies and social embeddedness
Health policy, 2013, June, 111 (1), pp. 52-59

PÉROTIN V., ZAMORA B., REEVES R., BARTLETT W., ALLEN P.

Does hospital ownership affect patient experience? An investigation into public-private sector differences in England
Journal of Health Economics, 2013, May, 32 (3), pp. 633-646

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

HURLEY J., MENTZAKIS E.

Health-related externalities: evidence from a choice experiment
Journal of Health Economics, 2013, Jul, 32 (4), pp. 671-681

PACCAGNELLA O., REBBA V., WEBER G.

Voluntary private health insurance among the over 50s in Europe
Health economics, 2013, Mar, 22 (3), pp. 289-315

ECHAZU L., NOCETTI D.

Priority setting in health care: disentangling risk aversion from inequality aversion
Health Economics, 2013, Jun, 22 (6), pp. 730-740

NONIS M., ROSANTI E.

Non solo i DRGs: usi della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e ICD-9-CM (con particolare riferimento al 3° volume, Classificazione degli Interventi Chirurgici), per la valutazione e misura del case-mix
Organizzazione Sanitaria, 2013, 37 (1), pp. 3-13

ECONOMIA DEL FARMACO

MAUSKOPF J., CHIRILA C., BIRT J., BOYE K.S., BOWMAN L.

Drug reimbursement recommendations by the National Institute for Health and Clinical Excellence: have they impacted the National Health Service budget?
Health policy, 2013, Apr, 110 (1), pp. 49-59

YONG J., 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. 299-236

DEGRASSAT-THÉAS A., PAUBEL P., PARENT DE CURZON O., PEN C., SINÈGRE M.

Temporary authorization for use: does the French Patient Access Programme for unlicensed medicines impact market access after formal licensing?

Pharmacoeconomics, 2013, Apr, 31 (4), pp. 335-343

JOMMI C.

Accordi di managed market entry (risk-sharing): rationale e tendenze evolutive nel Ssn

Pharmacoeconomics Italian Research Articles, 2012, 14 (supplemento 1), pp. 38-43

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

MEHMET SAHIN G., BULENT S.

Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey

Health Policy, 2013, Aug, 111 (3), pp. 290-300

FATTORE G.

Le politiche sanitarie in tempo di crisi economica e delle finanze pubbliche

Pharmacoeconomics Italian Research Articles, 2012, 1 (Supplemento 1), pp. 3-10

KOCHER K.E., DIMICK J.B., NALLAMOTHU B.K.

Changes in the source of unscheduled hospitalizations in the United States

Medical Care, 2013, Aug, 51 (8), pp. 689-698

BLACK N., MAYS N.

Public inquiries into health care in the UK: a sound basis for policy-making?

Journal of Health Services Research & Policy, 2013, Jul, 18 (3), pp. 129-131

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

KUHLMANN E., BATENBURG R., GROENEWEGEN P.P., LARSEN C.

Bringing a European perspective to the health human resources debate: a scoping study

Health policy, 2013, Apr, 110 (1), pp. 6-13

CASTELVEDERE F., BOLDINI P.

Competenza, autonomia e responsabilità professionale nelle professioni sanitarie

Sanità Pubblica e Privata, 2013, 2, pp. 28-35

WEISSMAN J.S., VOGELI C., LEVY D.E.

The quality of hospital care for medicaid and private pay patients

Medical care, 2013, May, 51 (5), pp. 389-395

MEHMET T., MENDERES T., SABAHATTIN T., NEŞET H.

An analysis of relationships among transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in two Turkish hospitals

International Journal of Health Planning and Management, 2013, Jul/Sep, 28 (3), pp. e217-e241

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

LLUCH M., ABADIE F.

Exploring the role of ICT in the provision of integrated care - Evidence from eight countries

Health policy, 2013, Jun, 111 (1), pp. 1-13

MUELLER S.K., LIPSITZ S., HICKS L.S.

Impact of hospital teaching intensity on quality of care and patient outcomes

Medical Care, 2013, Jul, 51 (7), pp. 567-574

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, 2013, Apr-Jun, 38 (2), pp. 166-175

FITZHENRY F., MURFF H.J., MATHENY M.E., GENTRY N., FIELSTEIN E. M., BROWN S.H., REEVES R.M., ARONSKY D., ELKIN P.L., MESSINA V.P., SPEROFF T.

Exploring the frontier of electronic health record surveillance: the case of postoperative complications

Medical Care, 2013, Jun, 51 (6), pp. 509-516

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

CICCHETTI A., MENNINI F.S., MARCHETTI M., IACOPINO V., CARLETTO A.

La definizione delle priorità nel processo di Hta tra esigenze centrali e regionali

Politiche Sanitarie, 2012, 13 (4), pp. 237-246

AA.VV.

Hospital-Based Hta: sogno o realtà?

Sanità Pubblica e Privata, 2013, 2, pp. 16-27

TARRICONE R., BOSCOLO P.R., CIANI O.

Valutare l'impatto dell'Hta come strumento di governo dell'innovazione tecnologica: modelli teorici e studi empirici

Pharmacoeconomics Italian Research Articles, 2012, 14 (supplemento 1), pp. 51-62

VALUTAZIONI ECONOMICHE

NORMAN R., HALL J., STREET D., VINEY R.

Efficiency and equity: a stated preference approach

Health Economics, 2013, May, 22 (5), pp. 229-236

MÚJICA MOTA R.E.

Cost-Effectiveness Analysis of early versus late total hip replacement in Italy

Value in Health Economics, 2013, 16 (2), pp. 267-279

Ó CÉILLEACHAIR A.J., HANLY P., SKALLY M., O'NEILL C., FITZPATRICK P., KAPUR K., STAINES A., SHARP L.L.

Cost comparisons and methodological heterogeneity in cost-of-illness studies: the example of colorectal cancer

Medical Care, 2013, Apr, 51 (4), pp. 399-350