

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XXI – N. 88 OTTOBRE-DICEMBRE 2013

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** Obiettivo della cultura manageriale: rompere i circoli viziosi in sanità
Elio Borgonovi e Luigi D'Elia

SAGGI

- 9** Governare la domanda di servizi socio-sanitari: evidenze dalla Regione Emilia-Romagna
Giovanni Fosti, Ornella Larenza, Francesco Longo, Andrea Rotolo
- 25** Dieci anni di dibattito sugli operatori di supporto all'assistenza in Italia: revisione critica della letteratura e priorità di ricerca per il futuro
Barbara Narduzzi, Daniel Pittino, Alvisa Palese
- 37** La cultura della sicurezza nei contesti sanitari: significati e rappresentazioni dei professionisti sanitari
T. Mancini, L. Caricati, S. Bellini, M. Bianconcini, P. Ferri, C. Guidi, M. Iemmi, E. Melegari, M. P. Padalino, C. Prandi, A. Sollami, C. Taffurelli, G. Artioli
- 49** Qualità del servizio, soddisfazione e fedeltà del paziente
Raffaele Adinolfi
- 61** I costi congiunti degli emocomponenti: il caso della Regione Marche
Stefano Marasca, Alessia D'Andrea, Mario Piani

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 75** La motivazione al lavoro dei medici penitenziari: un'indagine presso gli istituti penitenziari della Regione Campania
Gabriella Piscopo, Rocco Palumbo, Gabriella Ambrosino

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 91** Novità bibliografiche
- 95** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)
Paola Adinolfi
Luca Anselmi
Sabino Cassese
Naomi Chambers
Thomas D'Annunzio
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.

Obiettivo della cultura manageriale: rompere i circoli viziosi in sanità

ELIO BORGONOVÌ e LUIGI D'ELIA

In tutto il mondo è aperto il dibattito sul futuro dei sistemi di welfare e, nell'ambito di questi, dei sistemi di tutela della salute. Sicuramente oggi ha poco senso riflettere sul futuro applicando conoscenze che riguardano il passato. Osservando e analizzando il passato è possibile solo comprendere la natura dei problemi e la storia dei successi e degli insuccessi delle diverse soluzioni, nel caso specifico delle politiche e degli interventi proposti per il sistema di tutela della salute. L'interpretazione del recente passato consente di identificare una, forse la principale, causa degli insuccessi più o meno rilevanti delle politiche applicate nel Ssn: la presenza di circoli viziosi, la cui rottura deve quindi diventare l'obiettivo della cultura manageriale e, più in generale, della cultura di governo del sistema.

Si prenda, per esempio, la politica dei Piani di rientro imposti alle Regioni che presentano disavanzi strutturali tra spesa e finanziamenti. Sono due i pilastri su cui essi si fondano: la gestione straordinaria e la nomina di Commissari (nella persona dei Governatori delle Regioni) e di Sub-commissari (nominati e imposti dal Governo, anche se in genere sul piano informale si è sempre cercato di verificare che essi fossero accettati dai Governatori con i quali avrebbero dovuto collaborare). La logica della «gestione straordinaria» contiene il principio intrinseco del suo superamento. L'indicatore di successo della gestione straordinaria è, quindi, molto semplice e chiaro: dopo un periodo limitato occorrerebbe tornare alla gestione ordinaria. Se dopo tre anni, e a maggior ragione dopo sei, nessuna delle Regioni sottoposte a tale procedura è ritornata alla gestione ordinaria si deve trarre una conclusione: l'intervento non è stato efficace o, almeno, ha avuto una efficacia parziale o insoddisfacente, aldilà delle dichiarazioni delle persone coinvolte in questi processi. Si tratta quindi di capire le cause, che possono essere: impostazione e caratteristiche tecniche della normativa sui Piani di rientro, modalità della sua applicazione, strumenti messi (o non messi) in campo, la professionalità e gli atteggiamenti delle persone che hanno avuto diversi ruoli nell'applicazione delle norme.

Come capita in caso di incidenti, probabilmente vi è stato un concorso di cause ma, anche a costo di essere smentiti, si può avanzare un'ipotesi, ossia che il focus posto principalmente sulla dimensione finanziaria abbia attivato un circolo vizioso sintetizzabile nei seguenti termini. L'obiettivo di ridurre il disavanzo nel breve periodo è stato innanzitutto perseguito con interventi sui sistemi contabili, che hanno consentito di dare maggiore significatività alla reale condizione economico-finanziaria (risultato indubbiamente positivo), e con interventi come il blocco rigido del turnover del personale e l'innalzamento delle addizionali regionali su Irpef, Irap e le accise. Ricostruire una corretta contabilità e la certificazione dei bilanci sono condizioni necessarie, ma non certo sufficienti, per attuare un effettivo risanamento e per favorire il rientro delle Regioni in condizioni di normalità. Sotto la pressione del breve periodo, le Regioni, i Direttori generali, amministrativi e sanitari della Aziende sanitarie territoriali e Aziende ospedaliere (la cosiddetta Direzione strategica), i Dirigenti di dipartimenti, Unità organizzative semplici e complesse (tra l'altro, la scure dei tagli della loro riduzione in molti casi è stata corretta, in altri discutibile, in altri ancora del tutto infondata, perché, per esempio, ha portato alla soppressione non delle unità meno valide ma di quelle che avevano meno peso di carattere politico) hanno

potuto dedicare scarsa attenzione a interventi di riorganizzazione, per cui si è attivato un circolo vizioso molto pericoloso. Senza recupero di appropriatezza, efficacia, qualità dei servizi, efficienza, le unità di frontiera del Ssn (le Asl, le Ao, gli Irccs) sono state costrette a ridurre i servizi, per esempio nella forma di sospensione delle prestazioni nella parte finale dell'anno, a seguito dell'esaurimento dei finanziamenti. Inizialmente sono state rinviate le prestazioni da dicembre, novembre, poi da metà ottobre, all'anno successivo, in una rincorsa perversa, resa ancor più difficile dalla incertezza sui finanziamenti effettivamente disponibili in conseguenza dei diversi provvedimenti sulla finanza pubblica. Nessuno intende negare né sottovalutare il principio secondo cui un certo livello di pressione sul piano finanziario possa stimolare interventi positivi, «le difficoltà aguzzano l'ingegno» dice il detto popolare, ma l'impossibilità di sostituire personale di assistenza, amministrativo, tecnico in posizioni «cruciali» per il buon funzionamento non ha fatto che peggiorare la situazione di molte realtà locali. Perpetrare lo squilibrio di attenzione e di energie dedicate alla dimensione economico-finanziaria rispetto ai processi assistenziali reali potrebbe condurre alla cinica conclusione secondo cui «l'operazione di risanamento finanziario è riuscita, ma il paziente (Ssr) è morto».

Rompere questo circolo vizioso significa riportare al centro dell'attenzione di chi ha responsabilità di governo (a livello centrale, regionale, delle singole Asl), manageriale e professionale la riflessione di carattere istituzionale, culturale, etica sulla natura del sistema di tutela della salute verso cui si intende orientare il Paese. Mantenere un Ssn di carattere universalistico (che non vuol dire «servizi a tutti gratuitamente», ma considerare la salute come diritto della persona, seppur condizionato dell'entità delle risorse disponibili, come ha dichiarato una recente sentenza della Corte costituzionale) e solidale (che non significa «premiare chi spende peggio con interventi di copertura dei disavanzi a posteriori», ma fare in modo che tutte le Regioni possano migliorare)? Oppure provocare surrettiziamente l'indebolimento del Ssn tramite vincoli finanziari? Oppure proporre esplicitamente un diverso sistema, meno universalistico e meno solidale? È sicuramente più etico scegliere la prima o la terza alternativa, che hanno il pregio della chiarezza e della trasparenza, che non perseguire consapevolmente o inconsapevolmente la seconda nascondendosi dietro la «foglia di fico» dei vincoli finanziari, che hanno l'effetto perverso di spostare all'anno successivo le prestazioni, salvo ovviamente quelle cosiddette «salva vita». Oppure significa dichiarare alla popolazione il mantenimento del servizio del Ssn di carattere universalistico e solidale, ma negarne nei fatti l'esistenza.

Nominare come Commissari i Presidenti delle Regioni è una evidente contraddizione. Se, da un lato, tale nomina consente a essi interventi straordinari, quali sono l'innalzamento delle addizionali, la possibilità di revocare i Direttori generali delle Asl e delle Ao, nominare Commissari regionali e procedere all'accorpamento di Asl e Ao, dall'altro, è fonte sicura di un circolo vizioso. Infatti, i Presidenti-Commissari vengono dotati di un potere a discrezione dei Presidenti-non commissari delle Regioni virtuose e ciò determina un evidente «conflitto di ruolo». La funzione di Commissario richiederebbe interventi «impopolari» per riorganizzare il sistema e ridurre il disavanzo. Al contrario, la funzione di Presidente spinge a dilazionare interventi «impopolari», quali la chiusura di ospedali inadeguati, poco sicuri e disfunzionali e la loro riconversione ad altre funzioni più appropriate e necessarie, ciò al fine di non perdere il consenso della popolazione. Pertanto, quale interesse avrebbero i Presidenti a svolgere in modo efficace la funzione di Commissario straordinario, quando ritenessero che i provvedimenti necessari possano diventare una delle cause della perdita del consenso elettorale? Eventualmente i Presidenti possono adottare i provvedimenti «impopolari» (quali innalzamento al massimo livello consentito delle addizionali regionali), attribuendone però la responsabilità al Governo centrale. Di fronte a questa palese contraddizione di ruolo, non sorprende il fatto che, per le Regioni sottoposte a Piano di rientro, vi siano state molte dichiarazioni dei Presidenti-Commissari di voler razionalizzare il sistema di offerta e pochi interventi realmente finalizzati a perseguire questo obiettivo.

Peraltro, questo circolo vizioso è accentuato dalle relazioni tra Commissario e Sub-commissario, o Sub-commissari, nominato/i dal Governo. A questi ultimi sono assegnati ambiti di competenza e specifici obiettivi nel decreto di nomina da parte del Governo, ma non hanno un «potere organizzativo» sulla struttura organizzativa delle Regioni e, tantomeno, Asl e Ao. Al massimo hanno una struttura di supporto limitata che, inoltre, deve essere assegnata dal Presidente della Regione. Pertanto, i Sub-commissari hanno ridotti strumenti per agire direttamente, devono avere l'approvazione formale del Presidente, non solo per attuare gli interventi ma anche per raccogliere le informazioni necessarie, si trovano «tra l'incudine (delle resistenze regionali) e il martello (delle pressioni da parte dello Stato, in particolare del Mef)». Non sorprende, quindi, che in molti casi siano sorti conflitti espliciti o impliciti tra Presidenti-Commissari e Subcommissari. Poiché il Fondo sanitario rappresenta il 65-75% del bilancio delle Regioni, è evidente che la possibilità di agire strutturalmente sulla situazione economico-finanziaria di questo settore dipende in misura rilevante dal funzionamento generale della Regione. In mancanza di riorganizzazione degli apparati regionali e delle modalità di funzionamento dell'ente Regione, non sono possibili efficaci interventi di razionalizzazione del Ssr. Tra l'altro, si sottolinea che in molti casi vi è anche una confusione in termini di «cassa» tra risorse derivanti dal Fondo sanitario nazionale, risorse attribuite dallo Stato alle Regioni e risorse proprie raccolte direttamente dalle Regioni.

Un altro circolo vizioso è quello derivante dalla classificazione tra atti e non atti in senso giuridico. L'attuazione dei Piani di rientro, ma anche l'applicazione di Piani per la salute regionali e altre politiche, è in genere monitorata sulla base della adozione degli «atti» previsti. Per esempio, sono stati accorpati con «atto formale» due presidi, è stata adottata la ridefinizione dei contratti chiedendo la riduzione del prezzo del 5% come previsto dalla legge, sono state bloccate le assunzioni, sono stati bloccati i rinnovi di incarichi non consentiti dalla legge, sono stati adottati gli atti di disattivazione di un certo numero di Unità organizzative semplici e complesse, etc. Con gli attuali strumenti informatici è anche possibile, oggi più che in passato, avere un quadro degli atti da adottare e di quelli vietati e monitorare il loro andamento. Tralasciando che la creatività italiana, ma a dire il vero non esclusiva del nostro paese, spesso consente di far apparire che atti dovuti sono stati formalmente approvati con un contenuto che rappresenta una semplice dilazione di ciò che si dovrebbe fare, o che vengano approvati atti vietati semplicemente usando formule o artifici che consentano di aggirare le norme, va sottolineato che la razionalizzazione del sistema di offerta regionale e la razionalizzazione delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere passa attraverso lo svolgimento di attività che non si traducono in atti formali. Raccogliere dati utili a meglio comprendere i livelli di attività, gli indici di appropriatezza, efficacia, efficienza, ridefinire la distribuzione degli spazi, organizzare incontri per spiegare nuove procedure, il corretto uso di nuove tecnologie e decine/centinaia di altre operazioni che si svolgono ogni giorno, non sempre richiedono l'assunzione di atti formali da parte del Direttore generale sanitario o amministrativo. Sicuramente non danno origine ad atti formali l'istituzione di gruppi di lavoro, la convocazione di riunioni con un ordine del giorno preciso e idoneo a favorire l'analisi dei problemi e l'individuazione di soluzioni, l'organizzazione di incontri per coinvolgere il personale, gli ordini di servizio che consentono di chiarire «chi fa che cosa in che tempi». È sicuramente meritorio il fatto che per monitorare i Piani di rientro, o altri provvedimenti adottati a livello centrale, il Ministero della salute abbia introdotto una piattaforma sulla quale le Regioni devono inserire gli atti adottati e che diversi uffici del Ministero e del Mef abbiano la funzione di monitorare gli adempimenti e di valutare i contenuti degli atti formali, ma ciò non esaurisce la funzione di governo di un sistema complesso. Lo stesso dicasi delle attività di monitoraggio da parte delle Regioni sugli atti formali richiesti alle Aziende sanitarie e alle Aziende ospedaliere.

Un ulteriore circolo vizioso deriva dall'inversione delle relazioni tra gestione, rilevazione contabile (con riguardo a entrate e spese) e risultato finanziario complessivo (per esempio, disavanzo). È corretto porre un vincolo di disavanzo da ridurre o da azzerare, o un livello massimo di spesa, come strumento di pressione esterna per stimolare l'attuazione di inter-

venti di razionalizzazione. In un sistema sanitario in cui il finanziamento deriva principalmente dalla fiscalità, i vincoli esterni sul disavanzo e sulla spesa svolgono la funzione che nel mercato hanno i prezzi. Poiché i prezzi non sono controllabili dalle singole imprese, ognuna di esse, per restare competitiva, deve agire per ridurre i costi, altrimenti va fuori mercato. Allo stesso modo, i vincoli di disavanzo e di livelli di spesa imposti dallo Stato nei confronti delle Regioni e delle Regioni nei confronti delle Asl e delle Ao hanno l'obiettivo di indurre le unità che erogano i servizi a migliorare i livelli di appropriatezza, efficacia, efficienza. Se esse non sono in grado di perseguire questo obiettivo possono scattare misure di vario tipo, quali, per esempio, il commissariamento delle Regioni o la revoca dei Direttori generali delle Asl e Ao. Tuttavia, occorre evitare che i vincoli diventino un wishful thinking o, peggio, un cambiamento surrettizio delle regole. Per esempio, prevedere e imporre l'aumento dei ticket, che nel 2014 dovrebbero procurare una maggiore entrata pari a 2 miliardi di euro, senza valutare in modo corretto l'effetto di elasticità della domanda, comporta, come è già stato verificato nel 2013, che le entrate effettive saranno inferiori a quelle previste perché, in alcuni casi, il ticket è addirittura superiore al costo degli accertamenti diagnostici svolti presso strutture private. Ciò comporterà una minore entrata e, quindi, il non raggiungimento degli obiettivi di equilibrio economico, oppure costituirà un cambiamento delle regole poiché alle Regioni sarà addossato l'onere derivante dai minori trasferimenti per 2 miliardi da parte dello Stato. Interventi di questo tipo da parte dello Stato nei confronti delle Regioni e da parte delle Regioni nei confronti delle Asl rischiano di minare il rapporto di «fiducia istituzionale», che non è meno importante della fiducia tra le persone. In un sistema nel quale esistono forti interdipendenze tra i diversi livelli di governo è essenziale il rispetto delle regole, prima fra tutte quella che riguarda il modo in cui si formano i valori di entrate, spese, disavanzi. Come si è già detto in precedenti editoriali, «è la somma che fa il totale» quindi è la somma algebrica di entrate e spese che determina i disavanzi. Questa regola deve essere tenuta presente quando si fanno le previsioni, ossia quando si dovrebbero fare le valutazioni di «realisticità» e «fattibilità» e si impone a consuntivo, poiché se le entrate e le spese sono diverse da quelle previste il risultato della gestione sarà diverso da quello previsto. A sua volta vale un'altra regola, ossia che i valori numerari (entrate e uscite) e quelli economici (proventi e costi) sono espressione della gestione e non viceversa. Se non si è in grado di modificare i livelli di efficienza della gestione, non si è in grado di migliorare i livelli di entrate/proventi e di uscite/spese. Per qualche anno (due, tre, forse anche quattro) sarà possibile con artifici «contabili», consentiti da un sapiente uso delle norme e delle tecniche contabili, far apparire situazioni positive (si parla di window dressing, ossia abbellimento dei risultati contabili) ma, alla lunga, «i nodi vengono al pettine». Se poi i controlli sono parziali queste operazioni di window dressing diventano più facili. Per esempio, il fatto che in passato il Mef controllasse esclusivamente i conti economici delle Regioni, e non gli stati patrimoniali, ha consentito di far apparire una spesa sotto controllo o in diminuzione, con il ricorso però a operazioni di indebitamento che non transitavano dal conto economico. E, ancora, se il contenimento della spesa corrente viene ottenuto rinviando le manutenzioni di attrezzature, apparecchiature o riducendo il livello degli ammortamenti, si determineranno situazioni nelle quali le Asl e le Ao non saranno in grado di sostituire tecnologie obsolete o dovranno sostenere costi superiori per manutenzioni dispendiose, causate dalla mancanza di manutenzione ordinaria.

Che dire poi del dibattito sugli standard strutturali, di attività, di costi? Se essi sono usati come punto di riferimento per stimolare l'effetto di emulazione, o per invertire l'onere della prova, vanno bene. Una volta definiti gli standard nei confronti delle Regioni o, nell'ambito di una Regione, nei confronti di Asl o Unità organizzative semplici o complesse che operano negli stessi settori, spetta alle unità soggette agli standard mostrare eventualmente che esse hanno una gestione più efficace ed efficiente scostandosi dagli stessi. Ma se gli standard sono usati in modo rigido, l'effetto molto probabile è quello di un appiattimento delle realtà ai livelli previsti. Per esempio, se si definisce lo standard di posti letto per 1000 abitanti e, collegato al posto letto, uno standard di dotazione di medici e di infermieri, si rischia di rendere

meno forti gli stimoli all'innovazione. Le realtà in grado di raggiungere gli standard si sentiranno in un certo senso in linea con le richieste e, se non avranno altri stimoli e motivazioni, non attueranno ulteriori sforzi per migliorare. Inoltre, occorre sottolineare che gli standard strutturali e di attività sono sempre meno significativi, in quanto la qualità dell'assistenza dipende in misura rilevante dalle modalità in cui sono svolti i processi. A parità di dotazione di posti letto, di medici, infermieri, altro personale di assistenza, personale amministrativo, si possono avere risultati completamente diversi in rapporto al tipo di organizzazione, di motivazione, di capacità programmatica. Giù oggi ma anche, forse soprattutto, nel futuro, occorre e occorrerà ragionare in termini di «standard funzionali», ossia di risultato finale (outcome o esiti), risultati intermedi (output), livelli di qualità e produttività dei processi (throughput), livelli di utilizzo dei fattori produttivi, ossia di sfruttamento della capacità assistenziale. Per esempio, dovranno essere definiti il numero massimo o il numero normale di accertamenti diagnostici effettuabili con un corretto utilizzo di apparecchiature e attrezzature, evitando però che questi livelli siano ottenuti aumentando il numero degli accertamenti non appropriati o, comunque, superflui. Standard strutturali attivano il circolo vizioso della conformità, mentre standard funzionali usati in modo improprio possono attivare il circolo vizioso dell'offerta che genera la domanda, con un effetto complessivo di aumento della spesa.

Con riferimento alle tecnologie, sono stati da lungo tempo studiati gli effetti collegati alla domanda indotta. Introducendo nuove tecnologie, questo è il timore basato molte volte su evidenze empiriche, si inducono gli operatori a moltiplicare le prestazioni. Questo circolo vizioso sembra determinato anche dall'errato approccio al problema. Invece di cercare di porre vincoli all'introduzione delle tecnologie, con la definizione di standard strutturali (per esempio, numero di Tac, di Pet, di Tavi, etc.) per 100.000 abitanti, sarebbe opportuno assumere una prospettiva proattiva. Cioè, una volta che le nuove tecnologie si rendono disponibili sarebbe utile che le Regioni o le Asl definissero standard funzionali e condizioni da verificare per un corretto utilizzo delle tecnologie. Di fronte al progresso delle conoscenze e delle tecnologie, più dei vincoli vale la diffusione di criteri di scelta basati su indicatori di appropriatezza, efficacia, valore aggiunto in termini di salute, rapporti benefici-costi. La logica dei vincoli rischia di essere perdente, come è stata prevalentemente in passato, se non si è in grado di gestire dinamicamente il rapporto tra utilità nell'uso delle tecnologie, costi (che all'inizio sono alti e poi si riducono in rapporto al numero di tecnologie che i produttori riescono a vendere), pressioni dei pazienti che richiedono di ottenere l'assistenza di «livello ottimale», spesso senza avere le conoscenze per convincersi che l'assistenza non è data dalle tecnologie ma dalla qualità dei processi. L'accesso alla rete, con la possibilità di interrogare centinaia di siti che danno informazione sulle «frontiere avanzate» delle tecnologie, determina una ulteriore alimentazione del circolo vizioso mediato dalle tecnologie.

Anche con riguardo al tema dell'efficienza è opportuno mettere in guardia nei confronti di un circolo vizioso che spesso si sottovaluta. Si sostiene infatti la necessità di aumentare i livelli di produttività ed efficienza, dimenticando la legge della produttività decrescente, che vale per l'economia ma anche per la gestione. Infatti, le Aziende sanitarie e Aziende ospedaliere che hanno attivato in passato interventi in grado di aumentare i livelli di efficienza hanno sempre minore spazio per ulteriori miglioramenti. Perciò politiche di contenimento della spesa possono penalizzare proprio le realtà che già hanno compiuto sforzi in questa direzione. Per esempio, se due Asl che partono da un identico livello di spesa, poniamo pari a 100, hanno comportamenti diversi, per cui la prima in 2-3 anni attua un recupero del 10% dei livelli di efficienza, arrivando a 90, mentre la seconda non attua gli interventi o è meno efficace e, quindi, si attesta a un livello di 95, di fronte a una politica che richiede un ulteriore contenimento del 5% comporterà per la prima l'impegno a dover scendere a 85,5, mentre la seconda potrà rispettare il vincolo mantenendosi a un livello di spesa di 90,25. Evidentemente la prima avrà maggiori difficoltà a mantenere i livelli assistenziali. Pur riconoscendo che esistono ancora spazi per il recupero di efficienza, si deve ritenere che dopo alcuni anni di riduzioni della stessa, oggi il vero salto di qualità per il nostro Ssn può essere dato solo da un ripensamento dei modelli di offerta. Si può dire che da oltre un decennio sono stati

effettuati interventi parziali, che avevano di volta in volta lo scopo di intervenire su alcuni elementi, e ciò ha causato la progressiva perdita di una visione organica. Si può dire che, in un certo senso, spesso i rimedi sono stati peggiori dei mali o, come si dice in molti dialetti, «i rattoppi hanno lacerato ulteriormente il tessuto». È giunto il momento di mettere i diversi attori istituzionali e sociali di fronte alla responsabilità di proporre «insieme» una soluzione organica, in assenza della quale aumenteranno i conflitti a danno, soprattutto, della parte più debole (economicamente e socialmente) della popolazione. La speranza è che, con il nuovo Patto per la salute che si sta discutendo in queste settimane, si possa imboccare la via di questo ripensamento complessivo.

Governare la domanda di servizi socio-sanitari: evidenze dalla Regione Emilia-Romagna

GIOVANNI FOSTI, ORNELLA LARENZA, FRANCESCO LONGO, ANDREA ROTOLO

The aim of the present paper is to analyze the gap between explicit and implicit users' selection mechanisms in public sector. The research was carried out with reference to social care services, where the distance between needs, financial resources and supply of public services is increasing. Through a questionnaire, the research investigates the case study of Local Health Authorities of the Emilia-Romagna region and shows that two different systems of users' selection are in use at the same time. The first is based on formal rules, criteria and defined processes in order to guarantee equity and inclusivity. The second is implicit and lies behind the implementation gaps of explicit selection mechanisms.

Keywords: service management, social care services, demand, regulation, means testing, dependent persons, disabled, child care services

Parole chiave: governo della domanda, servizi socio-sanitari, selezione utenza, non autosufficienza, disabili adulti, minori

Note sugli autori

Università Bocconi:
Giovanni Fosti, responsabile area servizi sociali CeRGAS Bocconi;
Ornella Larenza, ricercatrice CeRGAS Bocconi;
Francesco Longo, Professore Associato Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico, ricercatore CeRGAS Bocconi;
Andrea Rotolo, ricercatore CeRGAS Bocconi - andrea.rotolo@unibocconi.it

1. Introduzione

I bisogni di interesse pubblico sono potenzialmente infiniti e la Pubblica amministrazione ha la necessità, a fronte di risorse finite, di effettuare una selezione tra coloro che esprimono un bisogno limitando di fatto l'accesso ai servizi. Soprattutto in un contesto di risorse sempre più limitate a causa delle tensioni economiche globali degli ultimi anni, l'attore pubblico ha la necessità di definire il perimetro dei bisogni prioritari in modo selettivo, poiché essi non sono definibili a priori e in modo deterministico (Borgonovi, Fattore, Longo, 2013). Il campo di azione della Pubblica amministrazione è notevolmente più complesso rispetto a quello in cui si muovono le imprese private: l'approccio alla selezione della domanda deve infatti tenere conto di una serie di fattori (Bean, Hussey, 1997):

- limiti più stringenti stabiliti dalla legge;
- influenza dei valori e della politica;
- risorse materiali (non finanziarie) e immateriali limitate;
- risorse finanziarie limitate e decrescenti.

Conseguentemente la pubblica amministrazione ha l'onere di definire un orizzonte di equità, di renderlo visibile e percepito, attraverso un sistema codificato di criteri e procedure di selezione. A questo proposito è però necessario rilevare come la domanda, intesa come richiesta esplicita di servizi pubblici rivolta all'azienda pubblica, ha caratteristiche che variano quantitativamente e qualitativamente a seconda dell'evoluzione dei bisogni, che si esplicitano però anche e soprattutto in funzione della capacità pub-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. I meccanismi di trasformazione del bisogno in domanda: il caso dei servizi socio-sanitari delle Ausl della Regione Emilia-Romagna
3. Perché esiste il *gap* tra rappresentazione formale e meccanismi impliciti?
4. Indicazioni manageriali

blica di risposta e di selezione. È su questa partita che si gioca anche il concetto di «qualità» del servizio pubblico, poiché la qualità deve essere intesa come capacità di selezionare a quali bisogni si deve rispondere prioritariamente, nei limiti delle risorse disponibili. È anche per questo motivo che nella Pubblica amministrazione si parla di *marketing*, attribuendogli un significato legato alla produzione di beni o servizi pubblici di valore per il *target* di mercato definito (Moore, 2003). L'amministrazione pubblica, inoltre, a fronte di una richiesta esplicita di servizi volti a soddisfare determinati bisogni dei cittadini, deve affrontare non solo le problematiche inerenti la domanda primaria (ossia quella soddisfatta) o secondaria (ossia quella espressa ma non soddisfatta), ma anche le problematiche inerenti (Borgonovi, Fattore, Longo, 2013):

- alla domanda negativa (cioè la domanda che è inferiore al bisogno);
- alla domanda inappropriata (cioè non correlata a bisogni reali, ma indotta solo per giustificare la struttura di offerta e la spesa pubblica);
- alla domanda latente o inespressa (cioè la domanda che non è «percepita» in una richiesta esplicita, ma che tuttavia è necessario soddisfare per garantire diritti individuali fondamentali).

È quindi possibile che la risposta organizzata tramite la configurazione dei servizi pubblici non intercetti necessariamente quella parte di utenza che più ha bisogno, ma solamente chi ha i mezzi culturali e sociali per esprimere la domanda, mentre coloro che sono più periferici rispetto alla rete dei servizi pubblici (perché isolati socialmente oppure perché non hanno sufficienti informazioni) rischiano di rimanere esclusi. I risultati emersi, cercando di dare risposta alle domande di ricerca, mostrano che le ipotesi sui modelli formali divergono in modo significativo dagli aspetti reali.

I meccanismi, che di fatto operano una selezione dell'utenza, esistono e operano una consistente scrematura della domanda e sono più ampi di quelli burocraticamente attivati e normati. Negli ultimi decenni, sono stati numerosi i contributi di autori sulle modalità di progettazione dei servizi e leve di *servi-*

ce management, concentrando la loro attenzione soprattutto sui meccanismi formali ed espliciti (Normann, 1992; Kotler, Lee, 2007; Parasuraman, Zeithamal, Berry, 1991; Proctor, 2007).

Alla letteratura, che studia i meccanismi razionali di selezione, si affianca un filone di studi che sottolinea la difficoltà per le Pa ad adottare meccanismi socialmente e politicamente visibili di selezione e, quindi, di esclusione dai servizi, in particolare di coloro che sono oggettivamente portatori di bisogni e che vengono quindi esclusi solo per insufficienza di risorse (Brunsson, 1986). I sistemi pubblici hanno difficoltà a rendere troppo espliciti i criteri di razionamento per motivi diversi, ma ognuno di loro è già molto robusto anche se considerato autonomamente.

In primo luogo, l'adozione di logiche esplicite ed *ex ante* di selezione rende trasparente in maniera cruda e facilmente visibile l'insufficienza dell'azione pubblica rispetto alle necessità collettive in un ambito di *policy*, attivando fisiologici processi di contestazione da parte di coloro che propongono scelte alternative di allocazione generale delle risorse tra i settori pubblici – per esempio, meno soldi per gli armamenti o le pensioni e più risorse per il comparto socio-sanitario – (Carson, Madhok, Wu, 2006).

In secondo luogo, nessun criterio di inclusione/esclusione troverà mai unanime consenso, anche considerando che molto probabilmente gli esclusi dovrebbero essere coloro che sono socialmente più forti, quindi maggiormente in grado di esprimere *voice* politica e *advocacy* a proprio favore, per esempio, escludere dall'Assistenza domiciliare integrata (Adi) la popolazione più abbiente (Longo, Barbieri, 2012).

In terzo luogo, l'adozione di meccanismi espliciti di razionamento impone la definizione di *target*, che rendono visibili *ex post* i successi/insuccessi delle politiche, creando un'inevitabile tensione tra l'opzione di proporre obiettivi poco sfidanti (quindi contestabili *ex ante*) per essere sicuri di raggiungere gli obiettivi annunciati e l'opzione opposta di proporre *target* ambiziosi, con il serio rischio di mancarli almeno in parte (Radnor, McGuire, 2003).

Per queste motivazioni i sistemi pubblici tendono a preferire sistemi di razionamento impliciti o opachi, ovvero che di fatto de-

terminano una selezione da parte di qualche attore del sistema, ma senza che questo sia visibile, sia rispetto alle procedure eseguite, sia negli esiti.

Questo ovviamente contraddice ogni basilare principio di trasparenza e informazione democratica che impongono l'esistenza, invece, di meccanismi espliciti *ex ante* di selezione. Come e se possano convivere queste istanze in contraddizione tra di loro è oggetto del presente lavoro.

Nello specifico caso dei servizi socio-sanitari, il *gap* tra bisogni, risorse a disposizione e servizi offerti è ancora più significativo, rendendo la selezione e il governo della domanda un aspetto a dir poco cruciale nella progettazione, erogazione e gestione dei servizi (Tedeschi, Tozzi, 2004). La complessità dei servizi socio-sanitari è quindi determinata principalmente da alcune peculiarità che si riscontrano lungo tutto il processo di trasformazione del bisogno in domanda e della domanda in servizi, come già notato da Goldberg e Connelly (1982): non solo l'incongruenza tra bisogni e risorse, ma anche l'inadeguatezza e inappropriata delle valutazioni iniziali dei bisogni e della loro prioritizzazione, uniti alla mancanza di monitoraggio e apprendimento rispetto all'intero processo.

In particolare, negli ultimi anni il sistema di servizi socio-sanitari italiano risente sempre di più delle tensioni economiche che determinano un'ulteriore riduzione delle risorse pubbliche con le quali fare fronte a una serie di trasformazioni che, al contrario, aumentano la pressione e la richiesta di risposte al sistema pubblico. Fra questi l'invecchiamento della popolazione, che aumenta la domanda di servizi rivolti agli anziani, il crescente peso della componente straniera sul totale della popolazione, i fabbisogni di integrazione, le nuove dinamiche familiari (divorzi, separazioni, nuove forme di famiglia) che incrementano la necessità di servizi per la conciliazione e riconciliazione, e la povertà crescente che fa da sfondo a tutte le dinamiche fin qui descritte.

La tenuta del sistema di fronte a queste pressioni crescenti è messa a dura prova, come dimostrano alcuni dati, a titolo meramente esemplificativo, sul tasso di copertura di alcuni servizi per anziani e per persone disabili in età adulta. Il primo esempio è quello

dell'Adi per gli anziani: nel 2008 sono stati trattati in Italia 829 casi ogni 100.000 abitanti, con una media di 22 ore all'anno per ogni singolo caso (Annuario statistico del Sistema Sanitario Nazionale, 2010). Per quanto riguarda le persone disabili invece, secondo la più recente stima Istat, in Italia la maggior parte della popolazione disabile con più di 5 anni vive in famiglia e ammonta a circa 2,6 milioni persone (Istat, 2005). Questi ultimi dati spiegano in parte il ricorso alle badanti, da più parti richiamato come uno degli aspetti più peculiari del *welfare* sociosanitario italiano. Le 774.000 badanti stimate da Irs (Pasquinelli, Rusmini, 2008) – di cui 700.000 straniere – e operanti in Italia, fornirebbero assistenza ad almeno il 6,6% degli anziani ultra sessantacinquenni, per un costo a carico delle famiglie pari a poco più di 9,35 miliardi di euro, ovvero quasi un terzo in più della spesa sociale corrente dei comuni italiani (Fosti, Larenza, Longo, Rotolo, 2012).

È dunque evidente che il sistema di servizi socio-sanitari italiano è in grado di dare risposta a una percentuale ben lontana dal 100% di coloro che esprimono un bisogno. Per questo motivo, le famiglie e gli utenti esclusi che hanno i mezzi decidono spesso di attivare risposte private e autonome al di fuori del perimetro di intervento e supervisione pubblica.

Lo scopo del presente lavoro è quello di indagare più da vicino i meccanismi che determinano la selezione dell'utenza, presentando il caso studio delle Ausl della Regione Emilia-Romagna, cercando di dare risposta a due domande di ricerca:

- quali sono, da un lato, i meccanismi di governo formali ed espliciti di selezione della domanda di servizi socio-sanitari?
- quali sono, dall'altro lato, i meccanismi impliciti che operano nella sostanza la selezione della domanda di servizi socio-sanitari?

Per farlo, si è cercato di individuare quali sono le caratteristiche formalizzate che descrivono i momenti e le modalità attraverso cui viene operata la selezione degli utenti che accedono al sistema e, allo stesso tempo, di indagare le leve che agiscono effettivamente nel determinare quali utenti vengono inclusi nel sistema di servizi socio-sanitari.

In particolare, la finalità è quella di descrivere i meccanismi di governo formali ed espliciti di selezione della domanda, mettendoli a confronto con quelli impliciti (ma che agiscono sostanzialmente) per avviare una riflessione sulla distanza esistente tra i due sistemi e sulle implicazioni manageriali e di *policy* che essa comporta.

2. I meccanismi di trasformazione del bisogno in domanda: il caso dei servizi socio-sanitari delle Ausl della Regione Emilia-Romagna

2.1. Metodologia

Al fine di indagare le procedure formali istituzionalizzate di trasformazione del bisogno in domanda e i relativi meccanismi di selezione, accesso e presa in carico, è stato condotto uno studio sulle Ausl della Regione Emilia-Romagna. Il metodo utilizzato è stata la compilazione di una scheda per la rilevazione di dati secondari sulle aziende per le quali le persone intervistate lavorano (Fattore, 2005).

Le ipotesi su cui è stata costruita la scheda di rilevazione sono riportate in sintesi nei seguenti punti:

- le risorse economiche a disposizione sono generalmente inferiori a quelle che sarebbero necessarie a soddisfare l'intero bisogno;
- l'offerta è indotta dalla domanda più che dai bisogni dell'utenza reale o potenziale;
- di conseguenza, la struttura dell'offerta è implicitamente dettata dalle risorse disponibili e non dai bisogni, sia per *standard*, sia per tipologia di servizi offerti;
- il settore dei servizi socio-sanitari è un settore ad alta dinamicità e ad alta possibi-

lità di trasformazione dell'offerta, soprattutto se si guarda alla sua dinamica evolutiva;

- molti degli strumenti di influenza della rete d'offerta sono strumenti informali e quindi necessariamente poco codificabili.

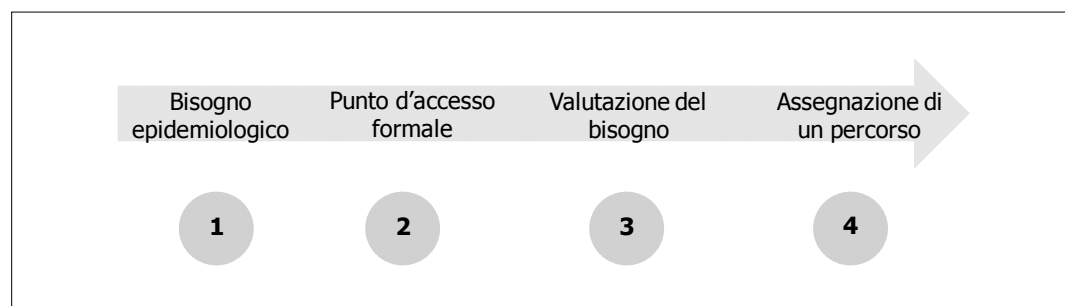
Nel definire la struttura della scheda di rilevazione si è fatto riferimento a un modello stilizzato di accesso degli utenti e di percorso all'interno del sistema, articolato in quattro momenti che si succedono cronologicamente (Ministero della Salute, 2011; Ugenti, 2012) (vedi **figura 1**):

- rilevazione del bisogno epidemiologico: individuazione, tramite dati a disposizione delle aziende o ricavati da banche dati nazionali, stime o indici di prevalenza relativi ai tre *cluster* di utenti selezionati;
- punto di accesso formale: individuazione della modalità attraverso cui gli utenti accedono al sistema, secondo quanto stabilito formalmente dai regolamenti e dalla legislazione vigente;
- valutazione del bisogno: valutazione delle domande espresse dagli utenti a opera di organi appositi, il cui obiettivo è stabilire se l'utente sia idoneo a essere inserito in un percorso di cura;
- assegnazione di un servizio o un percorso di cura: definizione del percorso di cura coerente rispetto al bisogno manifestato dal singolo utente e certificato dalla fase di valutazione.

La scheda di rilevazione (vedi **allegato 1**) è stata strutturata in due sezioni principali, con domande analoghe per ogni *cluster* di utenza, focalizzate a rilevare i momenti di trasformazione:

Figura 1

Modello di accesso e percorso all'interno del sistema di servizi socio-sanitari



- del bisogno in domanda, attraverso il punto di accesso formale;
- della domanda in percorsi di cura, attraverso la valutazione della domanda e la decisione relativa all'assegnazione di un percorso assistenziale.

All'interno della prima sezione sono state rilevate informazioni su:

- la stima dei bisogni;
- il numero di utenti che accedono attraverso il punto di accesso formale del sistema;
- l'origine delle segnalazioni del bisogno.

All'interno della seconda sezione, invece, sono state rilevate informazioni sui tempi che intercorrono tra:

- presentazione della domanda e inizio della valutazione;
- inizio e fine della valutazione;
- fine della valutazione e inizio del servizio;
- esiti della valutazione, ossia rilevando il numero di utenti che seguono il percorso definito in fase di valutazione, utenti valutati non eleggibili, utenti che attivano risposte private autonome (pur essendo stati valutati eleggibili) e utenti che ricevono una risposta a intensità assistenziale inferiore rispetto al bisogno valutato a causa delle risorse pubbliche insufficienti.

In particolare, sono stati coinvolti i Direttori delle attività socio-sanitarie (Dass) delle Ausl di Bologna, Cesena, Ferrara, Forlì, Imola, Modena, Piacenza, Parma, Ravenna, Reggio-Emilia e Rimini. Il Dass è la figura che ha il compito di promuovere l'integrazione del sistema di offerta socio-sanitaria garantendo la presa in carico multidimensionale e la continuità di assistenza all'utenza. Più in generale, secondo quanto stabilito dalla l.r. 29/2004 della Regione Emilia-Romagna, al Direttore delle attività socio-sanitarie compete la funzione di coordinamento tecnico a livello aziendale delle attività riconducibili all'integrazione socio-sanitaria.

I Dass coinvolti hanno preso parte a un programma di formazione e *benchmarking* intensivo di tre giornate sui temi del governo della domanda e dell'offerta in ambito socio-sanitario. Al termine della prima sessione

dedicata al governo della domanda e al posizionamento del ruolo del Dass, è stata fornita ai partecipanti una scheda di rilevazione con lo scopo di raccogliere e descrivere le principali caratteristiche del sistema di accesso e del percorso degli utenti nei servizi socio-sanitari nella Regione Emilia Romagna.

Con l'obiettivo di rendere i dati raccolti il più possibile omogenei e confrontabili tra loro, è stato chiesto di compilare il questionario facendo riferimento al più grande distretto dell'azienda, escludendo il distretto del capoluogo di provincia (dove esistente, per neutralizzare le possibili differenze tra contesti fortemente urbani e zone più periferiche) e di focalizzarsi su tre *cluster* di utenti:

- anziani non autosufficienti ultra 75enni (di seguito anche «anziani»);
- minori a forte disagio familiare (di seguito anche «minori»);
- disabili adulti (di seguito anche «disabili»).

I tre *cluster* sono stati scelti poiché rappresentano aree di intervento dei servizi socio-sanitari tipicamente rilevanti in termini di risorse impiegate e, di conseguenza, rispetto alle quali la probabilità di avere dati a disposizione è maggiore.

È stato chiesto ai Dass coinvolti di compilare il questionario sulla base dei dati in loro possesso o, in assenza di questi, di riportare stime basate sulla propria esperienza. I risultati dei questionari sono stati successivamente discussi e validati dagli stessi Direttori delle attività socio-sanitarie delle Ausl dell'Emilia-Romagna.

2.2. Le procedure formali istituzionalizzate: come è rappresentato il fenomeno dalle aziende (risultati della rilevazione)

Hanno risposto alla scheda di rilevazione sei aziende sulle undici interpellate. La popolazione media di riferimento dei distretti delle aziende rispondenti al questionario è di 126.113 abitanti (minimo 102.000, massimo 186.748) che rende i distretti delle aziende fra loro comparabili per dimensioni.

Relativamente all'area anziani ultra 75enni non autosufficienti, solo poco più della metà della prevalenza «epidemiologica» stimata (per la precisione in media il 52,75%)

esprime il proprio bisogno trasformandolo in domanda al punto di accesso formale (si va da un minimo del 39,01% a un massimo del 69,39%).

Meno affidabili si sono rivelate invece le stime «epidemiologiche» relative ai *cluster* di utenza dei minori a forte disagio familiare e delle persone disabili adulte. Per entrambe queste categorie, infatti, non sempre sono disponibili dati che permettono di individuare con esattezza (o semplicemente stimare) il bisogno e, in alcuni casi, non sono disponibili nemmeno i dati sugli utenti che passano attraverso il punto di accesso formale. Nel caso in cui sono stati stimati o riportati dati che approssimassero il bisogno, la quota di utenti che accedono tramite punto di accesso formale varia da percentuali superiori al 100%, quindi eccedenti («teoricamente») il bisogno stimato, a percentuali molto più modeste attorno al 20%. Proprio per la loro natura molto disomogenea e incerta, tali dati non sono significativi e basati sulla scienza, anche se decisamente indicativi di una scarsa conoscenza del bisogno da parte delle Ausl interpellate.

Anche andando a rilevare l'origine delle segnalazioni del bisogno è riscontrabile una maggiore disponibilità di dati per l'area anziani non autosufficienti e persone disabili rispetto all'area minori, dove la maggior parte delle informazioni inserite nei questionari è frutto del percepito dei Direttori. In generale, la maggior parte delle segnalazioni per anziani non autosufficienti proviene dalle famiglie o dagli utenti stessi (media del 59,5% del totale delle segnalazioni) e solo in percentuali minori, inferiori al 20% da assistenti sociali (media 18,7%, ad eccezione di Forlì dove queste rappresentano invece il 100%), altre strutture come ospedali o ambulatori (16,2%) o dai Mmg (5,7%).

La prevalenza delle segnalazioni da parte degli utenti o delle famiglie (con l'unica eccezione di Forlì, dove anche in questo caso la totalità delle segnalazioni proviene dagli assistenti sociali) si riscontra anche per l'area persone disabili adulte (media 41,2%, anche se esistono differenze più marcate tra le aziende; si passa infatti dal 10% di Ravenna all'87% di Bologna). Anche in questo caso si conferma la rilevanza di assistenti sociali (25,7%) e altre strutture (25,8%) superiore a quella di Mmg e Pls (2,8%) e scuole (3%).

Per quanto riguarda invece i minori a forte disagio familiare, pur confermandosi l'importanza della segnalazione da parte della famiglia o dell'utente stesso (in media il 28,8% del totale dei casi, con punte del 60% nel caso di Ravenna), acquista maggior peso rispetto ai casi precedenti la segnalazione da parte di strutture, identificate principalmente nelle forze dell'ordine o dai tribunali dei minori, la cui percentuale sul totale è in media del 21,3%. In questo caso, anche i Mmg hanno un'importanza maggiore (17,5%) rispetto agli assistenti sociali (6%).

I dati raccolti indicano, soprattutto con riferimento ad anziani non autosufficienti e disabili adulti, l'importanza che riveste la rete sociale in cui è inserito l'individuo. In particolar modo, la maggior parte delle segnalazioni provenienti dalla famiglia o dall'utente stesso fanno pensare che chi ha una rete sociale e parentale piuttosto sviluppata abbia più facilità ad avere accesso al sistema. Per quanto riguarda i minori, invece, l'esistenza di norme e procedure ben codificate che attribuiscono all'autorità giudiziaria e alle forze dell'ordine ruoli ben precisi influenzano i risultati ottenuti. Inoltre, considerazioni analoghe possono essere fatte per interpretare alcuni dati che dimostrano una maggiore rilevanza del ruolo dell'assistente sociale in alcuni territori. In questi casi, infatti, è possibile che le procedure adottate attribuiscono agli operatori socio-sanitari un maggiore ruolo di filtro e di *gatekeeping* per l'accesso rispetto ad altre realtà. Bisognerebbe dunque approfondire l'esistenza di eventuali procedure formalizzate che impongano un ruolo ben preciso all'assistente sociale.

Alla luce di questi dati è stato successivamente chiesto ai Dass di tracciare un profilo delle persone che sono potenzialmente eleggibili ai programmi pubblici, ma che non si rivolgono a essi perché si organizzano autonomamente o perché non sono nelle condizioni di trasformare il loro bisogno in domanda e, quindi, non riescono a curarsi o farsi assistere adeguatamente. Per rispondere a questa domanda è stato chiesto ai Dass di fare riferimento a dati eventualmente in loro possesso oppure sulla base dell'esperienza maturata e della conoscenza diretta dei servizi socio-sanitari in questione.

Le persone «escluse» dal circuito dei servizi socio-sanitari pubblici si caratterizzano per:

- avere una solida rete economico-sociale (soprattutto per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti) che permette di auto-organizzarsi;
- vivere in zone rurali, montuose o, più in generale, isolate rispetto ai punti di accesso ai servizi o in condizioni di forte marginalità e disagio;
- estraneità completa alle reti sociali (soprattutto per quanto riguarda i minori a forte disagio familiare).

I due *cluster* di popolazione «esclusa» dal sistema, agli antipodi tra di loro, risultano quindi essere quelli con molte risorse sociali, economiche e culturali da un lato e, all'opposto, i più fragili e/o deprivati socialmente/economicamente.

Le principali motivazioni che posizionano queste tipologie di utenza al di fuori del circuito formale di accesso ai servizi sono:

- la mancanza di informazioni sulle caratteristiche e, in alcuni casi, sull'esistenza stessa dei servizi;
- il rifiuto nel voler riconoscere di avere un problema, elemento che è parte integrante del bisogno o dello stato di disagio;
- l'attuale configurazione dei servizi rigida e non modulare rispetto ai fabbisogni della domanda;
- l'eccessiva preoccupazione sulla questione «di chi è la competenza» inter-istituzionale per specifici *target* di bisogni.

L'insieme di questi problemi determinano il prevalere di utenti che si presentano autonomamente.

Se si analizza la fase successiva del percorso di accesso ai servizi, ossia il passaggio dalla domanda alla valutazione del bisogno e all'assegnazione del percorso assistenziale più coerente rispetto alle esigenze dell'utenza, la prima informazione rilevata dal questionario è relativa ai tempi che trascorrono tra presentazione della domanda e inizio del servizio.

Tra presentazione della domanda e inizio della valutazione ci sono tempi piuttosto contenuti, che vanno in media da un minimo di

1 giorno a un massimo di 15-30 giorni (che diventano 60 nel caso delle persone disabili).

In media, anche il tempo della valutazione è piuttosto contenuto. Per gli anziani non autosufficienti varia da 1 a 5 giorni (con eccezioni fino ai 45 giorni), mentre per minori e persone disabili questo può arrivare rispettivamente fino a 180 giorni o 30 giorni, partendo sempre da un minimo di 1 giorno.

I tempi più elevati si rilevano invece dalla fine della valutazione all'inizio del servizio, dove essi possono arrivare da un minimo di una settimana fino a un massimo di un anno, sia per gli anziani, sia per i disabili. Per i minori i tempi sono più contenuti e in media variano tra i 5 e i 30 giorni.

Se valutassimo quindi l'intera fase di passaggio dalla presentazione della domanda all'inizio del servizio che segue alla valutazione, mediamente i tempi registrati sono:

- anziani: da un minimo di due settimane a un massimo di oltre un anno;
- minori: da un minimo di una settimana a un massimo di sette mesi;
- persone disabili: da un minimo di una settimana a un massimo di oltre un anno.

Il dilatarsi dei tempi è dovuto principalmente all'ultima fase, quella dell'inserimento nel percorso assistenziale assegnato, dove intervengono cioè le liste d'attesa. La fase di valutazione è invece nella maggior parte delle aziende analizzate quasi immediata. Tale velocità è confermata dai dati raccolti sulle caratteristiche dell'équipe che compongono le Unità di valutazione multidimensionale (Uvm). Le Uvm sono gruppi di lavoro costituiti per la valutazione dei bisogni socio-sanitari complessi di un cittadino, istituite per garantire la pratica attuazione tra integrazione dei servizi. Esse infatti comprendono profili professionali variegati (medici specialisti, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, educatori, etc.) che dedicano mediamente ogni settimana un tempo sufficiente per garantire un'attività praticamente continuativa (5 giorni su 7). In fase di valutazione viene utilizzata una metodologia strutturata basata sull'utilizzo di numerosi tipi di scale e schede di valutazione multidimensionali e multidisciplinari tratte dalla letteratura di riferimento nazionale e internazionale; a titolo esemplificativo si

citano alcune tra quelle indicate nei questionari: Sis, Fim, Barthel, Bina, Family Strain Questionnaire, Cbi, Srs, Lgs, Gcs, Drs, Tinetti, Tiq, Cdr, Adl, Iadl, scheda di valutazione infermieristica, scheda di valutazione sociale, Minimental, Glasgow Coma.

È bene però sottolineare che nella maggior parte dei casi presi in considerazione le Uvm si limitano a certificare il bisogno del singolo utente sulla base della metodologia utilizzata (scale e schede di valutazione) e degli strumenti a loro disposizione, demandando successivamente ai responsabili della programmazione e/o dell'impiego delle risorse la scelta sull'effettiva attuazione del percorso di servizi coerenti con le esigenze certificate dalla valutazione.

Il responsabile di questa scelta differisce a seconda del modello di *governance* delle Ausl e/o dei singoli distretti: in alcuni casi prevale l'azione degli assistenti sociali dei comuni nell'ambito del servizio anziani (Saa), in altri la scelta gli operatori del Distretto dell'Asl. L'Uvm in tutti i casi non ha mai il *budget* assegnato. A Bologna esiste la figura del Dass distrettuale e c'è un *budget* distrettuale per la parte sanitaria (conti economici sanitari) afferente agli interventi socio-sanitari. A Forlì l'utilizzo del Fondo regionale non autosufficienza (Frna) fa capo, su mandato del Comitato di Distretto, al Direttore di Distretto che, con supporto tecnico dell'Ufficio di Piano Distrettuale, definisce il *budget*. Invece a Piacenza, nel distretto analizzato, l'utilizzo delle risorse del Frna è in capo ai Comuni del Distretto tramite il Sia (Sistema integrato di accesso) all'interno del Nuovo ufficio di piano (Nup) e il *budget* sanitario (es. Adi) al Direttore di Dipartimento della Ausl.

Gli esiti delle valutazioni delle Uvm registrano percentuali molto contenute di utenti che sono considerati non eleggibili alla tutela pubblica (vanno da un minimo del 3% a Bologna fino a un massimo del 30% a Rimini): in qualche modo si tende a prospettare a tutti i richiedenti un servizio di tutela. Osservando invece i percorsi effettivamente attivati per gli utenti in seguito alla valutazione, il primo dato rilevato dai questionari riguarda le lunghe liste di attesa ai servizi, in particolare per gli anziani non autosufficienti. Questo comporta, di fatto, una spontanea uscita dal servizio, dovendo le famiglie

organizzare autonomamente l'assistenza, in attesa di una eventuale risposta da parte dei servizi pubblici. Gli utenti che, pur essendo considerati eleggibili dalla Uvm, decidono di attivare autonomamente risposte private variano in modo più significativo a seconda del territorio (dal 4% di Parma all'83% di Forlì). Dalla discussione dei risultati dell'indagine è emerso che l'elevata variabilità delle risposte tra le Ausl è principalmente dovuta a una diversa struttura di offerta di servizi privati che, in alcuni casi, incentiva l'attivazione di risposte autonome più che in altri territori.

Nel caso degli anziani non autosufficienti, una percentuale di utenti (circa il 20% in media) riceve nell'immediato una risposta di intensità assistenziale inferiore ai bisogni, magari anche per un tempo limitato, a causa dell'insufficienza di risorse, pur di riuscire a dare un qualche tipo di assistenza (per esempio, l'assegno di cura in attesa di un ricovero). Pertanto, esistono significative sovrapposizioni tra le diverse tipologie di percorso, soprattutto a causa degli elevati tempi di attesa rilevati che inducono gli utenti a mixare parziali risposte pubbliche con servizi attivati privatamente, che saranno più o meno transitori in funzione dello scorrimento della lista d'attesa. Fenomeni analoghi sono riscontrabili anche per le aree di utenza dei minori a forte disagio familiare e dei disabili adulti, dove l'incidenza dei percorsi privati attivati autonomamente si riduce. Il sistema pubblico non riesce ancora a monitorare e integrare le risorse oggi spese privatamente dalle famiglie.

Gli utenti che effettivamente accedono immediatamente ai servizi pubblici seguono prevalentemente il percorso stabilito dall'Uvm.

2.3. Una lettura complessiva dei dati: il *gap* tra meccanismi formali dichiarati e meccanismi impliciti

Riassumendo il quadro complessivo sulla base dei dati rilevati per le sei Ausl emiliano-romagnole che hanno risposto al questionario, emerge un sistema che, per i *cluster* di utenza selezionati (anziani ultra 75enni non autosufficienti, minori a forte disagio familiare e disabili adulti) presenta le seguenti caratteristiche:

– è condizionato, alla fonte, da uno scarso utilizzo di dati «epidemiologici», in genere contenuti nei Profili di comunità e forniti dagli Osservatori provinciali, con uno sforzo in atto che non sempre è in grado di tradursi in scenari immediatamente operativi per le aziende per stimare il bisogno epidemiologico dei territori di riferimento;

– laddove si utilizza una stima del bisogno, il servizio pubblico formalizzato intercetta una quota di utenti lontana dall'universalità degli aventi diritto;

– una parte significativa di utenti di fatto non accede ai servizi. Le determinanti principali dell'auto-esclusione sono state individuate nell'appartenenza a una solida rete sociale, alla lontananza sociale o geografica dai servizi e all'entità del disagio (il bisogno di servizi di chi vive in zone rurali o montuose è meno auto evidente che nelle aree cittadine) o della malattia che, in alcuni casi, si riflettono nel non voler ammettere il problema;

– la fase di valutazione avviene in tempi relativamente contenuti, sia tenendo conto del tempo che intercorre tra presentazione della domanda e inizio della valutazione (che non eccede nella maggior parte dei casi i 30 giorni), sia considerando il tempo necessario per la valutazione a opera della Uvm che avviene nella maggior parte dei casi entro una settimana;

– il meccanismo di funzionamento e la composizione delle *equipe* di valutazione permettono di espletare il processo valutativo in tempi molto brevi, con la possibilità di utilizzare diversi tipi di scale multidisciplinari. La Uvm, seppur con una valutazione puntuale, complessa e mirata, non sempre riesce a orientare verso una presa in carico realistica arrivando di fatto a certificare il fabbisogno assistenziale, lasciando la responsabilità sull'attivazione del percorso di cura a chi ha la responsabilità dell'impiego delle risorse;

– i tempi più elevati si rilevano dall'esito della valutazione all'inserimento in un percorso di cura, ossia al momento dell'effettivo accesso ai servizi. In alcuni casi la lista d'attesa supera i 365 giorni, determinando la necessità per alcuni utenti di attivare autonomamente percorsi alternativi a quelli del sistema pubblico.

Le procedure formali istituzionalizzate e i dati raccolti fin qui descritti raccontano quali sono i meccanismi sostanziali impliciti che di fatto determinano la selezione o auto-selezione della domanda di servizi socio-sanitari.

La configurazione del servizio pubblico costituita da un punto di accesso formalizzato ha, sulla carta, l'obiettivo di canalizzare tutte le richieste in un solo ingresso al sistema, semplificando in questo modo il processo di presentazione della domanda per chi ha esigenze. Le unità di valutazione multidimensionale, attraverso le scale in uso, hanno successivamente il compito di stabilire l'intensità del bisogno delle domande presentate, sulla base di valutazioni fatte da *equipe* multi-professionali. Al termine del processo di valutazione, così strutturato per garantire equità e correttezza, viene stabilito un pacchetto di servizi pubblici (fabbisogno assistenziale) appropriato rispetto alle esigenze dell'utente. La responsabilità dell'attivazione effettiva di tale percorso è però in carico ad altri soggetti diversi dalla Uvm e nella maggior parte dei casi è anche, per questo motivo, differita nel tempo. Non sempre, infatti, le risorse a disposizione permettono di garantire accesso ai servizi in tempi brevi o dell'intensità assistenziale necessaria. Questo obbliga gli utenti che sono inseriti in lista di attesa o che hanno ricevuto servizi parziali rispetto al fabbisogno assistenziale certificato nella valutazione, ad attivare altre risposte di natura privata, in attesa della possibilità di accedere al servizio pubblico che soddisfa completamente le loro esigenze.

I meccanismi impliciti ma sostanziali di selezione della domanda intervengono all'interno di queste procedure formalizzate. La prima vera selezione della domanda avviene all'origine, poiché la domanda che trova ascolto è prevalentemente quella che viene manifestata esplicitamente in modo autonomo (tramite l'utente stesso e/o la famiglia). La mancanza, nella maggior parte dei casi studiati, di informazioni e dati fruibili sulla reale entità del bisogno indica una condizione non adeguata all'avvio di una riflessione sul *target* di copertura dei bisogni della popolazione. All'interno delle aziende si ha la percezione di intercettare tutto il bisogno, anche quando non si utilizzano per la programmazione e il controllo delle *performance* i dati di prevalenza o incidenza,

perché di fatto si rilevano e ci si confronta unicamente con i dati relativi alla domanda. In taluni casi, inoltre, i dati sul bisogno vengono prodotti all'interno delle aziende, ma questi non sempre vengono utilizzati e trasferiti a chi, sulla base di quei dati, dovrebbe prendere le decisioni.

Il profilo degli utenti esclusi dai servizi socio-sanitari (utenti isolati in zone geografiche montuose o periferiche, utenti con situazioni di grave disagio, utenti non inseriti in reti sociali solide e non in grado di avere informazioni sui servizi disponibili) rafforza la convinzione che solamente coloro che hanno più mezzi e sono inseriti in più reti (di natura economica e sociale) sono in grado di manifestare le proprie esigenze e accedere al circuito pubblico.

Di conseguenza, si presidia abbastanza bene l'accesso formale (attraverso cui si realizza la presa in carico) ma permangono grandi difficoltà a intercettare gli utenti potenziali.

Il secondo passaggio rilevante avviene a valle del momento formale di valutazione dei bisogni e di apparente selezione della domanda. Se si escludono coloro che esprimono esigenze di risposta a elevata intensità assistenziale, a causa di condizioni di salute o di disagio particolarmente gravi che trovano risposte quasi immediate da parte dei servizi pubblici, il *mix* tra liste di attesa e servizi parziali effettua un'ulteriore scrematura, dividendo tra coloro che possono attivare percorsi di cura alternativi acquistando sul mercato della cura privata (formale o informale) soluzioni più o meno temporanee in attesa di poter accedere ai servizi pubblici definitivi.

Nei fatti, quindi, si genera una certa incongruenza fra bisogno certificato e risposta fornita: non si è in grado di garantire sempre la risposta prevista in base al fabbisogno assistenziale individuato nella valutazione, determinando delle erogazioni molto parziali da parte del sistema pubblico.

Nella sostanza, la configurazione del sistema pubblico, anche considerando la non facile modularità e flessibilità dell'offerta in relazione alle esigenze dell'utenza, determina una selezione tra chi ha le risorse per poter intraprendere percorsi di cura alternativi e chi, invece, è costretto ad attendere la lista d'attesa. Il periodo tra la valutazione del bisogno e l'erogazione del servizio, media-

mente di circa un anno, è comunque troppo come tempo di attesa per queste utenze «fragili» (per esempio, per un anziano non autosufficiente): sono troppe le variabili in gioco e in questo arco di tempo è possibile che cambino con l'aggravarsi delle condizioni di salute, con il cambiamento di situazione familiare o con l'abituarsi a un *care giver* informale domestico.

All'interno del complesso processo di accesso ai servizi analizzato, le responsabilità sono frammentate lungo le diverse fasi e sono in capo a diversi soggetti (Larenza, Longo, Fosti, Rotolo, 2012). Così, l'accoglimento della domanda, la valutazione dei bisogni e dei percorsi appropriati e l'attivazione concreta del progetto assistenziale prestabilito sono prerogative di soggetti diversi, pur essendo in qualche modo coordinati e integrati fra loro.

Certificare il bisogno è un lavoro diverso dal costruire un progetto assistenziale: mentre la certificazione del bisogno avviene in funzione dello stato dell'individuo, il Piano assistenziale/educativo individuale (Pai/Pei) è in funzione della strutturazione del sistema di offerta e delle risorse a disposizione.

La costruzione del Pai/Pei in funzione del *budget* deve essere necessariamente un lavoro valutativo sull'aggregato della domanda/dei bisogni: non si può dare tutto a tutti, il *budget* è limitato. Il bisogno di un concorrente e l'intensità assistenziale necessaria per quel bisogno ne escludono/limitano altri. In altre parole servono giudizi «aggregati» (nel perimetro della programmazione): si sceglie quanto erogare a quell'utente sulla base della gravità degli altri che afferiscono al suo stesso *target* (più sono gravi, meno le risorse residue).

Di fatto, quindi, la Uvm dopo aver certificato il bisogno non è considerata responsabile di ciò che succede nelle fasi successive: il suo mestiere diventa quello di dire ciò che sarebbe necessario fare se le risorse fossero infinite.

La certificazione del bisogno è una garanzia: c'è la possibilità di effettuarla in modo oggettivo e con molti strumenti. La costruzione di un Pai/Pei è onerosa: sono scarsi gli strumenti a disposizione e, inevitabilmente, interviene la soggettività di chi lo redige. Le due funzioni sono ancora troppo debolmente correlate.

Alla luce di questa configurazione è quindi possibile affermare che il problema di fondo che emerge dal campione analizzato è che le aziende/istituzioni dedicano troppe risorse e *know-how* alla fase valutativa (attraverso decine di diverse schede e scale, secondo quanto riportato nei questionari) e alla certificazione del bisogno (circa 90%), mentre ne dedicano troppo poche alla costruzione del Pai/Pei sulla base di un certo *budget* (circa il 10%), dando luogo a un esempio di burocratismo manageriale, o «ipertecnicismo deresponsabilizzante».

Consapevoli che una procedura di selezione è comunque necessaria nei servizi socio-sanitari, appare evidente dai dati presentati la distanza che esiste tra la procedura di selezione formalizzata e quella agita nei fatti.

Tuttavia, si sottolinea che l'indagine ha avuto carattere esplorativo e i risultati presentati possono essere uno spunto per future attività di ricerca aventi come oggetto ambiti territoriali più estesi e uno spettro più ampio di servizi socio-sanitari.

3. Perché esiste il *gap* tra rappresentazione formale e meccanismi impliciti?

I dati analizzati nel paragrafo precedente confermano le ipotesi evidenziate dalla letteratura e mostrano che esiste uno scostamento tra rappresentazione formale del sistema di accesso ai servizi socio-sanitari delle Ausl dell'Emilia-Romagna e i meccanismi sostanziali che intervengono e operano la selezione della domanda (Brunsson, 1986; San-Carranza, Serra, 2009; Longo, Barbieri, 2012). Si trovano infatti a convivere due sistemi, quello formale e quello implicito, che hanno molti punti di intersezione e sovrapposizione.

Il primo, quello formale, fatto di procedure predefinite, scale di valutazione e certificazioni dei bisogni, risponde a una logica ispirata ai valori dell'universalismo selettivo: l'obiettivo, infatti, è quello di esplicitare e certificare i criteri di prioritizzazione nell'accesso ai servizi pubblici, selezionando l'utenza in base a un criterio di priorità risultato della valutazione (strutturata, rigorosa e scientifica) del bisogno.

Rispetto al processo di trasformazione del bisogno in domanda preso in analisi per le Ausl emiliano-romagnole, la selezione im-

PLICITIA avviene in diversi punti del sistema. Non interrogarsi e non avere a disposizione dati sull'effettiva entità del bisogno è la prima modalità opaca attraverso cui il sistema effettua una selezione dell'utenza. In sede di valutazione, poi, l'esistenza di numerose scale per la certificazione del bisogno, basate su criteri validati scientificamente, rispondono all'esigenza di offrire un meccanismo equo e trasparente di valutazione delle domande pervenute. Esse tuttavia non danno sempre origine a dei *ranking* chiari di priorità tra utenti, mantenendo valutazioni multidimensionali non aggregate in valori sintetici univoci. Le lunghe liste d'attesa, superiori in alcuni casi anche ai dodici mesi, sono invece il meccanismo opaco attraverso cui il decisore pubblico opera un'ulteriore e più incisiva selezione. Le scelte di prioritizzazione, in termini di inclusione o meno in certi servizi e l'intensità assistenziale, spesso sono implicite, fisiologiche (e come tali non oggettivabili) anche in contesti altamente «programmatori» come quello della Regione Emilia-Romagna.

Il meccanismo di selezione implicito prevale su quello formale per diversi motivi. In primo luogo perché chi ha bisogno non sempre ne è consapevole, o, in alcuni casi non sa o non intende manifestarlo. In secondo luogo, la necessità di razionare l'accesso diventa sempre più stringente, ma farlo attraverso criteri chiari e trasparenti può avere conseguenze in termini di consenso e di accreditamento dell'attore pubblico, soprattutto laddove vi siano legittime attese di servizi universalistici. Nell'implicito, si attivano pertanto meccanismi opachi che di fatto rendono il più invisibile possibile il meccanismo di scrematura, schermando l'esecutore della selezione, proteggendo la legittimità del sistema stesso ed evitando di rendere trasparente l'identità del decisore e la radicalità/durezza delle scelte necessarie che deve compiere in termini di impiego delle risorse a disposizione.

Selezione schermata soprattutto perché chi valuta non è responsabile dell'allocazione delle risorse necessarie per l'attivazione del percorso stabilito e, allo stesso modo, chi è responsabile delle risorse e dell'attuazione non ha responsabilità sulla fase di valutazione. Questa modalità di frammentazione delle responsabilità nel percorso consente al

sistema, da un lato, di presentarsi all'esterno come coerente rispetto alla logica dell'universalismo selettivo e, dall'altro lato, riesce implicitamente a effettuare la prioritizzazione, per molti versi dolorosa ma inevitabile di fronte al rapporto tra bisogni e risorse. Inoltre, ogni utente che ha espresso una richiesta esplicita è stato valutato dal sistema e quindi in qualche modo è stato monitorato e tutelato. Questo, giustamente, protegge la tenuta istituzionale del sistema.

Non si tratta quindi necessariamente di errori di *governance*, di mal funzionamento o di *gap* di competenze del sistema socio-sanitario. La relativa opacità del meccanismo di selezione può infatti essere vista come una forma di intelligenza politica o sociale del sistema socio-sanitario stesso, che riesce a svolgere la funzione istituzionale più critica, ovvero la selezione delle priorità e degli individui, dietro uno schermo di tenuta istituzionale di impronta universalistica (ogni domanda viene comunque valutata) tale da non risultare troppo contestabile, senza negare quasi mai esplicitamente i servizi ad alcuno, ma nei fatti determinando delle uscite totali o parziali dal sistema pubblico. Una parte della letteratura considera questi processi fisiologici e protettivi per i sistemi istituzionali di *welfare* (Brunsson, 1986; Carson, Madhok, Wu, 2006; Longo, Barbieri, 2012; Radnor, McGuire, 2003). Il problema non è quindi la trasparenza e il livello di *disclosure* della selezione, ma se la valutazione, nei fatti, determini o meno un esito socialmente equo. In altri termini, un certo livello di opacità nella selezione è atteso nei sistemi pubblici e ha un significato protettivo nei confronti del sistema e degli utenti medesimi. Il punto critico diventa allora se questa opacità nasconda solo la stringente esigenza di definire delle priorità necessarie, che istituzionalmente si gestisce meglio in modo riservato, o sia funzionale a nascondere anche esiti iniqui che il funzionamento del sistema può arrivare a produrre come risultato della prioritizzazione.

La sensazione è che siano presenti entrambe le dimensioni: da un lato, sicuramente si protegge e scherma il sistema delle scelte e questo rientra nella fisiologia delle istituzioni ma, dall'altro, una quota delle selezioni è casuale e comporta rischi di iniquità, come l'auto-esclusione di chi non è in

grado di trasformare i bisogni in domanda e le lunghe liste di attesa per coloro che non sono in grado di auto-organizzare i servizi per differenti motivazioni (a partire da quelle economiche).

4. Indicazioni manageriali

La convivenza di meccanismi formali e impliciti di selezione della domanda non è pertanto da considerarsi necessariamente come un aspetto patologico o negativo dei sistemi di *welfare*. I meccanismi di selezione impliciti possono continuare a convivere, come avviene oggi, con i meccanismi formali, perché rappresentano pur sempre una soluzione alla problematica complessa di risorse scarse e bisogni crescenti che affrontano tutte le istituzioni pubbliche. Il passo necessario da compiere è, tuttavia, quello di prenderne piena consapevolezza dal punto di vista manageriale. Accettare che i meccanismi sostanziali operino al di là della retorica e della rappresentazione formale del sistema è spesso l'unico modo per cercare di governare il sistema.

In altre parole, significa non «accontentarsi» della rappresentazione formale ma, dal punto di vista manageriale, avere una chiave di lettura dei meccanismi sostanziali. Questo, infatti, permetterebbe di individuare e agire sulle leve che nella pratica effettuano la vera selezione, cercando eventualmente di ricondurre il reale funzionamento della macchina pubblica, per quanto possibile, a una maggiore rispondenza ai valori praticati attraverso il modello teorico. Spesso, infatti, si ha la percezione che l'assetto organizzativo di un'azienda (la rappresentazione delle articolazioni delle responsabilità e delle modalità di funzionamento) sia l'unico elemento per esercitare il controllo sull'organizzazione. Si tende quindi (erroneamente) a modificarlo/cambiarlo per modificare/cambiare di conseguenza la stessa organizzazione.

D'altra parte, rendere esplicito il meccanismo che fino a oggi è stato implicito è un'operazione difficile, sia dal punto di vista culturale, sia dal punto di vista pratico. Questo processo rende necessario rimettere in discussione la dimensione vissuta, più che quella cognitiva, e deve quindi portare all'emersione delle prassi consolidate delle quali non necessariamente si è consapevoli, ma

che «abitano» le Ausl. Spezzare una retorica ormai consolidata richiede la condivisione di nuove mappe cognitive, con la conseguente attivazione di un processo sociale che deve necessariamente coinvolgere la società a più livelli: dai cittadini/utenti, ai tecnici, fino ad arrivare al livello politico. Per tutti questi motivi, se si volesse intraprendere questa strada, è necessario avere anche la consapevolezza riguardo al fatto che si tratta di un percorso lungo e complesso in termini di energie istituzionali da investire.

Sia che si scelga l'opzione di gestire consapevolmente un certo livello di opacità nelle scelte di prioritizzazione pubblica, sia che si scelga di attivare un progressivo e lungo processo di *disclosure* pubblica e di crescita culturale collettiva, il primo passo dovrebbe consistere nell'attivare espliciti percorsi di lavoro, che aiutino a comprendere quali me-

canismi di *service management* determinano gli esiti nelle scelte degli utenti. In primo luogo, occorre comprendere che i meccanismi formali e quelli impliciti, così come le procedure, le mappe cognitive e comportamentali di una organizzazione non coincidono tra di loro: se non si sostiene la fisiologica ambivalenza e complessità delle organizzazioni difficilmente si possono comprendere i reali meccanismi di funzionamento, rischiando di utilizzare gli strumenti non adatti, mancando di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Ringraziamenti

Si ringraziano i Direttori delle Attività Socio Sanitarie delle Ausl dell'Emilia-Romagna che hanno partecipato alla ricerca e che hanno reso possibile l'avvio di una riflessione su questo tema, testimoniando che in contesti avanzati dal punto di vista manageriale si cerca di innovare ulteriormente affrontando tutte le possibili criticità, anche quelle che costituiscono una vera e propria sfida culturale.

Ausl	Distretto oggetto di analisi	Bacino d'utenza del distretto
Bologna	Distretto di Pianura Est	152.881
Forlì	Distretto di Forlì	186.784
Parma	Distretto di Fidenza	102.667
Piacenza	Distretto di Levante	109.384
Ravenna	Unione dei comuni della Bassa Romagna	102.000
Rimini	Distretto di Riccione	103.000
MEDIA		126.113

Tabella 1

Caratteristiche delle Ausl che fanno parte del campione e che hanno compilato la scheda di rilevazione

AUSL	Stima anziani non autosufficienti (75+)	Anziani non autosufficienti che accedono tramite punto di accesso (75+)	Copertura del bisogno del punto di accesso
Bologna	2.882	1.517	52,64%
Forlì	3.763	1.800	47,83%
Parma	2.161	843	39,01%
Piacenza	2.254	889	39,44%
Ravenna	2.738	1.900	69,39%
Rimini	2.054	1.400	68,16%

Tabella 2

Stima anziani non autosufficienti ultra 75enni e tasso di copertura del punto d'accesso (dati relativi al Distretto di riferimento)

Tabella 3

Provenienza della segnalazione del bisogno (valori in % sul totale delle segnalazioni) per anziani ultra 75enni non autosufficienti

Anziani	Famiglia/utente	Mmg/Pls	Ass. sociale	Scuola	Altre strutture
Bologna	77%	3%	5%	0%	15%
Forlì	0%	0%	100%	0%	0%
Parma	65%	5%	0%	0%	30%
Piacenza	85%	3%	2%	0%	10%
Ravenna	70%	3%	0%	0%	27%
Rimini	60%	20%	5%	0%	15%
Media	59,5%	5,7%	18,7%	0,0%	16,2%

Tabella 4

Provenienza della segnalazione del bisogno (valori in % sul totale delle segnalazioni) per persone disabili adulti

Disabili	Famiglia/utente	Mmg/Pls	Ass. sociale	Scuola	Altre strutture
Bologna	87%	3%	2%	8%	0%
Forlì	0%	0%	100%	0%	0%
Parma	35%	5%	35%	10%	15%
Piacenza	55%	3%	2%	0%	40%
Ravenna	10%	1%	0%	0%	80%
Rimini	60%	5%	15%	0%	20%
Media	41,2%	2,8%	25,7%	3,0%	25,8%

Tabella 5

Provenienza della segnalazione del bisogno (valori in % sul totale delle segnalazioni) per minori a forte disagio familiare

Minori	Famiglia/utente	Mmg/Pls	Ass. sociale	Scuola	Altre strutture
Bologna	nd	nd	nd	nd	nd
Forlì	nd	nd	nd	nd	nd
Parma	10%	20%	20%	30%	20%
Piacenza	15%	5%	0%	25%	55%
Ravenna	60%	40%	2%	15%	19%
Rimini	30%	5%	2%	15%	40%
Media	28,8%	17,5%	6,0%	21,3%	33,5%

Allegato 1

La scheda di rilevazione

La presente scheda di rilevazione ha lo scopo di rilevare le principali caratteristiche del sistema d'accesso e del percorso degli utenti dei servizi socio-sanitari nella Rer. La compilazione richiede circa 40 minuti. Nella scheda si farà riferimento alle seguenti classi di utenti:

- Anziani non autosufficienti ultra 75enni
- Minori a forte disagio familiare
- Disabili adulti

Nel compilare la scheda, si faccia riferimento al più grande distretto dell'azienda escluso quello del capoluogo di provincia (dove esiste).

Sezione 1 - Informazioni anagrafiche

Nome:

Cognome:

AUSL di appartenenza:

Ambito territoriale di riferimento (Distretto):

Popolazione di riferimento:

Sezione 2 - Dal bisogno al punto di accesso formale (sezione riprodotta per ogni cluster di utenza)

- 1) Inserire il numero di utenti totale potenziale 2011 che hanno il bisogno, facendo riferimento ai dati epidemiologici a disposizione.
- 2) Inserire il numero assoluto di utenti che passano attraverso il punto d'accesso formale in base ai dati disponibili o, in assenza di dati, sulla base del percepito.
- 3) Da dove proviene la segnalazione del bisogno?
 - Famiglia o utente
 - Mmg o Pls
 - Assistente sociale
 - Scuola
 - Altre strutture (ambulatorio, pronto soccorso, specialista, volontariato)
- 4) In base alla sua esperienza, qual è il profilo dell'utente che, pur avendo un bisogno rilevante, non si presenta e non viene intercettato dal punto di accesso?
- 5) In base alla sua esperienza, quali sono i principali motivi per cui questi utenti non vengono intercettati dal punto di accesso?

Sezione 3 - Dalla valutazione del bisogno al percorso dell'utente

- 1) Inserire il tempo (in numero di giorni) che trascorre mediamente:
 - Tra presentazione domanda e inizio della valutazione
 - Per effettuare la valutazione
 - Tra valutazione e inizio servizio
- 2) Quante persone compongono l'Uvm?
- 3) Quali profili professionali si trovano al suo interno?
- 4) Quali e quanti tipi di scale di valutazione dei bisogni utilizza?

- 5) Quante volte alla settimana e per quante ore opera mediamente l'Uvm?
- 6) L'Uvm certifica il bisogno o costruisce un Pai in base alle risorse o servizi disponibili al momento?
- 7) Inserire il numero di utenti che, rispetto al totale iniziale, seguono ciascuno dei percorsi qui indicati:
 - Utenti che seguono il percorso definito dal punto d'accesso
 - Utenti valutati non eleggibili da Uvm
 - Utenti eleggibili ma che attivano risposte private autonome
 - Utenti che ricevono una risposta a intensità assistenziale inferiore al bisogno valutato a causa di risorse inferiori al necessario

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

- BEAN J., HUSSEY L. (1997), *Marketing Public Sector Services*, HB Publications, London.
- BRUNSSON N. (1986), «Organizing for inconsistencies: on organizational conflict, depression and hypocrisy as substitutes for action», *Scandinavian Journal of management studies*, 2 (3-4), pp. 165-185.
- BORGONOVÌ E., FATTORE G., LONGO F. (a cura di) (2013), *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea, Milano.
- CARSON S.J., MADHOK A., WU T. (2006), «Uncertainty, opportunism, and governance: the effect of volatility and ambiguity on formal and relational contracts», *Academy of Management Journal*, Vol. 49, pp. 1058-77.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FOSTI G., LARENZA O., LONGO F., ROTOLO A. (2012), «Caratteristiche e criticità del settore socio-sanitario italiano: quali prospettive di policy?» in E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2012*, Egea, Milano.
- GOLDBERG E.M., CONNELLY N. (1982), *Problems, tasks and outcomes: the evaluation of task-centred case-work in three settings*, Allen and Unwin, London.
- KOTLER, P., LEE N. (2007), *Marketing del settore pubblico: strategie e metodi per migliorare la qualità dei servizi della pubblica amministrazione*, Pearson/Parravia/Bruno Mondadori, Milano.
- LONGO F., BARBIERI D. (2012), «Using relational and transactional MCSs to manage the delivery of outsourced public services: evidence from twelve cases in the USA», *Financial Accountability & Management*, 29 (1), February 2013, pp. 0267-4424.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2011), *Le risposte attuali del Servizio Sanitario*, Ministero della Salute, Roma.
- MOORE M.H. (2003), *La creazione di valore pubblico*, Guerini e Associati, Milano.
- NORMANN R. (1992), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.
- PARASURAMAN A., ZEITHAMAL V.A., BERRY L.L. (1991), *Servire qualità*, McGraw-Hill, Milano.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (a cura di) (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca Qualificare, Istituto per la Ricerca Sociale.
- PROCTOR T. (2007), *Public sector marketing*, Prentice Hall, Harlow.
- TEDESCHI P., TOZZI V. (2004), *Il governo della domanda: tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, McGraw-Hill, Milano.
- UGENTI R. (2012), «Il NSIS e la gestione delle informazioni di salute per i pazienti cronici», *Quaderno di Monitor*, 10, pp. 8-13.
- RADNOR Z., MCGUIRE M. (2003), «Performance management in the public sector: fact or fiction?», *International Journal of Productivity and Performance Management*, 53 (3), pp. 245-60.
- SAN-CARRANZA A., SERRA A. (2009), «Institutional sources of distrust in government contracting», *Public Management Review*, 11 (3), pp. 263-79.

Dieci anni di dibattito sugli operatori di supporto all'assistenza in Italia: revisione critica della letteratura e priorità di ricerca per il futuro

BARBARA NARDUZZI, DANIEL PITTINO, ALVISA PALESE

Over the years, in the health-care settings several new professional profiles have emerged, including the nursing aides with basic and advanced competences. To review the publications appeared in Italian scientific and professional journals from 2001 to the present on nursing aides in order to highlight the main issues considered in the professional and scientific debate was the main aim of the paper. A total of 33 articles have been retrieved and categorized into 5 themes: a) the main reasons determining the establishment of the nursing aides in the Italian context; b) methods, strategies, organizational models and tools that have been developed for the nursing aides integration in the multi-disciplinary team, c) the task delegation process to nursing aides, d) the recent advancement of nursing skills, and e) the effects of multi-skilled teams on patients. In summary, a more systemic approach aiming to identify the most effective organizational model based on indicators that should be established at the national level is a priority.

Keywords: unlicensed assistive personnel, nurses' aides, literature review, care delivery model, research priority

Parole chiave: operatore socio-sanitario, operatore socio-sanitario con formazione complementare, revisione, modelli organizzativi, priorità di ricerca

Note sugli autori

Si veda a fine articolo.

1. Introduzione

Due documenti recentemente approvati in via preliminare (Ministero-Regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del bisogno di Operatori sanitari, 2013; Accordo Conferenza Stato-Regioni su ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze degli infermieri, 2013), hanno sostanzialmente dato avvio a un importante processo di revisione dei *team* dedicati all'assistenza in ambito ospedaliero e territoriale. Offrire la possibilità agli infermieri di avanzare le competenze, come peraltro avviene in larga parte dei paesi occidentali, e porre di nuovo l'attenzione sulla formazione e sulle competenze degli operatori di supporto per svilupparne il contributo, significa disegnare una profonda rivisitazione dei modi di lavorare e delle risorse da dedicare alla cura dei pazienti.

Negli ospedali ci sono sempre state figure di supporto: nel 1979, all'Ausiliario socio-sanitario erano attribuite, accanto alle attività di riordino, l'igiene dell'unità del malato e altre attività affidate dal capo-sala. Pur con un altro ruolo, l'Infermiere Generico, che aveva una formazione di almeno un anno, ha contribuito per oltre sessanta anni all'erogazione delle cure. Dal 1980, con la legge di straordinaria riqualificazione degli infermieri generici e psichiatrici, la figura dell'Infermiere Generico fu abolita e dichiarata in esaurimento. Tra le motivazioni, emergeva l'esigenza di adeguare l'Italia alla normativa europea, influenzata da correnti di pensiero anglosassoni dove si teorizzava l'importanza di un'unica figura infermieristica per la presa

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Metodo
3. Risultati
4. Discussione
5. Conclusioni

in carico globale dei pazienti. La stessa legge dava, infatti, la possibilità agli infermieri generici in possesso del diploma di scuola media inferiore, di accedere alla formazione infermieristica offerta dalle scuole regionali.

Ben presto, tuttavia, ci si accorse che gli infermieri avevano bisogno di un supporto: da una parte iniziavano gli anni della carenza infermieristica e, dall'altra, con il progressivo avanzamento delle competenze degli infermieri che si stavano aprendo alla formazione universitaria, attività a elevato contenuto operativo, in cui non era richiesta alcuna decisionalità, dovevano trovare altra collocazione. Dal 1990, con l'individuazione della figura dell'Operatore tecnico addetto all'assistenza (Ota), iniziarono a essere trasferiti compiti di assistenza indiretta e diretta (pulizia e manutenzione di strumenti medicali, rifacimento del letto occupato, aiuto nell'igiene personale del paziente e suo posizionamento). Nel 2001, l'Accordo Stato-Regioni ha individuato la figura dell'Operatore socio-sanitario (Oss), definendone il profilo

e il percorso formativo potenziato nella qualità e durata (1000 ore) (**tabella 1**).

Tre anni dopo, la Conferenza Stato-Regioni (2003) ha istituito la figura dell'Operatore socio-sanitario con Formazione complementare (Oss con Fc, anche denominato Ossc) con un percorso formativo aggiuntivo di almeno 300 ore: venivano, infatti, ampliati i confini includendo – solo a titolo di esempio – la somministrazione della terapia per via naturale, intramuscolo e sottocute, la rilevazione dei parametri vitali, la sorveglianza delle fleboclisi (**tabella 2**).

La responsabilità della formazione, definizione del fabbisogno e proporzione di operatori di supporto da inserire nei reparti è sempre stata affidata alle Regioni. Per questo motivo, si sono sviluppate sul territorio nazionale esperienze molto disomogenee nei modelli formativi, negli *standard* di competenza attesi, nel numero di operatori inseriti nei servizi, e nelle sperimentazioni organizzative (Picogna, 2004; Destrebecq, 2000).

Tabella 1

Attività proprie dell'operatore socio sanitario

Fonte: Consiglio Stato-Regioni 2001

Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero
Assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e d'igiene personale Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico Collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale Realizza attività d'animazione e socializzazione di singoli e gruppi Coadiuvare il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente Aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita Cura la pulizia e l'igiene ambientale
Intervento igienico sanitario e di carattere sociale
Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali Valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre Collabora all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi Riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati In relazione alle condizioni operative mette in atto relazioni-comunicazioni d'aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale e il mantenimento e recupero dell'identità personale
Supporto gestionale, organizzativo e formativo
Utilizza strumenti informativi d'uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio Collabora alla verifica della qualità del servizio Concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione Collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi d'aggiornamento Collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione d'attività semplici

Attività aggiuntive di questa figura rispetto a quelle dell'Oss
La somministrazione, per via naturale, della terapia prescritta
La terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica
I bagni terapeutici, impacchi medicali e frizioni
La rilevazione e l'annotazione d'alcuni parametri vitali (frequenza cardiaca, respiratoria e temperatura)
La raccolta d'escrezioni e secrezioni a scopo diagnostico
Le medicazioni semplici e bendaggi
La somministrazione di clisteri
La mobilizzazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee
La respirazione artificiale, il massaggio cardiaco esterno
La cura, il lavaggio e la preparazione del materiale per la sterilizzazione
L'attuazione e il mantenimento dell'igiene della persona
La pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici
La raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati
Il trasporto del materiale biologico ai fini diagnostici
La somministrazione dei pasti e delle diete
La sorveglianza delle fleboclisi

Tabella 2

Attività proprie
dell'Operatore socio-
sanitario

Fonte: Consiglio Stato-Regioni
2003

L'obiettivo del presente articolo, pertanto, è sintetizzare le esperienze di ricerca e di revisione organizzativa documentate nella letteratura scientifica e professionale sugli operatori di supporto, alla vigilia dell'importante svolta indicata dai documenti nazionali sopra richiamati (Bozza di Accordo, 2013; Proposta di Documento, 2013). La finalità generale del contributo è disegnare le priorità di ricerca e di sperimentazione organizzativa future sul tema del cambiamento dei *team* assistenziali sulla base dello stato della conoscenza a oggi documentata nel contesto italiano.

2. Metodo

È stata realizzata una revisione della letteratura delle pubblicazioni scientifiche e professionali italiane comparse dal 2001 – anno di istituzione formale della figura dell'operatore di supporto – a oggi. Sono state incluse tutte le riviste italiane dedicate alle tematiche generali e di ricerca infermieristica, quali:

– Assistenza Infermieristica e Ricerca;

– International Nursing Perspective;
– L'infermiere;
– Management Infermieristico;
– Nursing Oggi;
– Professioni Infermieristiche;
– Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie.

Non sono state incluse riviste specifiche di settore (ad esempio Anin, rivista dell'infermieristica nell'ambito delle neuroscienze) e le pubblicazioni dei singoli Collegi provinciali.

Tra gli articoli pubblicati dalle riviste incluse, sono stati valutati eleggibili solo quelli che riportano nel titolo, nell'*abstract* o nelle parole chiave i seguenti termini: «Operatori di supporto», «Oss, Ossc» o «Personale di supporto». Sono stati pertanto reperiti e analizzati da un autore (BN) tutti gli indici delle riviste incluse e gli articoli che includevano nel titolo uno o più termini tra quelli ricercati sono stati recuperati in forma di *full-text*. L'eleggibilità definitiva è stata decisa da due ricercatori (AP, BN) che hanno prima letto l'articolo individualmente e poi si sono confrontati.

Ciascun articolo incluso è stato analizzato con una griglia in cui sono stati riportati i seguenti dati: titolo e autore/i, tipo di articolo (ricerca, *report* di esperienze, editoriale), anno di pubblicazione. Per gli articoli di ricerca o per i *report* di esperienze sono stato inoltre valutati il *setting* in cui era stato condotto lo studio (per esempio, casa di riposo, reparto di medicina), la popolazione studiata (per esempio, pazienti, Oss, Ossc, infermieri), gli strumenti utilizzati (per esempio, questionari), le variabili in studio e i risultati ottenuti. Per gli editoriali, è stata invece individuata solo l'area problematica dibattuta.

Ogni articolo incluso e sintetizzato su griglia, è stato quindi analizzato per individuare la/le tematica/che affrontate; tali tematiche sono state categorizzate in modo indipendente da tre ricercatori (BN, DP, AP) che hanno condiviso il risultato finale.

Inoltre, per confrontare lo stato dell'arte delle conoscenze e delle esperienze italiane con quanto documentato a livello internazionale, è stata realizzata una revisione della letteratura tramite il motore di ricerca Ebsco, includendo tutti gli articoli indicizzati con le seguenti parole chiave: *Health personnel unlicensed*, *Nurses aides*, *Unlicensed assistive personnel* (Uap), che rappresentano le denominazioni attribuite a simili figure professionali nel contesto anglosassone.

3. Risultati

Dal momento dell'istituzione degli operatori di supporto in Italia a oggi sono stati pubblicati 33 articoli di ricerca o di dibattito professionale, focalizzati su cinque tematiche principali:

- ragioni dello sviluppo delle figure di supporto in Italia;
- metodi e strumenti di inserimento degli operatori di supporto nei contesti operativi;
- attribuzione di attività agli Oss;
- espansione del campo di attività degli Oss;
- effetti sui pazienti e nelle organizzazioni.

3.1. Ragioni dello sviluppo delle figure di supporto in Italia (4 articoli)

Due sembrano le ragioni principali che hanno determinato la nascita degli operatori di supporto in Italia (Snaidero, 2003):

- l'esigenza di affrontare l'evoluzione dei bisogni: l'aumento della vita media ha comportato un incremento delle patologie cronico-degenerative e di anziani non autosufficienti. L'ospedale si è nel tempo progressivamente riorganizzato verso degenze brevi e cure più intensive, decentrando nei servizi di lunga degenza e territoriali la risposta a bisogni di assistenza per utenti non acuti. La figura dell'Oss ha tentato di rispondere a un'esigenza di supporto trasversale ai servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari anche con un ruolo di integrazione tra i servizi sociali e sanitari (Calamandrei, 2001);

- l'esigenza di utilizzare appropriatamente le risorse infermieristiche: con il crescente fenomeno della carenza infermieristica, l'attenzione si è progressivamente spostata verso un utilizzo sempre più appropriato degli infermieri, attribuendo attività di *routine* agli operatori di supporto e compensando in un certo senso il vuoto lasciato dall'abolizione dell'Infermiere Generico. Secondo Silvestro (2000), nella sua ricerca condotta in un'azienda sanitaria del nord est, il 50% delle attività svolte dagli infermieri potevano essere demandate agli operatori di supporto in quanto a elevata standardizzazione e bassa discrezionalità. Con il progressivo trasferimento di attività, gli infermieri hanno potuto concentrarsi maggiormente su quelle appropriate al profilo e alla formazione universitaria ricevuta (Palese, 2001; Stringhetta *et al.*, 2012).

3.2. Metodi e strumenti di inserimento (8 articoli)

Dal momento dell'istituzione degli Oss e, successivamente, degli Ossc, particolare attenzione è stata attribuita negli anni al loro inserimento organizzativo: passare da *team* mono-professionali (solo infermieri) a *team* composti da differenti *skills* (infermieri e Oss) ha imposto specifiche strategie e strumenti di integrazione. Il primo a indicarne l'esigenza fu Calamandrei (2001), che elab-

borò nel 2001 una proposta di inserimento degli operatori di supporto sotto la stretta supervisione dei Coordinatori di reparto (ex capo-sala). Inoltre, suggeriva di utilizzare le *job descriptions* per una appropriata attribuzione delle attività.

La prima valutazione critica di un'esperienza di inserimento degli Oss in una struttura residenziale è stata documentata da Monzecchi e D'Addio (2003), i quali riportarono l'utilità di piani assistenziali per decidere l'affidamento di attività; gli stessi autori avevano inoltre documentato l'esigenza di stimolare una positiva attitudine tra gli infermieri per assicurare un inserimento efficace degli operatori di supporto. Bettini *et al.* (2005), avevano, invece, sperimentato l'efficacia di altri strumenti come la scheda di auto-inserimento e auto-valutazione degli Oss nel blocco operatorio, in cui a ciascun operatore era affidata la responsabilità di progettazione e valutazione del processo di inserimento lavorativo. Singole strategie di inserimento erano anche state riportate da Leale *et al.* (2003) e da Buccioni (2006) che avevano, invece, documentato l'inserimento dell'Oss in emodialisi sotto la guida di un infermiere *tutor*.

Nella letteratura sono stati documentati anche approcci di sistema: Bianchi e Cavaliere (2003) e, in seguito, Pagiusco e Padovan (2004), hanno raccomandato l'abbandono del modello per compiti (ovvero, di una progettazione organizzativa che riflette solo «chi fa che cosa») a favore di modelli di *team*, in cui un gruppo di pazienti è assistito da un infermiere con la collaborazione di un Oss, evitando così la frantumazione della presa in carico. Tuttavia, poiché l'introduzione di nuovi modelli organizzativi genera resistenze (Palese *et al.*, 2012), Bettini *et al.* (2005), hanno documentato i positivi effetti di un corso dedicato a piccoli gruppi di infermieri e Oss finalizzato a superare le reciproche diffidenze e resistenze.

3.3. Attribuzione di attività agli Oss (12 articoli)

I processi di attribuzione/delega delle attività assistenziali agli Oss sono stati l'ambito maggiormente dibattuto in Italia: diversi autori hanno riflettuto sui criteri da adottare per supportare gli infermieri nella decisione

rispetto ai compiti da affidare agli operatori di supporto. La terminologia adottata è sempre stata – e continua a rimanere – controversa: alcuni autori hanno utilizzato la parola «delega» (Saiani e Franceschini, 2000) riferendosi a documenti internazionali in cui è utilizzato il termine *delegation*; altri, invece, hanno preferito il concetto di «attribuzione» (Palese *et al.*, 2003) che nel contesto giuridico italiano (Benci, 2001, 2003) si ritiene più appropriato. La differenza sostanziale tra i due concetti risiede, infatti, nel significato giuridico. Secondo Benci (2001, 2003) mentre l'attribuzione (o affidamento) prevede il mantenimento della responsabilità dell'infermiere, che interviene attraverso la supervisione e la possibilità di controllare l'esecuzione dell'attività, la delega trasferisce la responsabilità complessiva del compito e dei conseguenti risultati all'operatore di supporto. Pertanto, poiché la responsabilità dei pazienti è dell'infermiere, come riportato nel profilo professionale, appare più appropriato riferirsi al concetto di attribuzione.

Nel tentativo di aiutare gli infermieri a decidere le attività da attribuire in sicurezza, sono stati documentati diversi criteri di attribuzione/delega:

- regola delle «5 G»: giusto operatore, giusta comunicazione, giusta supervisione, giusto contesto, giusto compito (Saiani e Franceschini, 2000); o delle auto-domande su cui interrogarsi prima di procedere: «che cosa, per chi, perché, dove, a chi e per quale risultato» (Matarese, 2000). Secondo questo approccio, prima di ogni attività («devo attribuire l'esecuzione di un'igiene di quel paziente») l'infermiere dovrebbe accertarsi che l'Oss sia adeguatamente preparato, che la comunicazione del compito da affidare sia adeguata, che sia possibile verificare come il compito è svolto, che il contesto sia adeguato e che il compito stesso sia previsto nel profilo dell'Oss;

- algoritmi decisionali basati sulla standardizzabilità delle attività assistenziali: partono dal presupposto che tanto più standardizzabili sono le attività tanto minore sarà il contributo decisionale atteso dall'operatore che le eroga. Pertanto, quando il compito è a elevata standardizzazione, è attribuibile/delegabile (Silvestro, 2000). Questi algoritmi costituiscono mappe mentali da seguire per

attribuire con sicurezza un'attività critica come, per esempio, la somministrazione della terapia all'Oss con formazione complementare (Buccioni, 2006; Pegoraro, 2005; Casiraghi, 2000).

Di Giacomo e Santullo (2005) nel loro studio esplorativo hanno analizzato la percezione di 527 infermieri sull'attribuibilità o meno di alcune attività agli operatori di supporto: dai risultati è emerso che gli infermieri sono in disaccordo sul campo di autonomia degli Oss e affidano le attività con difficoltà. Le resistenze sembrano legate alla formazione degli infermieri, alla mancanza di aggiornamenti sulle competenze dell'Oss e ai rigidi contesti organizzativi (Pacifico e Proietti, 2006) basati su attività di *routine* (Fabbro *et al.*, 2005).

Purtroppo, la prevalenza degli studi su delega/attribuzione sono stati svolti in contesti ospedalieri e pochi in contesti residenziali o domiciliari in cui sarebbe cruciale comprendere in profondità la frazione di attribuibilità (Munerati e Salmaso, 2003).

3.4. Espansione del campo di attività degli Oss (3 articoli)

Con la formazione complementare, che prevede l'integrazione di almeno 300 ore oltre a quelle minime per diventare Oss, è stata istituita la figura dell'Ossc che ha un campo di attività più esteso. Le nuove competenze riguardano, per esempio, la somministrazione della terapia per via naturale (es. orale, mucosa) da realizzare sotto specifica pianificazione e supervisione degli infermieri o delle/degli ostetriche/i.

Secondo Pegoraro (2005), l'attribuzione della terapia doveva avvenire solo per:

- 1) pazienti a bassa complessità clinica;
- 2) con terapia di bassa complessità;
- 3) in contesto non turbolento.

Tali criteri sembravano suggerire contesti domiciliari o di case di riposo e non l'ospedale dove i pazienti sono a media/elevata complessità, le terapie sono numerose e richiedono valutazioni preliminari e successive. Tuttavia, in Friuli Venezia Giulia, una linea guida regionale del 2009 raccomandò di procedere nell'attribuzione della terapia

per via naturale agli Ossc anche negli ospedali per acuti. Per verificare la fattibilità, è stato condotto uno specifico progetto in un ospedale universitario del Nord Italia (Palese *et al.*, 2010): da quanto è emerso non sembra possibile affidare la terapia per via naturale all'Ossc in una struttura di degenza per acuti, poiché i vincoli legati alla complessità clinica del paziente e della terapia da somministrare richiedono valutazioni quotidiane e altrettanto quotidiani adattamenti delle terapie. Lo studio (Palese *et al.*, 2012) conferma che i pazienti eleggibili a ricevere la terapia dall'Ossc in un ospedale per acuti sono limitati: infatti, sono pochi i pazienti stabili, con terapia stabile e privi di rischi. Inoltre, i pazienti modificano la loro condizione clinica durante il ricovero, migliorandola o peggiorandola: pertanto, se in qualche turno potrebbero ricevere la terapia da parte dell'Ossc, in quello successivo, potrebbero non presentare più le condizioni di stabilità necessarie. Ciò, nella pratica, richiederebbe un importante lavoro di programmazione dei turni in base al numero di pazienti eleggibili all'affidamento della terapia naturale da parte dell'Ossc. Sarebbe richiesta, inoltre, un'elevata flessibilità nella programmazione delle presenze di personale non realizzabile in un contesto complesso come quello ospedaliero (Palese *et al.*, 2012).

3.5. Effetti sui pazienti e sull'organizzazione (4 articoli)

Non vi sono dati sull'efficacia clinica di *team* assistenziali composti da Oss/Ossc e da infermieri. Secondo Laquintana (2000), l'introduzione dell'Oss ha liberato l'infermiere da attività improprie; secondo Cirio e Centini (2003), infatti, la presenza di Oss in reparto permette agli infermieri una maggiore attenzione verso i pazienti più critici. Tuttavia, sono ancora limitate le prove a supporto. Secondo Malinverno (2005), quando l'inserimento degli Oss è realizzato in reparti dove si lavora in *team*, la motivazione degli operatori è elevata e gli errori si riducono. Più recentemente, Palese *et al.* (2010), osservando la composizione degli *staff* infermieristici con una proporzione di Oss vicina al 50% in alcune medicine del Nord Italia, hanno esplorato il rischio di allontanamento dell'infermiere dal letto del paziente. Dal

punto di vista teorico, infatti, se gli infermieri sono in pochi e gli Oss/Ossc sono più numerosi, le occasioni di contatto paziente/infermiere potrebbero essere meno frequenti, con rischi importanti sia per i pazienti (che sarebbero meno esposti alle cure infermieristiche) sia per gli infermieri (che potrebbero perdere alcune competenze cliniche, allenate dallo «stare» con i pazienti). Dai risultati dello studio, nonostante l'elevato numero di Oss, gli infermieri riescono a garantire ancora un'importante «presenza» verso i pazienti. Tuttavia, comprendere qual è la «soglia» di composizione dei *team* oltre la quale è bene non procedere, perché mette a rischio la relazione infermieri/pazienti, è ancora un aspetto da esplorare.

4. Discussione

Pur nei limiti di questa revisione che ha utilizzato un metodo narrativo in cui tre ricercatori hanno categorizzato le tematiche principali riportate nella letteratura scientifica e professionale italiana, il dibattito sugli operatori di supporto nei *team* appare complessivamente limitato. In particolare, non emergono dati su quanti Oss e Ossc sono stati formati negli anni: alcuni documenti riportano la presenza di circa 150 mila operatori, 20 mila occupati in Lombardia e circa 22 mila già formati ma non occupati (www.fpcgil.it, 2012). Sembra mancare, inoltre, una valutazione critica sui percorsi formativi: la formazione degli operatori di supporto è molto variabile da Regione a Regione. Non è pertanto possibile una valutazione più consistente del fenomeno anche al fine di elaborare direttive sui modelli formativi e organizzativi da sviluppare in futuro (Saiani *et al.*, 2011).

Sino a ora il dibattito ha approfondito le ragioni per cui si è generata, anche in Italia, l'esigenza di sviluppare gli operatori di supporto e gli aspetti legati al processo di inserimento basato su singoli strumenti (per esempio, *job description*). Limitata attenzione è stata invece dedicata alle esperienze di riprogettazione del sistema di cure infermieristiche. Negli altri paesi, quest'ultimo aspetto appare più sviluppato: secondo Potter e Grant (2004) quando il rapporto tra infermiere e operatore di supporto è di 1:1 (per esempio, per un gruppo di pazienti sono messi a disposizione un infermiere e un Oss/Ossc

dedicati), si registrano rispetto, conoscenza reciproca dei ruoli e migliori decisioni. Quando invece un operatore di supporto lavora con molti infermieri, aumentano i problemi comunicativi e il rischio di delega/attribuzione inappropriate. A tal fine, Krapohl e Larson (1996) hanno proposto tre modelli organizzativi di sistema in base ai quali inserire le figure di supporto:

- il modello clinico (infermieri e operatori di supporto formano un *team*, lavorano insieme e si prendono cura dello stesso gruppo di pazienti);

- il modello non clinico (gli operatori di supporto non forniscono assistenza ma sono loro affidati compiti di rifornimento di materiale, gestione delle chiamate dei pazienti, sistemazione dei carrelli, per liberare gli infermieri dai compiti di assistenza indiretta);

- il modello integrato (gli infermieri assumono il ruolo del *primary nurse* e si avvalgono del personale di supporto su chiamata mentre il personale di supporto non lavora in coppia fissa con quell'infermiere).

La questione della delega/attribuzione è stata, in assoluto, una delle tematiche maggiormente dibattute negli anni. La sua rilevanza sarà probabilmente crescente: con la seconda Conferenza Stato-Regioni del 2003, infatti, le competenze affidabili agli Oss si sono spinte verso attività di svolte di norma dagli infermieri (come, per esempio, la terapia). Tale avanzamento appare molto critico: la terapia non è una semplice tecnica ma è parte di un processo decisionale che include la valutazione delle condizioni del paziente, la valutazione degli effetti desiderati/avversi, la documentazione dell'attività e l'educazione. Mentre alcune Regioni hanno deciso di attivare la formazione complementare degli Oss verso queste competenze, altre non si sono ancora attivate e preferiscono limitare l'inserimento degli operatori di supporto nei reparti ospedalieri. Per questo, è utile considerare con attenzione quanto accade negli USA, dove l'esperienza è più consolidata. Il 40% del tempo lavoro degli infermieri statunitensi è dedicato alla somministrazione della terapia. Spazi di autonomia degli operatori di supporto sono definiti a due livelli:

– assistere (*assisting with*): quando è loro compito ricordare i pazienti di assumere la terapia, aprire i contenitori dei farmaci, versarli e aiutare nell'assunzione. Negli Stati di Washington, New Jersey, North Carolina e Oregon, ciò comprende genericamente leggere l'etichetta, controllare la dose, togliere il farmaco dal contenitore e osservare che il paziente assuma da solo la terapia (Mitty e Flores, 2007);

– somministrare (*administration of*): in Oregon, in cui vive il maggior numero di anziani degli USA, la legislazione è permissiva e consente agli operatori la somministrazione della terapia orale e insulinica senza delega alcuna, direttamente dagli operatori di supporto, da più di 25 anni (Mitty e Flores, 2007).

Confrontando con la situazione italiana, mentre agli Oss è concesso sostanzialmente il primo tipo di attività (possono, infatti, aiutare nella somministrazione), gli Ossc possono somministrare la terapia sotto la supervisione degli infermieri, aspetto che non rientra completamente nella seconda modalità possibile negli USA in cui, invece, sono autonomi. Tuttavia, dal 2003, anno in cui tale avanzamento è stato giuridicamente definito, vi sono poche esperienze a disposizione: quelle documentate indicano la scarsa fattibilità del trasferimento della terapia per via naturale nei contesti ospedalieri (Palese *et al.*, 2011; Palese *et al.*, 2012).

Rimane poco documentato, infine, il dibattito sugli effetti della presenza degli Oss nei *team* assistenziali: non vi sono, infatti, evidenze consistenti sulla qualità dell'assistenza erogata, sulla soddisfazione e sugli esiti clinici, e sui costi. Non vi sono informazioni se è aumentata la soddisfazione degli infermieri che hanno progressivamente trasferito una parte delle attività agli operatori di supporto e come hanno nel tempo rivisto il ruolo; come pure, non vi sono dati sulla soddisfazione degli operatori di supporto. L'analisi dell'efficacia dei *team* misti, per valutarne le ricadute e le criticità derivanti dalla compresenza di membri con profilo e identità professionale distinti, appare prioritaria. Due diverse prospettive emergono in quest'ottica (Mitchell *et al.*, 2011):

– la prima relativa ai processi decisionali di gruppo, sostiene che la diversità nella composizione professionale consente al *team* di accedere a una gamma più ampia di conoscenze utili con effetti benefici sulla *performance* (Williams e O'Reilly, 1998; Ancona e Caldwell, 1992; Bantel e Jackson, 1989; DeDreu e West, 2001). Si tratta di una prospettiva che pone l'accento sugli aspetti positivi (utilizzo delle diverse competenze), una posizione empiricamente suffragata in ambito sanitario da studi che mostrano come i *team* interprofessionali siano in grado di erogare migliori prestazioni ai pazienti (per esempio, Fay *et al.*, 2006; Mitchell *et al.*, 2011);

– la seconda prospettiva muove dalle teorie della *social identity* e della *social categorization* (Ashforth e Mael, 1989; Tajfel e Turner, 1986) e sostiene che la diversità all'interno di un *team* favorisce l'emergere di processi di categorizzazione sociale che, a loro volta, portano alla formazione di sotto-gruppi e fazioni. Si tratta, infatti, di una prospettiva che pone l'accento sugli aspetti negativi (conflittualità tra gruppi): i membri che condividono una serie di attributi tendono, infatti, ad auto-rappresentarsi come un sotto-gruppo omogeneo in base a stereotipi «interni» (*ingroup*) che li differenziano dal resto dei componenti (*outgroup*) (Hogg e Terry, 2000). Gli stereotipi *ingroup* attribuiscono caratteristiche positive ai membri del gruppo, che sono propensi a sviluppare tra loro rapporti di fiducia e interazioni positive, manifestando invece distanza e ostilità rispetto ai membri «esterni» (Tajfel, 1982; Williams e O'Reilly, 1998). Le fratture (*faultlines*; Lau e Murnighan, 1998) che così si determinano, generano effetti negativi sul clima e sulle prestazioni del gruppo.

L'evidenza empirica in ambito *healthcare* suggerisce come l'appartenenza a distinti gruppi professionali sia una condizione sufficiente ad attivare processi di categorizzazione sociale (Pietro, 2000). È perciò legittimo supporre che la presenza nei *team* clinici di Oss e Ossc accanto agli infermieri possa favorire l'emergere di fratture: alcuni autori italiani hanno, infatti, documentato la presenza di diffidenze e difficoltà al lavoro integrato (Di Giacomo e Santullo, 2005) mentre

autori stranieri (Jervis, 2001) hanno riportato la percezione degli operatori di supporto di doversi occupare solo di compiti non graditi da altri.

Nel caso particolare del rapporto tra infermieri e personale di supporto entrano in gioco ulteriori aspetti che riguardano la «minaccia all'identità professionale» (Steele *et al.*, 2002; Mitchell *et al.*, 2011; Weterhall, 2012). Gli infermieri, di fronte alla crescente rilevanza numerica del personale di supporto e del loro progressivo avanzamento, potrebbero percepire una serie di rischi riferiti alla «violazione» dei confini della professione stessa (per esempio, rispetto alla somministrazione della terapia). D'altra parte, lavorare in contesti in cui gli operatori di supporto sono numerosi e verso i quali è necessario esprimere una costante supervisione, non è facile. Il dibattito futuro anche per accompagnare i documenti di programmazione appena approvati (Bozza di Accordo, 2013; Proposta di Documento, 2013) dovrebbe quindi orientarsi con maggiore decisione sulle implicazioni che l'inserimento e l'attività del personale di supporto ha sulla natura interprofessionale di *team*, e descriverne gli effetti sui pazienti.

5. Conclusioni

La nascita e lo sviluppo degli operatori di supporto, una figura che ha appena compiuto i primi suoi dieci anni di storia, è stata affrontata prevalentemente nella relazione con gli infermieri: in futuro, il fenomeno dovrebbe essere analizzato in una più estesa prospettiva aziendale valutando anche i dati sulla quantità, formazione, ed effetti della presenza degli operatori di supporto nei *team* assistenziali anche per documentare quanto la nascita e lo sviluppo di questa figura contribuiscono a migliorare la qualità dell'assistenza.

Mentre negli altri Paesi sono stati individuati diversi modelli organizzativi facilitanti l'integrazione degli infermieri con gli Oss (come per esempio il «modello clinico»), in Italia la modellistica organizzativa non ha ancora ricevuto un'adeguata attenzione. Probabilmente, sono numerose le esperienze in corso nelle Regioni che hanno investito nella formazione e nell'as-

sunzione di operatori di supporto. Tuttavia, mancano evidenze sulle quali riflettere e sviluppare azioni future: gli effetti della separazione tra gruppi professionali sul funzionamento dei *team* e delle unità costituiscono un tema di indubbia rilevanza, in particolare per l'individuazione e gestione delle situazioni nelle quali la categorizzazione sociale potrebbe avere ripercussioni negative anche sui pazienti. Potrebbe emergere, infatti, l'esigenza da parte degli infermieri di «proteggere» il proprio *status* professionale e, specularmente, una «debolezza» degli operatori di supporto. Questi ultimi, infatti, accedono alla formazione in età avanzata, maggiore di quella degli infermieri, spesso a causa di percorsi formativi che non hanno aperto a opportunità di lavoro, oppure dopo aver perso il lavoro, con una propria identità professionale; numerosi, inoltre, sono cittadini non comunitari che ricoprono il ruolo di operatori di supporto con difficoltà di integrazione e adattamento lavorativo. Non da ultimo, le attività di assistenza di base (per esempio la mobilizzazione dei pazienti) li espone a un elevato rischio di inidoneità lavorativa. Per questa ragione, sarebbe importante dirigere il dibattito scientifico oltre alle tematiche sino a ora esplorate, per documentare gli effetti di *team* composti da infermieri e Oss/Ossc, sui pazienti e sul sistema.

Una particolare attenzione andrà sviluppata anche rispetto all'attribuzione/affidamento delle attività, una tematica affrontata nel nostro Paese con un approccio prevalentemente normativo e non nella sua componente di *leadership*, ovvero nel come gli infermieri possono guidare, orientare supervisionare e integrare l'attività degli operatori di supporto nei processi assistenziali. Negli altri paesi la *leadership* è inclusa tra i moduli irrinunciabili della formazione infermieristica di base. Qualora il nostro Paese prosegua nella direzione di *team* professionali compositi, caratterizzati da infermieri con diversi livelli di competenze (base, esperte o avanzate) e da Oss/Ossc, sarà cruciale riflettere anche su come sviluppare la *leadership*.

In sintesi, anche alla luce dei nuovi documenti di programmazione, dopo anni di vivace dibattito focalizzato su aspetti molto puntuali, emerge l'esigenza di sviluppare un

approccio di sistema, che individui a partire dai bisogni dei cittadini e dei contesti, quali sono i modelli organizzativi più efficaci e quali indicatori condividere a livello nazionale per monitorare gli effetti clinici e organizzativi della presenza di infermieri e di operatori di supporto.

Note sugli autori

Barbara Narduzzi, infermiere, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 «Medio Friuli»; Daniel Pittino, ricercatore confermato in Organizzazione Aziendale, Università degli studi di Udine; Alvisa Palese, professore associato in Scienze Infermieristiche, Università degli studi di Udine - alvisa.palese@uniud.it

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

- ANCONA D.G., CALDWELL D.F. (1992), «Demography and design: predictors of new product team performance», *Organization Science*, 3 (3), pp. 321-341.
- ASHFORTH B.E., MAEL F. (1989), «Social identity theory and the organization», *Academy of Management Review*, 14 (1), pp. 20-39.
- BANTEL K.A., JACKSON S.E. (1989), «Top management and innovations in banking. Does the composition of the top team make a difference?», *Strategic Management Journal*, 10 (S1), pp. 107-124.
- BENCI L. (2001), «L'Operatore socio-sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica», *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, 3, pp. 219-234.
- BENCI L. (2003), «L'Operatore socio-sanitario con formazione complementare: autonomia, dipendenza dall'infermiere e dall'ostetrica/o e responsabilità giuridica», *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, 6 (2), pp. 82-91.
- BETTINI L., ORSI M.C., LAZZARETTO G. (2005), «Il ruolo della formazione nell'agevolare il cambiamento organizzativo a seguito dell'inserimento dell'Oss», *Management Infermieristico*, 1, pp. 6-9.
- BIANCHI P., CAVALIERE B. (2003), «Un possibile quadro organizzativo per l'integrazione delle figure di supporto all'assistenza», *Management Infermieristico*, 4 (4), pp. 11-16.
- BOZZA DI ACCORDO (2013), ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.
- BUCCIONI D. (2006), «Progetto per l'inserimento dell'operatore socio-sanitario con formazione complementare in una unità operativa di emodialisi», *L'infermiere*, 5, pp. 11-12.
- CALAMANDREI C. (2001), «L'inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto», *Management Infermieristico*, 4, pp. 16-23.
- CASIRAGHI L. (2000), «L'inserimento dell'Operatore socio-sanitario nei servizi sanitari territoriali e domiciliari nelle Rsa», *Nursing Oggi*, 4, pp. 10-12.
- CIRIO L., CENTINI G. (2003), «Gli Oss secondo il parere dei futuri infermieri», *Nursing Oggi*, 2, pp. 26-30.
- CONFERENZA STATO-REGIONI, seduta del 16 gennaio 2003. Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura dell'operatore socio-sanitario.
- D'ADDIO L., LIPPARINI L. (2003), «Personale di supporto all'assistenza: risorsa o vincolo per l'infermiere? » *Professioni Infermieristiche*, 56 (1), pp. 40-45.
- DEDREU C., WEST M. (2001), «Minority dissent and team innovation: the importance of participation in decision-making», *Journal of Applied Psychology*, 86 (6), pp. 1191-1201.
- DESTREBECQ A. (2000), «Governare l'introduzione della figura di supporto in ospedale nell'ottica della valorizzazione dell'assistenza infermieristica», *Nursing Oggi*, 4, pp. 9-10.
- DI GIACOMO P., SANTULLO A. (2005), «Emergenza infermieristica e personale di supporto: soluzione o concorrenza?», *Management Infermieristico*, 3, pp. 22-29.
- FABBRO C., FANTON E., PALESE A. (2005), «Nuove competenze infermieristiche e impiego degli operatori di supporto in sala operatoria: il dibattito internazionale», *Management Infermieristico*, 1, pp. 29-34.
- FAY D., BORRILL C., AMIR Z., HAWARD R., WEST M. (2006), «Getting the most out of multidisciplinary teams: a multi-sample study of team innovation in health care», *Journal of Occupation and Organizational Psychology*, 79 (4), pp. 553-567.
- HOGG M.A., TERRY D.J. (2000), «Social identity and self-categorization processes in organizational context», *Academy of Management Review*, 25 (1), pp. 121-140.
- JERVIS L.L. (2001), «The pollution of incontinence and the dirty work of care giving in a U.S. nursing home», *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (1), pp. 84-99.
- KRAPOL G.L., LARSON E. (1996), «The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery», *Nursing Economics*, 14 (2), pp. 99-110.
- LAQUINTANA D. (2000), «Gli Operatori socio-sanitari: problemi e prospettive per il cambiamento di ruolo dell'infermiere», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 19 (2), pp. 108-111.
- LAU D.C., MURNIGHAN J.K. (1998), «Demographic diversity and faultlines: the compositional dynamics of organizational groups», *Academy of Management Review*, 23 (2), pp. 325-340.
- LEALE T., SUBBRERO M., MORETTO C. (2000), «Inserimento del tirocinante Oss in un servizio di cure domiciliari: elaborazione di una procedura secondo le norme di qualità - UNI EN ISO 9000: 2000», *Nursing Oggi*, 3, pp. 30-38.
- MALINVERNO E. (2005), «Infermiere e Oss: i risultati di un'esperienza di integrazione clinica e organizzativa», *Nursing Oggi*, 3, pp. 35-42.
- MATARESE M. (2000), «Infermieri, operatori di supporto e delega delle attività assistenziali: un campo nuovo di ricerca e formazione per l'infermiere del 2000», *Nursing Oggi*, 4, pp. 5-9.
- MITCHELL R.J., PARKER V., GILES M. (2011), «When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness», *Human Relations*, 64 (10), pp. 1321-1343.
- MITTY E., FLORES S. (2007), «Assisted living nursing practice: medication management, supervision and monitoring of medication administration by Unlicensed assistive personnel», *Geriatric Nursing*, 28, pp. 153-160.

- MONZECCHI S., D'ADDIO L. (2003), «L'inserimento delle figure di supporto nelle Rsa», *Management Infermieristico*, 4, pp. 17-29.
- MUNERATI F., SALMASO D. (2003), «Il percorso di integrazione tra infermieri e figure di supporto. L'esperienza nella Aulss 16 di Padova», *Professioni Infermieristiche*, 56 (1), pp. 46-57.
- PACIFICO C., PROIETTI L. (2006), «Operatore socio-sanitario: indagine conoscitiva sulle conoscenze dell'infermiere rispetto a questa figura», *Professioni Infermieristiche*, 59 (3), pp. 183-188.
- PAGIUSCO G., PADOVAN M. (2004), «Il modello di assistenza personalizzata e l'inserimento dell'Oss», *Management Infermieristico*, 2, pp. 19-27.
- PALESE A. (2001), «Per una carenza sempre meno e solo infermieristica», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 20, pp. 58-60.
- PALESE A., BREZIL F., COIZ F. (2010), «L'interazione (e il tocco) tra infermieri-pazienti e tra Oss-pazienti nella pratica infermieristica quotidiana: studio comparativo», *International Nursing Perspective*, 10 (2), pp. 45.
- PALESE A., IACUZZI S., GENNARI M. (2003), «Il processo di attribuzione delle attività agli operatori di supporto: indagine descrittiva in un dipartimento di medicina», *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, 6 (3), pp. 155-166.
- PALESE A., BRESCIANI F., BRUTTI C., CHIARI I., FONTANA L. E COLL. (2012), «I progetti gestiti dai Coordinatori: analisi del loro profilo e successo», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 31 (4), pp. 177-183.
- PALESE A., MESAGLIO M., NARDUZZI B., BELLOT A., VESCA R., GUARDINI I., NOACCO S., SBAIZ D., SALMASO D. (2012), «Criteria for delegating the safe hospital administration of drug therapy via natural route to nurses aids in hospital», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 31 (4), pp. 228-33.
- PALESE A., SALMASO D., MESAGLIO M., DEL FORNO M., VESCA R., GUARDINI I., SBAIZ D., NARDUZZI B., BELLOT A., DEROMA L. (2010), «Protocollo di ricerca Sfato - Studio di fattibilità dell'inserimento-affidamento terapia via naturale - dell'Operatore socio-sanitario con formazione complementare nelle équipes assistenziali ospedaliere», *Scenario*, 27, pp. 11-16.
- PEGORARO F. (2005), «Inserimento nell'equipe assistenziale dell'Oss con formazione complementare in assistenza sanitaria», *Management Infermieristico*, 4, pp. 26-35.
- PICOOGNA M. (2004), «L'Oss nell'azienda ospedaliera: indagine sull'allocazione delle risorse», *Management Infermieristico*, 4, pp. 18-26.
- PIETRO D., SHYAVITZ L., SMITH R., AUERBACH B. (2000), «Detecting and reporting medical errors: Why the dilemma?», *British Medical Journal*, 320 (7237), pp. 794-796.
- POTTER P., GRANT E. (2004), «Understanding Rn and Unlicensed assistive personnel working relationship in designing care delivery strategies», *Journal of Nursing Administration*, 34 (1), pp. 19-25.
- PROPOSTA DI DOCUMENTO (2013), «Tavolo Ministero-Regioni su ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore socio-sanitario».
- SAIANI L., FRANCESCHINI M. (2000), «Il dibattito negli USA sulla "delega" delle attività assistenziali», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 19 (2), pp. 91-96.
- SAIANI L., GUARNIER A., BARELLI P., ZAMBIASI P., ALLEGRI E., BAZOLI L., CASSON P., MAGON G., MARIN M., PADOVAN M., PICOOGNA M., TADDIA P., SALMASO D., CHIARI P., MAROGNOLLI O., PALESE A. (2011), «Recommendations and Italian standards for setting safe staff nursing levels in hospitals: results of a consensus conference», *Igiene e Sanità Pubblica*, 67, pp. 777-92.
- SILVESTRO A. (2000), «Le attività delegabili ad altre figure: la percezione degli infermieri», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 19 (2), pp. 100-107.
- SNAIDERO D. (2003), «Dall'ausiliario all'Operatore socio-sanitario: analisi storico-giuridica delle figure di supporto all'assistenza», *Management Infermieristico*, 2, pp. 43-48.
- STEELE C.M., SPENCER S.J., ARONSON J. (2002), «Contending with group image: the psychology of stereotype and social identity threat», *Advances in Experimental Social Psychology*, 34, pp. 379-440.
- STRINGHETTA F., DALPONTE A., PALESE A. (2012), «Evoluzione della carenza infermieristica e strategie adottate per affrontarla: studio longitudinale in undici aziende sanitarie», *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 31 (4), pp. 200-206.
- TAJFEL H. (1982), *Social identity and intergroup relations*, *European studies in Social Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- TAJFEL H., TURNER J.C. (1986), «The social identity theory of intergroup conflict», in S. Worchel and W.G. Austin (eds), *Psychology of intergroup relations*, Nelson-Hall Chicago, pp. 7-24.
- WETHERALL C. (2012), «Call yourself a nurse? Time to get precious», *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 2809-2811.
- WILLIAMS K.Y., O'REILLY C.A. (1998), «Demography and diversity in organizations: a review of 40 years of research», in B.M. Staw and L.L. Cummings (eds), JAI Press Inc., London, pp. 77-140.
- WWW.FPCGIL.IT, «Informativa tavolo tecnico e iter per elaborazione bozza documento ministeriale sull'Oss», ultimo accesso il 5 dicembre 2012.

La cultura della sicurezza nei contesti sanitari: significati e rappresentazioni dei professionisti sanitari

T. MANCINI, L. CARICATI, S. BELLINI, M. BIANCONCINI, P. FERRI, C. GUIDI, M. IEMMI, E. MELEGARI, M. P. PADALINO, C. PRANDI, A. SOLLAMI, C. TAFFURELLI, G. ARTIOLI

Despite a growing interest on the concept of Safety Culture may be recognized in Italy, the effectiveness of safety governance policies that have been recently activated inside hospitals cannot ignore the knowledge of the way in which healthcare specialists identify safety. Through free-word association to the stimulus «safety is», healthcare specialists' beliefs about what safety should be, the way in which safety should be put in place and on what safety depends have been explored. Results indicate that the concept of «safety» refers more to the individual actions than to a deep-rooted and shared culture permeating health care environment. Professionals are aware that their actions must be oriented to the patient safety, but they share a limited view of the construct of safety culture.

Keywords: patient safety culture, safety governance, professionalism, healthcare professionals

Parole chiave: cultura della sicurezza del paziente, safety governance, professionalità, professionisti sanitari

Note sugli autori

Si veda a fine articolo.

1. Introduzione

La sicurezza del paziente rappresenta oggi, a livello internazionale, una delle principali sfide da affrontare per le istituzioni governative e per le organizzazioni sanitarie. In letteratura l'importanza di considerare la Cultura della sicurezza del paziente (Cps) all'interno del settore sanitario è ampiamente accettata e ben documentata (Pace, 2007; Pronovost, Sexton, 2005; Singer, Meterko, Baker, Gaba, Falwell, Rosen, 2007), in particolare per quanto riguarda il contesto anglosassone. Secondo Reason e Hobbs (2003), la Cps riflette la capacità dei professionisti e delle organizzazioni di far fronte ai rischi e ai pericoli, al fine di evitare danni o perdite e di raggiungere i propri obiettivi. Piotrowski e Hinshaw (2002) definiscono la Cps come un ambiente che incoraggia la raccolta dei dati e la comunicazione, riducendo le attribuzioni di colpa e stimolando l'impegno della *leadership* a questi propositi. Secondo la *British health and safety commission* (1993), la cultura della sicurezza può essere definita come «the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization's health and safety management». Secondo questa definizione «organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety and by confidence in the efficacy of preventive measure» (p. 23). In una recente revisione

SOMMARIO

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

sul tema, effettuata considerando 14 articoli (Feng, Bobay, Weiss, 2008), gli autori hanno riscontrato un certo consenso attorno a questa definizione. In particolare, essi concordano sul fatto di considerarla come un sottoinsieme della cultura organizzativa e formata dai valori e dalle convinzioni in materia di sicurezza dei pazienti, all'interno di organizzazioni finalizzate all'assistenza sanitaria. È stato sostenuto, inoltre, che la presenza di una cultura orientata alla promozione della sicurezza all'interno dei servizi sanitari sia un importante e necessario precursore per il miglioramento della sicurezza del paziente. In questo senso, per garantire la sicurezza, è essenziale che nel professionista sanitario sia ben presente la consapevolezza di quanto ciascuno può e deve agire attivamente anche sul versante della sicurezza oltre che in relazione agli specifici aspetti di natura clinico-assistenziale. In quest'ottica, il contributo di ciascun professionista sanitario dovrà essere quello di assumere un ruolo attivo nell'individuazione e segnalazione degli eventi, con particolare riferimento alle insufficienze latenti e ai «quasi errori».

1.1. La situazione in Italia

In linea con molte nazioni, anche in Italia è possibile rilevare un interesse e una considerazione crescenti verso il concetto di cultura della sicurezza. Lo si desume considerando sia i documenti nazionali, sia quelli regionali, sia quelli aziendali (Ghirardini, Murolo, Palumbo, 2009). Da alcuni anni, infatti, si evidenzia da parte delle aziende sanitarie il passaggio da un approccio protezionistico, basato prevalentemente su interventi di natura amministrativa e su una buona copertura assicurativa, a un approccio proattivo e sistemico (già molto sviluppato nei paesi anglosassoni) dove lo sviluppo di una cultura in grado di promuovere la sicurezza del paziente è una delle principali sfide da porre in essere. Per esempio, il piano sanitario nazionale 2006-2008 (Ministero della Salute, 2006) cita: «Una gestione efficace del rischio clinico presuppone che tutto il personale sia consapevole del problema, che sia incoraggiata la segnalazione degli eventi e che si presti attenzione ai reclami e al punto di vista dei pazienti. Le strategie di gestione del rischio clinico devono utilizzare

un approccio pro-attivo, multi-disciplinare, di sistema, e devono prevedere attività di formazione e monitoraggio degli eventi avversi» (p. 57). Malgrado questo, le ricerche realizzate in Italia sul tema della Cps sono ancora in numero limitato (Albolino, Tartaglia, Bellandi, Amicosante, Bianchini *et al.*, 2010; Bagnasco, Tibaldi, Chirone, Chiaranda, Panzone *et al.*, 2011; Ghirardini, Murolo, Palumbo, 2009) e, a tutt'oggi, modalità codificate e sistematiche per la sua valutazione sono solo in via di sviluppo (si veda, per esempio, Brusoni, Deriu, Panzeri, Trincherò, 2009; Sollami, Caricati, Bianconcini, Guidi, Mancini, 2011).

In Italia, quindi, quello della cultura della sicurezza sembra un tema che necessita ancora di studi e analisi, sia per definirne i significati che i professionisti vi attribuiscono, sia per costruire strumenti di misura in grado di darne una valutazione in termini di diffusione, applicazione e efficacia. Come sostengono Bagnasco e collaboratori (2011), in Italia «we are still coping with the consequences of the “Culture of Blame”» (p. 1194). La ricerca qui presentata vuole fornire un contributo in questa direzione.

2. Obiettivi

All'interno di questo scenario, la ricerca si è posta come obiettivo quello di studiare cosa i professionisti sanitari pensano della sicurezza del paziente, per esempio come debba essere messa in pratica e da cosa dipenda, ossia rilevare i loro «modelli mentali» sulla sicurezza del paziente. Il termine «modelli mentali» indica l'insieme delle rappresentazioni semantiche di un insieme finito di oggetti e delle relazioni fra gli oggetti stessi (Johnson-Laird, 1989). Secondo la teoria dei modelli mentali, la conoscenza e il ragionamento degli individui non seguono le regole della logica formale, ma si basano sulla costruzione e manipolazione di insiemi di significati applicabili agli oggetti esterni. Come la letteratura ha ampiamente verificato, l'approccio ai «modelli mentali» (Fishoff, Botrom, Quadre, 2000) è considerato oggi uno dei più efficaci per lo sviluppo di interventi di comunicazione dei rischi (Bostrom, Atman, Fishhoff, Morgan, 1994) in quanto, data una particolare fonte di rischio, permette di identificare le credenze corrette

e quelle ingenuità di una determinata popolazione e di integrarle con le informazioni scientifiche. Fornendo conoscenze rispetto ai sistemi di riferimento che i professionisti sanitari usano per attribuire un senso all'innatismo e per classificare circostanze, eventi e individui relativamente alla sicurezza del paziente, lo studio della rappresentazione che i professionisti condividono in materia di sicurezza costituisce, quindi, il primo passo verso lo sviluppo di un approccio proattivo e sistematico in grado di promuovere anche in Italia lo sviluppo di una cultura di sicurezza del paziente.

Più nello specifico, questa ricerca si è posta l'obiettivo di individuare, attraverso l'analisi della frequenza dei termini liberamente associati alla parola stimolo «sicurezza», quali sono i significati collegati a questo costrutto. In particolare, gli obiettivi erano:

1) studiare quali sono i criteri con cui i partecipanti danno senso e organizzano mentalmente questi significati;

2) rilevare quali sono le rappresentazioni o modelli mentali condivisi dai partecipanti;

3) analizzare se i partecipanti provenienti da contesti sanitari diversi, con una diversa esperienza professionale e con un diverso ruolo, esprimono rappresentazioni diverse in merito a ciò che per loro significa «sicurezza».

3. Materiali e metodi

Lo strumento utilizzato è un questionario articolato in due parti. Nella prima parte, attraverso l'utilizzo del metodo delle libere associazioni, è stato esplorato il contenuto e il campo semantico delle rappresentazioni della sicurezza (modelli mentali) chiedendo agli intervistati di scrivere «senza pensarci troppo» fino a 10 parole (o brevi frasi) evocate dallo stimolo «La sicurezza è ...». Il metodo delle libere associazioni a una parola-stimolo è parte integrante degli strumenti di analisi qualitativi, ed è sempre più spesso utilizzato nello studio dei campi rappresentazionali di oggetti sociali e dei processi socio-psicologici sottostanti. Questo metodo, permettendo l'accesso ai contenuti più profondi delle rappresentazioni o dei modelli mentali, rappresenta una tecnica privilegiata per lo studio dei significati che gli individui attribuiscono

alla realtà che li circonda e delle modalità con le quali essi vi si rapportano (De Rosa, 1995; Flament, Rouquette, 2003).

Nella seconda parte sono stati raccolti alcuni dati socio-anagrafici dei partecipanti.

Lo strumento è stato preliminarmente somministrato a un piccolo campione di professionisti per valutarne la comprensibilità. Lo strumento è stato infine distribuito a infermieri, fisioterapisti, ostetriche di ruolo delle 51 Unità operative estratte in modo casuale dalla rosa delle unità operative selezionate attraverso un campionamento per quote nell'ambito di quattro macro aree (chirurgica, sale operatorie, medica e materno-infantile) di 5 aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna (Azienda Usl di Bologna, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e Aziende ospedaliere-universitarie di Ferrara, Modena e Parma). In ogni azienda, la compilazione dei questionari è avvenuta per auto somministrazione in un arco temporale di circa 1 mese.

Si è scelto di considerare solo i professionisti sanitari non medici per diverse ragioni. In primo luogo, il fatto che questi professionisti, negli ultimi anni, stanno vivendo una progressiva e continua professionalizzazione la quale comporta maggiori competenze e maggiori responsabilità, anche in materia di sicurezza del paziente. In secondo luogo, il fatto che i professionisti non medici, in virtù del proprio ruolo, passano più tempo accanto al paziente di quanto facciano i medici, rendendoli quindi osservatori privilegiati di ciò che accade attorno al tema della sicurezza del paziente. Per esempio, nel 2010, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms, 2010) ha inserito fra gli obiettivi strategici di rafforzamento dei servizi infermieristici, l'inserimento di programmi educativi standardizzati rivolti alle competenze infermieristiche legate alla sicurezza del paziente. Inoltre, mentre nella letteratura sulla sicurezza l'errore medico e il *risk management* rispetto alla figura del medico è relativamente ampia, le ricerche che riguardano le professioni sanitarie non mediche sono relativamente scarse, anche in virtù dei recenti sviluppi di queste professioni ai quali si è accennato in precedenza. Per questi motivi, si è scelto di focalizzare l'attenzione di questa ricerca sui professionisti sanitari non medici.

3.1. Partecipanti

Sono stati distribuiti 978 questionari in totale e il tasso di risposta medio è stato del 70,1%, distribuito nelle varie aziende come rappresentato in **tabella 1**.

I partecipanti che hanno restituito il questionario sono in totale 686 dei quali 508 hanno completato la parte relativa alle libere associazioni. Di questi ultimi, il 14,8% sono maschi e l'86,4% femmine (14 non hanno riportato il sesso). Il 20,8% dei partecipanti ha un'età compresa fra i 20 e i 30 anni, il 40,1% fra 31 e i 40 anni, il 33,2% fra 41 e 50 anni mentre il 4,7% ha un'età superiore ai 50 anni (6 partecipanti non hanno riportato la propria età). La maggior parte sono infermieri (87,2%). Il *range* dell'anzianità di servizio si distribuisce da meno di un anno di attività lavorativa a più di 20 anni, con una maggioranza (60%) che lavora da più di 11 anni.

3.2. Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati elaborati attraverso procedure di analisi lessicale con il supporto del *software T-lab* (Lancia, 2004).

Sul vocabolario costruito sono state condotte due tipologie di analisi. Una prima, più descrittiva, nella quale sono state prese in considerazione le frequenze assolute dei lemmi identificati dal programma come «parole-chiave», in modo tale da osservare quali fossero i termini evocati con maggior forza dalla parola-stimolo «sicurezza». La seconda tipologia di analisi utilizzata è quella delle corrispondenze lessicali (Bolasco, 1999; Lebart, 1994), un tipo di analisi fattoriale che attraverso le co-occorrenze tra le parole-chiave contenute nel vocabolario permette di individuare nuove dimensioni latenti che hanno la proprietà di riassumere in maniera sintetica l'informazione contenuta nella

tabella di dati originaria. L'insieme delle posizioni delle parole chiave rispetto alle dimensioni estratte dall'analisi rappresenta lo spazio semantico associato a una particolare parola stimolo (in questo caso, «sicurezza»). Nel lavoro presente, l'analisi delle dimensioni estratte è stata utilizzata per rilevare i criteri utilizzati dai partecipanti per dare senso e organizzare mentalmente i significati associati al termine «sicurezza» (obiettivo a). Sulle coordinate delle parole sulle dimensioni estratte dall'analisi delle corrispondenze è stata poi eseguita un'analisi dei *cluster* al fine di individuare raggruppamenti di parole che fossero fra loro simili (entro i *cluster*) e contemporaneamente diverse dagli altri raggruppamenti (*inter cluster*), cioè per rilevare i modelli mentali dei partecipanti (obiettivo b).

Infine, per analizzare le differenze tra partecipanti provenienti da contesti sanitari diversi, con una diversa esperienza professionale e con un diverso ruolo, le variabili illustrative (professione = infermieri, ostetrici e fisioterapisti; area di lavoro = materno-infantile, medicina, comparto operatorio e chirurgia; anzianità di servizio) sono state proiettate sul piano fattoriale e utilizzate per la descrizione dei *cluster* (obiettivo c).

4. Risultati

Il vocabolario ottenuto attraverso i 508 questionari compilati è costituito da 4225 parole raggruppabili in 1282 forme. Considerando la soglia minima di frequenza (5), il *corpus* totale analizzato è composto di 2850 parole raggruppate in 187 parole-chiave differenti. A livello puramente descrittivo, emergono 27 parole-chiave (mostrate in **tabella 2**) con frequenza maggiore o uguale a 25 (questa frequenza è stata scelta perché

Tabella 1

Questionari distribuiti, raccolti e tasso di risposta per azienda

Azienda	Questionari distribuiti	Questionari raccolti	Tasso di risposta (%)
Azienda ospedaliera Reggio Emilia	228	176	77,2
Aou Parma	195	103	52,8
Aou Modena	138	110	79,7
Aou Ferrara	163	139	85,3
Azienda UsI Bologna	254	158	62,2
Totale	978	686	70,1

permette di rappresentare circa il 50% delle occorrenze totali dell'intero *corpus* analizzato).

Osservando la tabella 2, si nota come siano maggiormente citate le parole «malato» (129), «lavoro» (110) e «personale» (79), mentre parole come «conoscenza» (34) e «attenzione» (30) hanno una frequenza relativamente bassa rispetto alle altre. Inoltre, parole come «responsabilità» (28) e «professionalità» (25) non risultano le prime parole che i partecipanti evocano quando pensano al termine sicurezza.

La seconda analisi realizzata, quella delle corrispondenze, ha evidenziato la presenza di tre dimensioni lungo le quali si organizza il campo semantico associato al concetto di sicurezza. La prima dimensione, denominata «possibilità di fare un buon lavoro» (varianza spiegata = 2,28%) è caratterizzata da due semi-assi che sono stati definiti «ambiente professionale» vs. «dotazione logistica/strumentale». Questa dimensione descrive la «sicurezza» come la possibilità di fare un buon lavoro avendo un ambiente con caratteristiche strutturali adeguate e/o la necessaria dotazione strumentale. La **tabella 3** mostra alcune parole-chiave con valore *t*est maggiore di 1,96 o minore di -1,96 (ai quali è associata una probabilità $p = 0,5$). Come si nota, fra le parole-chiave che partecipano maggiormente alla costruzione del semiasse con coordinate negative («ambiente professionale») del primo fattore ritroviamo termini come «tranquillità», «collaborazione», «professionalità», «personale», «fiducia», mentre, fra quelli che partecipano maggiormente alla costruzione del semiasse con coordinate positive («dotazione logistica/strumentale») troviamo termini quali «finestra», «campanello», «spondina», «dispositivi di protezione individuale», «poltrona». Per quanto riguarda le variabili illustrative, appare come siano i partecipanti che lavorano nell'area materno infantile o che hanno un'anzianità di servizio maggiore di 20 anni a posizionarsi in misura maggiore nel lato della «dotazione logistica/strumentale», mentre nel lato «ambiente professionale», sono sovra-rappresentati i professionisti dell'area chirurgica e le ostetriche.

La seconda dimensione è stata denominata «azione efficace» (varianza spiegata = 1,73%) ed è composta da due semi-assi

Lemma	Occorrenza	%
Malato	129	4,53
Lavoro	110	3,86
Personale	79	2,77
Tranquillità	69	2,42
Adeguate	65	2,28
Presidi	64	2,25
Dispositivi di protezione individuale (Dpi)	61	2,14
Protezione	61	2,14
Lavorare	57	2,00
Collaborazione	51	1,79
Operatore	50	1,75
Norma	44	1,54
Ambiente	43	1,51
Rispetto	36	1,26
Conoscenza	34	1,19
Attenzione	33	1,16
Dispositivi	33	1,16
Ausilio	30	1,05
Procedura	30	1,05
Rischio	30	1,05
Responsabilità	28	0,98
Turno	28	0,98
Aggiornamento	27	0,95
Evitare	27	0,95
Controllo	26	0,91
Professionalità	25	0,88
Tutela	25	0,88

definiti come «agire individuale» vs. «applicazione leggi e norme». In sintesi, la «sicurezza» viene descritta come la possibilità di espletare un'azione efficace, sia come azione individuale del professionista, sia come applicazione di leggi e norme in materia di sicurezza. Come si nota dalla **tabella 4**, i termini più significativi che identificano il semiasse «agire individuale» sono: «certezza», «fiducia», «garanzia», «affidabilità», «professionalità», «competenza e responsabilità dell'operatore»; nel semiasse «applicazioni di leggi e norme», invece, i termini principali sono: «caduta», «barriera», «anti infortunistica», «architettonico», «infezione». In questo caso, sono i professionisti che

Tabella 2
Parole-chiave
con frequenza maggiore
o uguale a 25

Tabella 3

Parole-chiave, variabili illustrative e relativi valori test del primo fattore «possibilità di fare un buon lavoro»

Dotazione logistica/strumentale		Ambiente professionale	
Lemma	Valore test	Lemma	Valore test
Finestra	14,60	Tranquillità	- 3,54
Caldo	13,86	Collaborazione	- 2,92
Mamma	13,79	Fiducia	- 2,86
Poltrona	13,71	Professionalità	- 2,85
Scala	12,80	Protezione	- 2,58
Porta	12,14	Competenza	- 2,50
Spondina	12,11	Certezza	- 2,50
Dpi	10,72	Responsabilità	- 2,50
Ausilio	10,15	Conoscenza	- 2,47
Distrazione	8,97	Personale	- 2,40
Campanello	4,22	Malato	- 2,18
Infettivo	3,03	Lavorare	- 2,13
Illustrative	Valore test	Illustrative	Valore test
Area materno-infantile	3,35	Area chirurgie	- 2,09
Anzianità di servizio > 20 anni	2,12	Ostetriche	- 2,99

Tabella 4

Parole-chiave, variabili illustrative e relativi valori test del secondo fattore «azione efficace»

Applicazione norme e leggi		Agire individuale	
Lemma	Valore test	Lemma	Valore test
Caduta	13,63	Tranquillità	- 6,75
Accidentale	13,32	Certezza	- 6,53
Infezione	12,24	Fiducia	- 5,89
Ospedaliero	10,45	Garanzia	- 5,61
Barriera	6,00	Professionalità	- 4,90
Architettonico	5,86	Benessere	- 4,29
Farmaco	5,03	Collaborazione	- 4,26
Ago	4,70	Affidabilità	- 4,15
Contenzione	4,41	Protezione	- 4,12
Tutelare	4,06	Competenza	- 3,95
Patologia	3,99	Finestra	- 3,79
Infortunio	3,88	Poltrona	- 3,58
Illustrative	Valore test	Illustrative	Valore test
Area medicine	2,26	Area materno-infantile	- 3,31
Fisioterapisti	4,26	Ostetriche	- 3,94

lavorano nell'area delle medicine o che sono fisioterapisti a essere maggiormente rappresentati nel semiassi «applicazione di norme e leggi», mentre nell'altro semiassi «agire individuale» risultano più presenti le ostetriche o i professionisti dell'area materno-infantile. La **figura 1** mostra l'incrocio dei primi due fattori con le proiezioni dei lemni con valore test più elevato.

A ben vedere, questa dimensione si differenzia da quella precedente (possibilità di fare un buon lavoro) in particolare per il tipo di agente responsabile della sicurezza. Nella prima dimensione la sicurezza viene ricondotta a un contesto che permette di agire in sicurezza, nella seconda dimensione, invece, la sicurezza viene ricondotta alla capacità/possibilità di agire, individualmente come professionisti, in sicurezza.

La terza dimensione individuata, infine, è stata denominata «prevenzione» (varianza spiegata = 1,63); i due semi-assi che la compongono sono stati chiamati «aspetti gestionali/organizzativi» vs. «evitare l'evento avverso». La «sicurezza» viene vista come legata alla prevenzione che, a sua volta, è ricondotta, da un lato, agli aspetti gestionali e organizzativi, dall'altro all'impegno personale nell'evitare l'evento avverso. Osservando la **tabella 5**, si può notare che nel semiassi «aspetti gestionali» troviamo termini quali «personale», «operatore», «turni adeguati», «carico», «lavoro», ossia parole che rinviano a una adeguatezza fra personale, turni e carico di lavoro. Nel semiassi «evitare l'evento avverso», invece, troviamo termini come «tutelare», «pericolo», «provocare», «sentire», «danni». Per quanto riguarda le variabili illustrative, si può notare come i professionisti che hanno un'anzianità di servizio minore di un anno si collochino nel semiassi «aspetti gestionali», mentre sull'altro semiassi non si evidenziano sovra-rappresentazioni specifiche. La **figura 2** mostra l'incrocio del secondo fattore con il terzo e le proiezioni dei lemni con valore *test* più elevato.

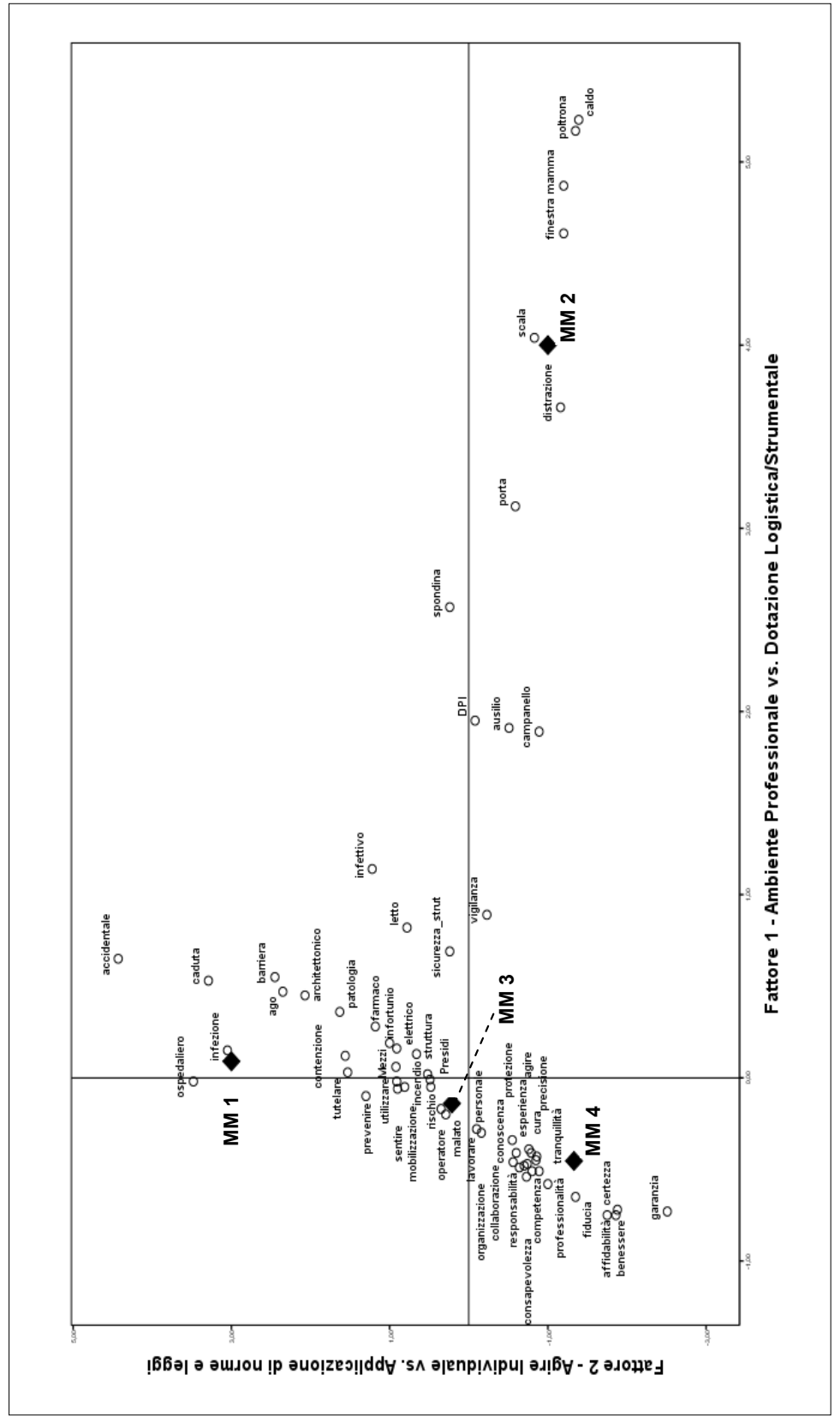
L'analisi dei *cluster* effettuata sui tre fattori ricavati dall'analisi delle corrispondenze, ha permesso di individuare 4 *cluster*, rappresentati nelle figure 1 e 2 come rombi. Ciascuno di questi *cluster* rappresenta quattro diversi modelli mentali che i partecipanti hanno associato alla sicurezza rispetto ai propri contesti lavorativi. Il primo modello

(che raccoglie il 6,35% dei partecipanti) esprime un'idea della sicurezza legata all'adeguatezza delle strutture lavorative che devono essere in grado sia di prevenire eventuali incidenti (caduta, $\chi^2 = 178,15$; accidentale, $\chi^2 = 172,48$; provocare, $\chi^2 = 98,88$; danni, $\chi^2 = 110,89$; infezioni $\chi^2 = 53,07$), sia di venire incontro alle necessità dei pazienti (antifortunistica, $\chi^2 = 50,11$; barriera, $\chi^2 = 50,11$; architettonica, $\chi^2 = 35,67$; prevenire, $\chi^2 = 33,23$; pericolo, $\chi^2 = 29,23$). Per quanto riguarda le variabili illustrative, questo modello sembra essere condiviso in modo particolare dai professionisti dell'area delle medicine ($\chi^2 = 17,65$) e dai fisioterapisti ($\chi^2 = 4,54$). Il secondo modello mentale (2,41% dei partecipanti) comprende le parole che fanno riferimento alla sicurezza come possibilità di avere una dotazione adeguata (finestre, $\chi^2 = 300,30$; ausili, $\chi^2 = 271,44$; poltrona, $\chi^2 = 260,88$; Dispositivi di protezione individuale (Dpi), $\chi^2 = 160,41$). In questo modello sono sovra rappresentati i professionisti dell'area materno-infantile ($\chi^2 = 17,99$) e quelli con un'anzianità di servizio maggiore di 20 anni ($\chi^2 = 6,93$). Il terzo modello mentale (68,71% dei partecipanti), invece, sembra far riferimento agli aspetti organizzativi che possono promuovere un'azione efficace (turno, $\chi^2 = 7,71$; lavoro, $\chi^2 = 7,33$; presidi, $\chi^2 = 5,87$; personale, $\chi^2 = 5,79$). Nessuna delle variabili illustrative considerate è sovra-rappresentata in questo modello. Il quarto modello mentale (22,54% dei partecipanti), infine, raggruppa quelle parole che sembrano riferirsi alla sicurezza come all'azione del professionista, quale garante del paziente (professionalità, $\chi^2 = 80,35$; competenza, $\chi^2 = 42,44$; responsabilità, $\chi^2 = 32,42$; tutela, $\chi^2 = 30,14$; garanzia, $\chi^2 = 29,16$), in grado di collaborare con gli altri (tranquillità, $\chi^2 = 120,87$; fiducia, $\chi^2 = 85,45$; collaborazione, $\chi^2 = 50,41$). Questo modello sembra essere condiviso in particolare dai professionisti dell'area materno-infantile ($\chi^2 = 40,85$) e delle sale operatorie ($\chi^2 = 7,73$), dagli ostetrici ($\chi^2 = 32,48$) e dagli infermieri ($\chi^2 = 12,99$) e dai professionisti con un'anzianità di servizio fino a 20 anni ($\chi^2 = 12,77$).

5. Discussione e conclusioni

Lo scopo di questo lavoro era di studiare un aspetto ancora poco analizzato, almeno a li-

Figura 1
Spazio bidimensionale individuato dai fattori 1 e 2



Evitare l'evento avverso		Aspetti gestionali-organizzativi	
Lemma	Valore test	Lemma	Valore test
Sentire	11,95	Personale	- 3,53
Tutelare	11,78	Adeguate	- 3,46
Provocare	11,69	Turno	- 3,00
Danni	11,30	Carichi	- 2,92
Pericolo	9,94	Operatore	- 2,90
Certezza	6,50	Lavoro	- 2,88
Tranquillità	6,32	Numero	- 2,80
Fiducia	5,96	Informazione	- 2,51
Assenza	5,93	Arredi	- 2,37
Caduta	5,86	Medico	- 2,36
Garanzia	5,80	Servizio	- 2,21
Accidentale	5,66	Ritmo	- 2,21
Illustrative	Valore test	Illustrative	Valore test
		Anzianità di servizio < 1 anno	- 4,64

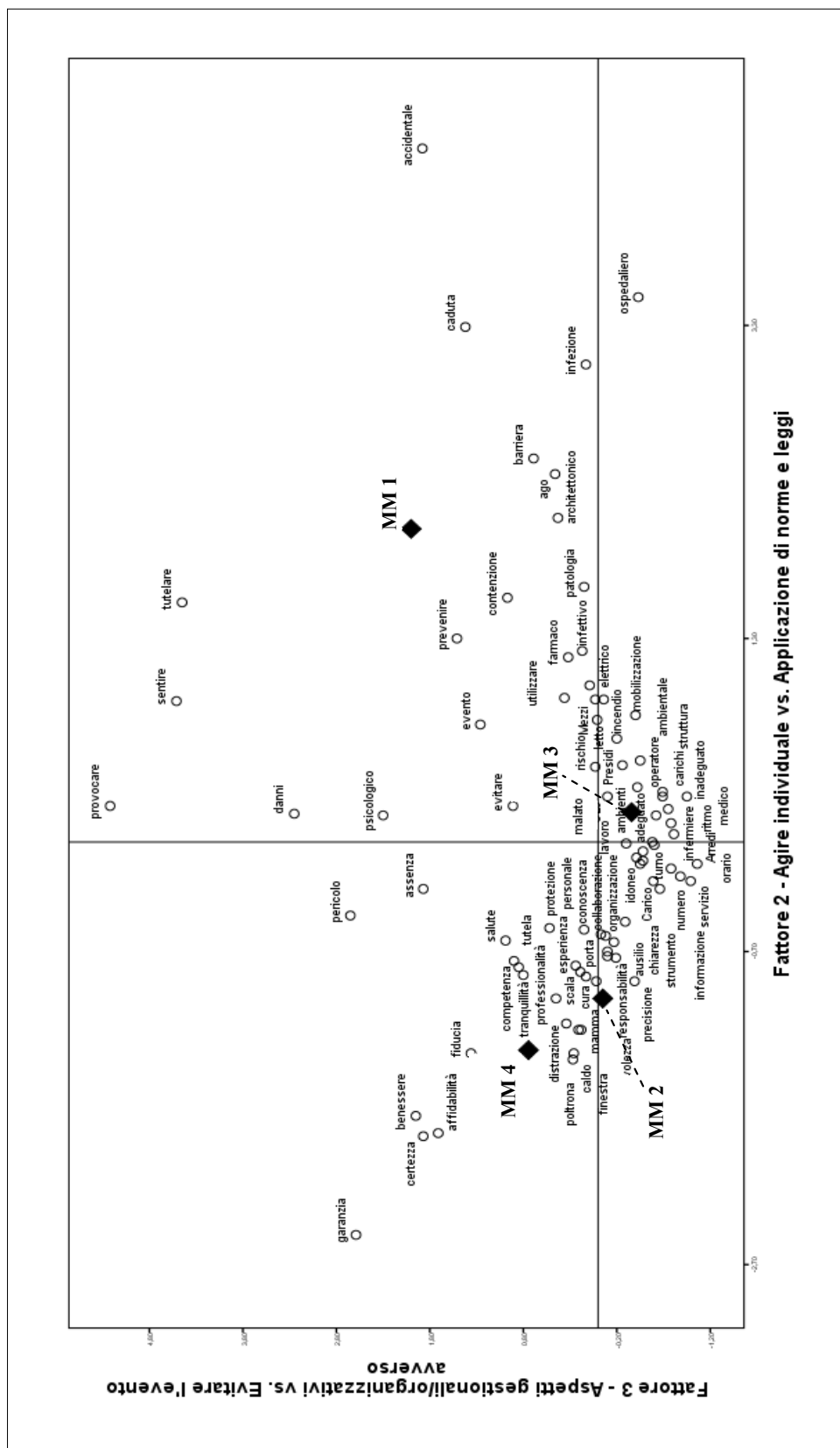
Tabella 5
Parole-chiave e relativi
valori test del terzo fattore
«prevenzione»

vello empirico, nel contesto sociosanitario italiano: quello della rappresentazione della sicurezza del paziente da parte dei professionisti sanitari. Infatti, accanto a una chiara attenzione a livello d'intenti e organizzativo delle aziende sanitarie rispetto all'importanza della sicurezza del paziente, si constata una carenza di studi empirici volti alla comprensione di come i professionisti sanitari si rappresentino, significhino e ancorino alla loro realtà lavorativa questo concetto. I risultati emersi dalle analisi lessicali condotte sembrano indicare che, per i professionisti, l'idea di sicurezza sia articolata attorno a tre principi/criteri generali: la possibilità di fare un buon lavoro, l'opportunità di compiere azioni efficaci e la condizione che permette la prevenzione. La «possibilità di fare un buon lavoro», a sua volta, sembra essere ricondotta a due criteri: la presenza di una buona dotazione strumentale e logistica e la possibilità di lavorare in un ambiente caratterizzato da tranquillità, collaborazione, fiducia e competenza. L'azione efficace, invece, sembra essere ancorata, da una parte, all'applicazione di norme e leggi in materia di sicurezza (per esempio, Legge 626) che prevenano gli infortuni o le situazioni di emergenza e che, in ultima analisi, rimandano più alla struttura di lavoro che all'agire

in sé, e dall'altra alla possibilità di svolgere il proprio lavoro in un contesto caratterizzato da fiducia, certezza, competenza e garanzia. Infine, la «prevenzione» viene ricondotta dai partecipanti a due aspetti in particolare: l'azione del professionista volta alla tutela e alla salvaguardia rispetto a possibili danni e pericoli e agli aspetti gestionali e organizzativi che attengono al carico di lavoro, ai turni, alla possibilità di avere un numero di professionisti congruo rispetto al ritmo di lavoro.

A ben vedere, è possibile individuare un'ulteriore organizzazione comune a queste tre dimensioni, ossia il fatto che queste siano una declinazione di un principio organizzatore più generale, ancorato a un dualismo: l'azione dei professionisti e l'organizzazione dell'ambiente nel quale si trovano ad agire. In altre parole, la garanzia della sicurezza viene imputata sia alla capacità dei professionisti («c'è sicurezza perché siamo competenti»), sia al supporto offerto dalla struttura sanitaria di cui questi fanno parte (in termini di strutture, dispositivi, attrezzature adeguate, organizzazione del lavoro). Queste evidenze trovano sostegno nei modelli mentali emersi dall'analisi dello spazio semantico finora discusso. L'adeguatezza della struttura, della dotazione e dell'organizzazione del

Figura 2
Spazio bidimensionale individuato dai fattori 2 e 3



lavoro insieme all'azione del professionista, sono i modelli che sembrano rendere conto del modo in cui i professionisti intendono la sicurezza del paziente.

L'analisi delle variabili illustrative sembra inoltre suggerire che siano i professionisti che lavorano nell'area materno-infantile, o che hanno un'anzianità di servizio più lunga, ad abbracciare con più probabilità l'idea della sicurezza come legata all'agire individuale, mentre i professionisti che lavorano nell'area chirurgica e in quella delle medicine, o che hanno un'anzianità di servizio relativamente breve, sembrano imputare con più probabilità la sicurezza agli aspetti gestionali e strutturali dell'ambiente in cui lavorano.

Tuttavia, solo in una delle aree esplorate, quella riferita al modello mentale che chiama in causa l'azione del professionista, emerge in modo chiaro la consapevolezza del ruolo attivo dell'operatore professionista nel farsi carico delle implicazioni rischiose dell'attività assistenziale («atteggiamento proattivo») e la percezione di «responsabilità» connessa alla funzione di garanzia tipica nei confronti dell'assistito. In questo senso, nonostante vi sia un riconoscimento dell'importanza degli aspetti gestionali e organizzativi nella promozione e nella realizzazione della sicurezza, la maggior parte dei professionisti sembra attribuire la sicurezza a un *locus* esterno molto astratto e «oggettivato» nella tecnologizzazione che, in senso lato, sembra garantire sia le loro competenze, sia la struttura dell'ambiente in cui vanno a operare.

Se da un lato questi risultati possono essere visti in luce positiva visto che mostrano una qualche consapevolezza dell'importanza di una professionalità orientata alla sicurezza del paziente, essi mettono in evidenza anche una cultura della sicurezza piuttosto lontana dalla definizione fornita in letteratura e discussa nell'introduzione. Nel loro complesso, i risultati presentati sembrano indicare che, nel contesto oggetto di studio, il concetto di «sicurezza» rimandi più agli aspetti tecnici e organizzativi relativi alla protezione del paziente e alle procedure da seguire, che a un ambiente che incoraggi comunicazioni e raccolte dei dati fondate sulla fiducia reciproca, su atteggiamenti, percezioni, competenze e *pattern* di azione radicati in una cultura condivisa (Health and safety commission, 1993).

Prima di concludere, si vuole sottolineare che un limite di questo lavoro è rappresentato dal fatto che i dati sono stati raccolti solo sulle professioni sanitarie non mediche e che l'esclusione dei medici limita la portata delle conclusioni che possono essere tratte dai risultati. Ricerche future dovrebbero analizzare le rappresentazioni e i modelli mentali della sicurezza del paziente dei medici in modo tale da poter permettere un confronto con i professionisti non medici.

In conclusione, i risultati presentati, seppure esplorativi, forniscono un contributo allo studio di un aspetto estremamente complesso come è quello della cultura della sicurezza nei contesti sanitari, un aspetto che indubbiamente richiederà ulteriori approfondimenti ma che al momento sembra suggerire una riflessione circa l'opportunità che i professionisti all'interno di un sistema complesso come quello sanitario, diventino sempre più in grado di apprendere dai propri errori e di trasformare la conoscenza in apprendimento, e l'apprendimento in maggiore sicurezza.

Note sugli autori

Tiziana Mancini, professore associato di psicologia sociale presso il Dipartimento di Lettere, Arti, Storia e Società, Università degli Studi di Parma - tiziana.mancini@unipr.it; Luca Caricati, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Parma; Sonia Bellini, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma; Monica Bianconcini, referente processo sviluppo professionale, governo clinico e ricerca, Direzione Servizio Assistenziale, Tecnico-Sanitario e Riabilitativo Aziendale Ausl di Bologna; Paola Ferri, Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; Cinzia Guidi, Professioni Sanitarie e Tecniche nella sezione Ricerca - Evidence Based Nursing, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara; Marina Iemmi, Direttore delle Professioni Sanitarie, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia; Ermina Melegari, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma; Maria Pia Padalino, Azienda ospedaliero-universitaria di Modena; Carmen Prandi, RID Dipartimento Oncologico - Dipartimento Tecnologie Avanzate, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia; Alfonso Sollami, Settore Formazione, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma; Chiara Taffurelli, Settore Formazione, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma; Giovanna Artioli, Direttore del Settore Formazione, Azienda ospedaliero-universitaria di Parma. Questa ricerca è stata realizzata all'interno del corso teorico-pratico di Formazione alla ricerca psicosociale nelle professioni sanitarie organizzato dall'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, in collaborazione con l'Azienda ospedaliero-universitaria di Modena e il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma. Esso è stato finanziato dalla regione Emilia Romagna nell'ambito del programma di ricerca Regione-Università 2007-2009, anno 2007 (Area 3 - Formazione alla ricerca e creazione dei *research network*).

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

- ALBOLINO S., TARTAGLIA R., BELLANDI T., AMICOSANTE A.M.V., BIANCHINI E., BIGGERI A. (2010), «Patient safety and incident reporting: survey of Italian health-care workers», *Quality & safety in health care*, 19, pp. 8-12.
- BAGNASCO A., TIBALDI L., CHIRONE P., CHIARANDA C., PANZONE M.S., TANGOLO D., ALEO G., LAZZARINO L., SASSO L. (2011), «Patient safety culture: an Italian experience», *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp.1188-1195.
- BOLASCO S. (1999), *L'analisi multidimensionale dei dati*, Carocci, Roma.
- BOSTROM A., ATMAN C., FISHHOFF B., MORGAN M. (1994), «Evaluating risk communications: completing and correcting mental models of hazardous processes, Part 2», *Risk Analysis*, 14, pp.789-98.
- BRUSONI M., DERIU P.L., PANZERI C., TRINCHERO E. (2009), «Un metodo di indagine sulla safety culture per la sicurezza dei servizi sanitari in Italia», *Mecosan*, 69, pp. 63-85.
- DE ROSA A.S. (1995), «Le "réseau d'associations" comme méthode d'étude dans la recherche sur les R.S.: structure, contenus et polarité du champ sémantique», *Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, 28, pp. 96-112.
- FENG X., BOBAY K., WEISS M. (2008), «Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis», *Journal of Advanced Nurses*, 63, pp. 310-319.
- FISHHOFF B., BOTROM A., QUADREL M.J. (2000), *Risk perception and communication*, Cambridge University Press, New York.
- FLAMENT C., ROUQUETTE M.L. (2003), *Anatomie des idées ordinaires - Comment étudier les représentations sociales*, Armand Colin, Paris.
- GHIRARDINI A., MUROLO G., PALUMBO F. (2009), «The Italian strategy for patient safety», *Clinica Chimica Acta*, 404, pp.12-15.
- HEALTH AND SAFETY COMMISSION (1993), *Third report: organizing for safety. ACSNI Study Group on Human Factors*, HMSO, London.
- JOHNSON-LAIRD P.N. (1989), «Mental Models», in M.I. Posner (a cura di), *Foundations of Cognitive Science*, MIT Press, Cambridge, Bradford.
- LANCIA F. (2004), *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*, Franco Angeli, Milano.
- LEBART L., SALEM A. (1994), *Statistique textuelle*, Dunod, Paris.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*, disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_987_allegato.pdf
- OMS (2010), *Nursing Midwifery Services Strategic Directions 2011-2015*, disponibile sul sito: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.1_eng.pdf
- PAGE W.D. (2007), «Measuring a safety culture: critical pathway or academic activity?», *Journal of General Internal Medicine*, 22, pp. 155-156.
- PIOTROWSKI M.M., HINSHAW D.B. (2002), «The safety checklist program: creating a culture of safety in intensive care units», *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28, pp. 306-315.
- PRONOVOST P., SEXTON B. (2005), «Assessing safety culture: guidelines and recommendations», *Quality & Safety in Health Care*, 14, pp. 231-233.
- REASON J.T., HOBBS A. (2003), *Managing maintenance error: a practical guide*, Ashgate, Aldershot, England.
- SINGER S., METERKO M., BAKER L., GABA G., FALWELL A., ROSEN A. (2007), «Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey», *Health Services Research*, 42, pp. 1999-2021.
- SOLLAMI A., CARICATI L., BIANCONCINI M., GUIDI C., MANCINI T. (2011), «Misurare la cultura della sicurezza: primo adattamento italiano del Safety attitude questionnaire (SaQ)», *Psicologia della Salute*, 2, pp. 103-121.

Qualità del servizio, soddisfazione e fedeltà del paziente

RAFFAELE ADINOLFI

The purpose of this paper is to investigate the relationship between service quality, customer satisfaction and their impact on loyalty in health sector. The study tests two alternative models, emerged from the literature review, on a sample of patients in a private hospital by means of structural equation modeling. Findings reveal that patient satisfaction is influenced by service quality and is positively linked to loyalty, thus corroborating Oliver's four-stage loyalty model in the health sector. In conclusion managerial implications, research limitations and directions for future research are outlined.

Keywords: service quality, patient satisfaction, patient loyalty

Parole chiave: qualità dei servizi, soddisfazione del paziente, fedeltà del paziente

Note sull'autore

Raffaele Adinolfi, dottore di ricerca in Economia e direzione delle aziende pubbliche, Università degli Studi di Salerno - adinolfiraffaele@libero.it

1. Introduzione

Il settore dei servizi ha registrato una crescita senza precedenti nella seconda metà del secolo scorso. All'inizio del nuovo millennio il settore dei servizi è stato riconosciuto dall'OCSE (2010) come quello maggiormente in grado di produrre ricchezza e posti di lavoro con una previsione di crescita ulteriore del suo peso nell'ambito complessivo delle attività economiche (OECD, 2013). Di pari passo con la crescita del settore dei servizi è cresciuta l'attenzione alle tematiche della qualità dei servizi, della *customer satisfaction* e della fedeltà del cliente da parte di studiosi e ricercatori. Nel settore sanitario non mancano gli studi, nazionali e internazionali, sia basati su analisi qualitative-descrittive sia su analisi quantitative. La maggior parte delle ricerche di tipo quantitativo si concentra sulla misurazione della *customer satisfaction*, mentre sono molto più limitati gli studi che, con analisi di tipo quantitativo, analizzano le relazioni e i nessi causali tra i differenti costrutti teorici. Al fine di fornire un contributo per colmare tale *gap*, nel presente lavoro si esamina la relazione tra qualità del servizio e soddisfazione del paziente e la loro influenza sulla fedeltà del paziente, espressa in termini di intenzione di ri-acquistare o di ri-patrocinare (ossia consigliare spendendo parole positive) il servizio.

Il lavoro è strutturato come segue: in primo luogo si esamina la principale letteratura esistente sulle tematiche della qualità dei servizi, della *customer satisfaction* e della fedeltà del consumatore; successivamente si individuano i differenti modelli che analizzano le interrelazioni tra i costrutti teorici. In seguito, dopo aver illustrato le modalità di raccolta dei dati e le tecniche di analisi adottate, si espongono i risultati ottenuti. In conclusione vengono illustrate le implicazioni e

SOMMARIO

1. Introduzione
2. *Framework* concettuale
3. Disegno della ricerca
4. Analisi e discussione

i limiti dell'indagine e forniti suggerimenti per sviluppi di ricerca futuri.

2. Framework concettuale

2.1. La qualità del servizio

Il settore sanitario in Italia è stato caratterizzato da una presenza preponderante dell'operatore pubblico. Solo a partire dalla seconda metà degli anni '90, dopo il riconoscimento del nuovo ruolo dell'azienda pubblica e della centralità nei processi di erogazione dei servizi pubblici di tematiche quali il *marketing* e la qualità, si sono sviluppati studi e ricerche su tali argomenti (Borgonovi, 2002). La qualità del servizio è, di per sé, un concetto teorico e astratto, difficile da definire e misurare in maniera obiettiva come accade invece per i prodotti. Ciò che rende difficile definire e misurare la qualità dei servizi sono le stesse caratteristiche essenziali del servizio: la sua intangibilità, la sua eterogeneità, l'impossibilità di separare il momento della produzione da quello del consumo. I servizi sanitari, poi, sono tra quelli caratterizzati da maggiore complessità e da una elevata asimmetria informativa. Il paziente, spesso, non è pienamente consapevole del bisogno che intende soddisfare e a volte non è in grado di valutare la prestazione sanitaria in senso stretto, ma solo le modalità di erogazione e/o gli aspetti complementari. D'altra parte, se è vero che il paziente non può esprimere giudizi su attività o professionalità per cui non ha competenze, è altrettanto vero che, in ogni caso, egli ha una propria percezione della qualità della prestazione ricevuta e su questa base effettua le proprie valutazioni (Musunuru, 2011). Proprio per questo motivo, ogni singolo aspetto del servizio sanitario, centrale o periferico può rappresentare una criticità o, al contrario, una fonte di sollievo per il paziente. Non a caso Donabedian (1990) evidenzia come nel processo di erogazione dei servizi sanitari vada analizzata la qualità di ogni singolo aspetto e come assumano particolare rilevanza le relazioni interpersonali. La stima analitica delle componenti del servizio sanitario erogato assume, quindi, fondamentale importanza per migliorare la gestione delle strutture sanitarie e per allocare in modo ottimale le risorse (Bond *et al.*, 2007).

Uno dei modelli più utilizzati per la misurazione della qualità, ritenuto dagli autori valido per la generalità dei servizi e noto con l'acronimo SERVQUAL, è stato elaborato da Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988, 1991). Esso prevede che la valutazione della qualità del servizio si ottenga analizzando le misure ottenute relativamente a cinque dimensioni che delineano il servizio (aspetti tangibili, affidabilità, capacità di risposta, capacità di rassicurazione, empatia). Per misurare la qualità percepita sulla base di tali cinque dimensioni gli autori elaborano 22 enunciati (*items*) volti a misurare il livello delle aspettative dei clienti e il livello delle loro percezioni sul servizio erogato. La qualità percepita del servizio corrisponde al giudizio complessivo dato dal cliente, che è collegato, ma non equivalente, alla sua soddisfazione. Questa, infatti, è un'opinione che deriva dal confronto tra la qualità percepita e quella attesa.

Non mancano in letteratura giudizi critici sul modello Servqual. Tra le principali critiche si evidenziano quelle mosse da Cronin e Taylor (1992), secondo cui la qualità del servizio dovrebbe essere misurata utilizzando solo gli *items* relativi alla valutazione della *performance* e non, invece, calcolando il *gap* tra *performance* percepita e *performance* attesa. Il modello alternativo proposto dai due autori – denominato SERVPERF – misura la qualità del servizio esclusivamente sulla base delle *performance* aziendali. In pratica, in relazione ai 22 *items*, vengono considerate le sole «percezioni», senza la componente delle attese. Nel presente studio si accoglie tale impostazione, in linea con una consolidata produzione scientifica (David, 2003; Olorunniwo *et al.*, 2006; Gomez *et al.*, 2012; Wathek, 2012).

2.2. Soddisfazione e fedeltà del paziente

Il tema della *customer satisfaction* in sanità continua a suscitare interesse accademico e manageriale, poiché il conseguimento di livelli di soddisfazione dei pazienti più elevati si traduce in un incremento della competitività per le aziende sanitarie. È proprio sulla misurazione della soddisfazione del paziente che si concentra il maggior numero di studi quantitativi realizzati, in Italia, nell'ambito del *marketing* e della qualità in sanità. A

fronte di studi rigorosi e scientifici sono ancora più numerose le indagini di misurazione della soddisfazione del paziente realizzate (a volte commissionate) direttamente dalle strutture sanitarie, sia pubbliche che private, prive di rigorosità scientifico-metodologica. Tanto che Favretto (2007) giunge a sottolineare come «il riversarsi di molti 'esperti' e consulenti, attirati dal business sottostante, ha [...] spesso portato alla raccolta indiscriminata di dati senza porre attenzione alla rappresentatività dei campioni dei clienti intervistati e minando l'affidabilità dei dati».

Si possono distinguere, in letteratura, due differenti approcci al concetto di soddisfazione: il primo, *transaction-specific satisfaction*, considera la soddisfazione come il frutto di un giudizio valutativo relativamente a una determinata e specifica occasione di acquisto o di consumo; il secondo approccio, *cumulative satisfaction*, riferisce il concetto di soddisfazione a un giudizio di valutazione più ampio, basato sull'esperienza complessiva maturata nel tempo rispetto a un prodotto o servizio (Shankar *et al.*, 2003).

Un modello teorico assai diffuso è quello che prende le mosse dalla definizione di soddisfazione elaborata da Oliver (1981, p.27), noto come «paradigma della disconferma»: tale modello fa derivare la soddisfazione dal confronto tra la *performance* percepita e le aspettative. Se la disconferma è positiva (ossia la *performance* percepita è maggiore di quella attesa) si genera soddisfazione, in caso contrario – disconferma negativa – si genera insoddisfazione.

La soddisfazione del cliente è un prerequisito necessario per fidelizzare la clientela; essa non determina automaticamente la creazione di un rapporto di fedeltà o *loyalty*. Per Oliver (1999, p. 34) la fedeltà è l'impegno profondo e convinto, a ri-acquistare o ri-patrocinare un prodotto/servizio preferito nel corso del tempo; questo conduce ad acquisti ripetuti di una stessa marca o di uno stesso paniere di marche, nonostante l'influenza di fattori esterni e gli sforzi di *marketing* dei concorrenti, volti a provocare modifiche nel comportamento d'acquisto. Tale tipologia di comportamento è considerata da Oliver lo stadio finale di un processo evolutivo costituito da fasi sequenziali: nel primo stadio il consumatore sviluppa una «fedeltà cognitiva», basata su una conoscenza superficiale

della marca e sui suoi benefici differenziali, che genera una preferenza nei confronti della stessa. Nella fase successiva, quella della «fedeltà affettiva», l'atteggiamento favorevole del consumatore verso la marca si rafforza in virtù dei ripetuti acquisti e delle continue conferme delle aspettative. La fedeltà, ancora debole nelle prime due fasi, è molto più forte nel terzo stadio, quello della fedeltà «conativa», caratterizzata da una forte componente intenzionale e da un elevato coinvolgimento del consumatore che si traduce in un impegno profondo e convinto a ri-acquistare o ri-patrocinare la marca. Nell'ultimo stadio, quello della fedeltà «pro-attiva», il consumatore è disposto anche ad agire per eliminare gli ostacoli che potrebbero frapporsi al riacquisto. Nel settore dei servizi sanitari (Moliner, 2009; Wathek, 2012), caratterizzati da alto contenuto professionale, alta asimmetria informativa e non ripetibilità degli stessi bisogni di salute, la fedeltà del paziente, più che esprimersi attraverso il riacquisto dello stesso specifico servizio sanitario, va intesa nel senso del ri-acquisto di servizi erogati dalla stessa struttura sanitaria e nel senso del patrocinio presso terzi in grado di attivare forme di passaparola positivo.

2.3. Relazione tra la qualità del servizio, la soddisfazione e la fedeltà del paziente

Le tematiche della qualità del servizio e della soddisfazione del cliente hanno raccolto un interesse crescente in campo manageriale e accademico. Nel corso degli anni si sono realizzati diversi studi finalizzati a indagare le relazioni tra qualità del servizio, soddisfazione del cliente e altri costrutti teorici quali il valore percepito, la fedeltà e l'intenzione di riacquisto, dando luogo a differenti modelli teorici (Iacobucci, 1994). Poiché sia il concetto di qualità sia di soddisfazione sono basati sul paradigma della conferma delle aspettative, alcuni autori ritengono che non vi siano sostanziali differenze, se non a livello semantico (Tian-Cole *et al.*, 2003). Più numerosi sono i contributi teorici che sottolineano le differenze tra i due concetti. Spreng e Mackoy (1996), evidenziano l'esistenza di una fortissima correlazione tra i due costrutti teorici ma ritengono che essi, pur presentando notevoli similarità, vadano considerati come due costrutti differenti. Parasuraman

et al. (1988) definiscono la qualità percepita come una valutazione globale, per molti versi simile al concetto di atteggiamento, e la soddisfazione come il risultato emotivo-cognitivo di una specifica transazione. Secondo questa interpretazione, è possibile distinguere un'accezione «transazionale» *versus* una «relazionale» dei due concetti, in cui la soddisfazione è maggiormente collegata alla prima e la qualità percepita alla seconda. Se, dunque, può dirsi generalmente accettata la differenza logica tra i due costrutti teorici, la problematica dell'ordine causale tra loro, e la loro influenza sulla fedeltà del paziente, espressa in termini di intenzione di ri-acquisto o ri-patrocinio, non è stata ancora risolta. D'altra parte la reciproca dipendenza logica è stata oltremodo enfatizzata dall'attribuzione, di volta in volta, di significati differenti. Da un lato, vi è chi (Cronin e Taylor, 1992; Baker, 2000; Helgesen e Nettet, 2007; Deng *et al.*, 2010) dimostra una significativa influenza della qualità percepita sulla soddisfazione, che risulta a sua volta direttamente collegata alle intenzioni di acquisto.

In parziale contrapposizione con questa prospettiva, altri autori hanno elaborato modelli teorici in cui la qualità del servizio costituisce l'antecedente logico e diretto che ha influenza sulla fedeltà e sulle intenzioni di acquisto (Zeithamal *et al.*, 1996; Bloemer *et al.*, 1999).

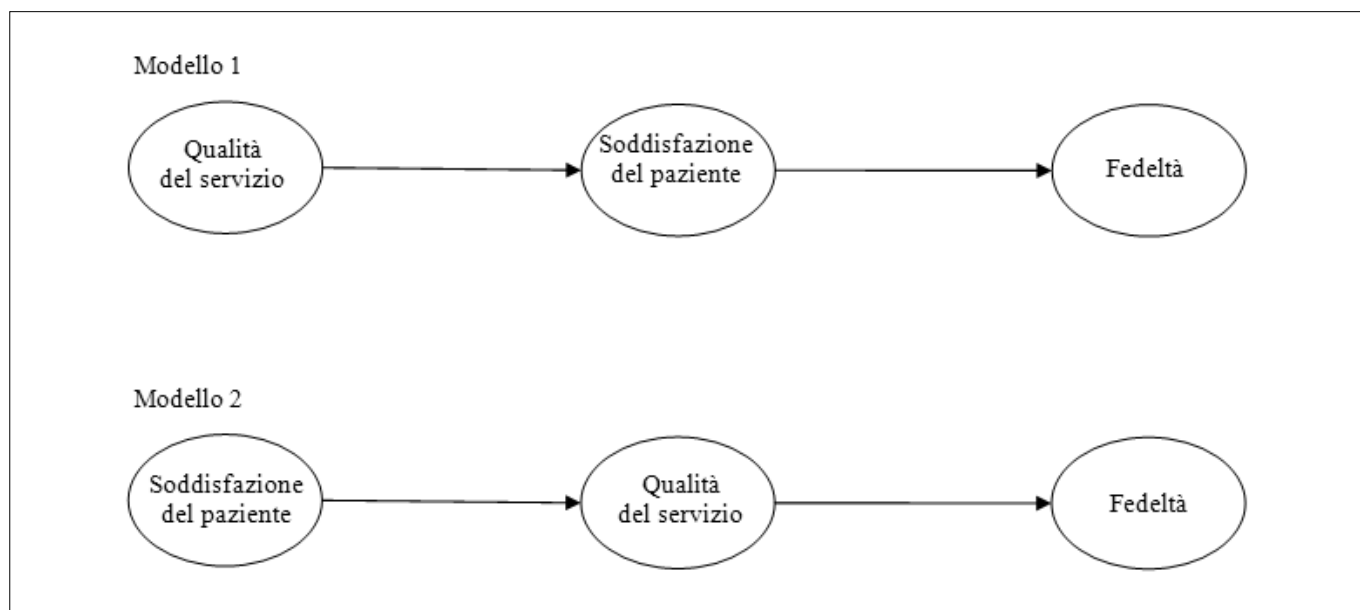
Non mancano, inoltre, posizioni opposte circa la relazione tra qualità del servizio e soddisfazione. Così Parasaruman *et al.* (1988) sostengono che gli episodi di soddisfazione nel tempo possono influire sulla qualità del servizio percepito, mentre Bitner (1990) ha proposto un modello basato sul *service encounter* (definito il momento della verità, ossia quello dell'erogazione del servizio), analizzando l'effetto della soddisfazione del cliente sulla qualità del servizio e la relazione diretta tra qualità del servizio e i comportamenti successivi, che possono essere di fedeltà al servizio e passaparola positivo o di passaggio a un altro servizio.

La rassegna della letteratura indica l'esistenza di visioni opposte circa la relazione tra i tre costrutti logici: qualità del servizio, soddisfazione, e fedeltà espressa in termini di intenzioni di ri-acquisto o di ri-patrocinio e passaparola positivo. È opportuno, quindi, dopo aver chiarito il significato specifico attribuito ai singoli costrutti teorici, approfondirne i nessi causali. Si tratta, ovviamente, di testare ipotesi molto semplificate della realtà, che tuttavia possono contribuire a migliorarne la comprensione.

Sulla base di quanto sopra evidenziato, sono stati sottoposti a verifica i due principali modelli logico-concettuali (riportati nella **figura 1**). L'obiettivo è, dunque, valutare, con riferimento al settore dei servizi sanitari,

Figura 1

I modelli teorici alternativi posti a confronto.
Ns elaborazione



quello maggiormente in grado di «spiegare» i nessi di causalità tra i tre costrutti teorici: qualità del servizio, soddisfazione e fedeltà del paziente.

Raccogliendo i dati da un campione di pazienti di una clinica privata convenzionata, la superiorità di un modello rispetto all'altro è valutata sulla base degli «indici di adattamento» e sulla differente capacità dei modelli di spiegare la varianza della variabile dipendente, nel nostro caso la fedeltà del paziente.

Considerando che in letteratura sembra maggiormente condivisa la tesi secondo cui la qualità del servizio influisce sulla soddisfazione del cliente, le due ipotesi di ricerca sono state formulate come segue:

- prima ipotesi: il modello 1 presenta un miglior grado di adattamento alla struttura dei dati;

- seconda ipotesi: il modello 1 è superiore rispetto al modello 2 nella capacità di spiegare la varianza della fedeltà espressa in termini di intenzioni di ri-acquisto o di ripatrocinio e passaparola positivo.

3. Disegno della ricerca

3.1. Strumenti di misura e raccolta dati

Il questionario adottato per testare e verificare le ipotesi è stato predisposto attraverso un processo articolato in due fasi: nel primo *step* è stata elaborata una prima versione in grado di fornire elementi di comparabilità con precedenti studi, nella seconda fase il questionario è stato adattato ai risultati emersi in un gruppo di discussione.

In relazione al costrutto «qualità del servizio», sono stati ridotti e adattati al settore dei servizi sanitari i 22 *items* del modello Serqual/Servperf.

La soddisfazione è stata misurata adottando quattro *items*, simili a quelli utilizzati da Cronin (2000) e Chi (2009). Ai pazienti è stato chiesto di indicare quanto fossero d'accordo con l'enunciato secondo cui l'azienda offre esattamente i servizi che ci si aspettava e di specificare quanto i servizi forniti dall'azienda li avessero resi soddisfatti e contenti.

La misurazione della fedeltà, espressa in termini di intenzione di ri-acquisto e di ripatrocinio da parte del paziente, è stata ef-

fettuata adottando gli *items* proposti da Zeithaml *et al.* (1996) e utilizzati anche da Bloemer *et al.* (1999): l'intenzione di spendere parole positive circa la struttura ospedaliera, l'intenzione di raccomandarla presso conoscenti e familiari che si apprestano a ricorrere allo stesso tipo di cure, la convinzione di riconfermare la scelta, trovandosi nuovamente in una situazione analoga, alla luce dell'esperienza fatta.

La prima versione del questionario è stata testata in un gruppo di discussione con 12 pazienti scelti secondo un criterio di convenienza e disponibilità. Dopo un preliminare chiarimento sulla natura della ricerca, sul significato e la differenza dei costrutti teorici e una rassicurazione sulla garanzia dell'anonimato, un moderatore, alla presenza di due osservatori indipendenti (tra cui l'autore della ricerca), invitava a discutere liberamente e in profondità sulla tematica stimolando la discussione per individuare gli elementi di criticità del questionario e gli elementi ritenuti più importanti soprattutto con riferimento alla qualità della prestazione sanitaria.

Gli osservatori, separatamente e indipendentemente, hanno preso nota dei rilievi emersi nella discussione, della loro frequenza e del loro ordine. Sulla base delle risultanze del *focus group* sono stati apportati alcuni adattamenti alle descrizioni degli enunciati e sono stati inseriti alcuni *items* relativi al costrutto «qualità del servizio». Al fine di aumentare il grado di confrontabilità, anche nella prospettiva di future ricerche, e solo per gli enunciati relativi al costrutto «qualità del servizio» risultati analoghi ad alcuni *items* adottati in una precedente ricerca (Bellini *et al.*, 2010), sono state utilizzate le stesse descrizioni. Tra gli elementi di valutazione della qualità sono stati inseriti: la facilità di prenotazione, la facilità di accesso alla struttura (in termini di parcheggio e mezzi pubblici), la facilità di orientamento all'interno della struttura, i tempi di attesa (telefonici, agli sportelli, presso gli ambulatori e per il ritiro dei referti), le liste d'attesa, l'adeguatezza e gradevolezza dei locali, la qualità del cibo (per i ricoverati), l'adeguatezza delle informazioni ricevute (precedenti e successive alla prestazione), il rispetto della *privacy*, l'efficacia complessiva dell'organizzazione ospedaliera per la risoluzione del problematica di salute, la cortesia e disponibilità del

personale (amministrativo, tecnico-infermieristico e medico).

A tutti gli *items* è stata associata una scala di tipo Likert a sette punti da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo), escludendo descrizioni verbali intermedie tra gli estremi.

L'indagine è stata realizzata tra i pazienti di una struttura sanitaria privata scelta con criterio di convenienza e disponibilità. In particolare, si tratta di una struttura ospedaliera accreditata con il Servizio sanitario nazionale dotata di poco meno di 150 posti letto. La struttura eroga prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche in otto specialità con ricovero a totale carico del Servizio sanitario nazionale e in due specialità con accesso al ricovero a carico del paziente. Il campione rappresentativo dei pazienti è stato definito con la metodologia del campionamento probabilistico stratificato, la numerosità complessiva del campione è stata definita in funzione del livello di confidenza desiderato e del livello di prevalenza attesa (rispettivamente pari a 99% e 0,5%). La stratificazione del campione è stata ottenuta rapportando le prestazioni erogate dalle differenti unità nell'anno precedente rispetto al totale delle prestazioni erogate.

Il questionario è stato così somministrato a un campione di 300 pazienti in fase di dimissione o all'atto delle dimissioni, con modalità di raccolta tali da garantire l'anonimato. Non è stata prevista assistenza nella fase di compilazione.

Il 10% circa dei questionari è stato eliminato dalle successive analisi perché incompleto o affetto in maniera evidente da risposte seriali (Ray, 1990).

3.2. Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati utilizzando il modello a equazioni strutturali ed elaborati con il programma Lisrel. Per la stima dei parametri è stato scelto il criterio della massima verosimiglianza, adottando l'approccio a due fasi suggerito da Anderson e Gerbin (1988). I risultati delle analisi sono riportati nel paragrafo che segue. Esso è articolato in due sottoparagrafi che seguono la logica teorico-metodologica Lisrel: nel primo sottoparagrafo sono riportati i risultati relativi all'analisi del modello di misurazione, ossia

quello che specifica come i costrutti teorici (le variabili latenti) sono misurati tramite le variabili osservate e serve per determinare la validità e l'attendibilità di tale misurazione; nel secondo sottoparagrafo sono riportati i risultati relativi all'analisi del modello strutturale, ossia quello che specifica le relazioni causali tra le variabili latenti e serve per determinare gli effetti causali e l'ammontare della varianza spiegata o meno.

4. Analisi e discussione

4.1. L'adattamento del modello di misurazione

Preliminarmente va sottolineato un elemento statistico-metodologico troppo spesso non evidenziato negli studi che adottano analisi confermativa per modelli a equazioni strutturali. Non si può provare la «esattezza» o la «giustezza» del modello. L'unico strumento di verifica è quello della sua «non-falsificazione», cioè di un *test* di non incongruità del modello teorico ipotizzato rispetto ai dati a disposizione. A tal fine si confronta la matrice di covarianza fra le variabili osservate (detta S) con la matrice di covarianza prodotta dal modello teorico ipotizzato (detta Σ). Il *test* di falsificazione è basato sul «residuo», ossia lo scarto $S - \Sigma$. Se questo è eccessivo allora il modello teorico non può essere considerato compatibile con i dati, altrimenti il modello non viene falsificato e, perciò, non viene respinto. Non si può, tuttavia, affermare che sia «verificato». Si può, però, procedere con la lettura dei parametri, al fine di analizzare i nessi causali tra le variabili. Il *test* del chi-quadro (χ^2) è senza dubbio uno degli indicatori più semplici utilizzati per fornire una misurazione del «residuo» e, quindi, per fornire una valutazione del «grado di adattamento». Esso verifica la non falsificazione dell'ipotesi nulla, ossia dell'ipotesi di modello teorico elaborata dal ricercatore (Fornell e Larcker, 1981). Più piccolo è il suo valore, più appropriato è il modello. Il valore del χ^2 risente, però, della numerosità del campione e aumenta con l'aumentare della sua numerosità. È consigliabile, in presenza di una numerosità campionaria maggiore o uguale a 200 unità (Bentler, 1980), rapportare il χ^2 ai gradi di libertà (df). Il valore di χ^2/df è risultato pari a

1,38; tale dato, ampiamente inferiore alla soglia di accettabilità – pari a 2,5 (Byrne, 1994) – indica l'accettabilità del modello.

Per valutare la bontà di un modello esistono diversi altri indicatori di adattamento: tra i più usati vi sono il Gfi (*Goodness of fit index*), che è analogo al coefficiente di determinazione (R2) utilizzato nelle regressioni multiple e che assume valori tra 0 (pessimo adattamento modello-dati) e 1 (adattamento perfetto); vi è poi lo scarto quadratico medio con approssimazione d'errore (Rmse) che assume il valore 0 (nell'ipotesi teorica del migliore adattamento possibile) e cresce man mano che diminuisce la bontà del modello, ed è particolarmente utile per confrontare diversi modelli calcolati sugli stessi dati; vi sono poi indici di adattamento incrementali come l'indice di adattamento non normalizzato (Nnfi) o l'indice di adattamento normalizzato (Nfi) o ancora l'indice di adattamento comparativo (Cfi) che misura la differenza tra il modello teorico ipotizzato e il modello nullo (ossia il modello in cui le variabili latenti osservate sono tutte tra loro indipendenti).

Ad eccezione del Rmse, gli altri indicatori variano tutti in un intervallo tra 0 e 1 e la letteratura prevalente ritiene che siano da considerarsi accettabili valori superiori a 0,9, mentre per i valori dell'indice Rmse si considerano accettabili valori inferiori a 0,8 (Byrne, 1994). I risultati delle misurazioni ottenute per i diversi indici di adattamento sono riportati nella **tabella 1**.

La struttura dei dati nel suo complesso è risultata accettabile; ciò ha permesso di proseguire nella successiva fase di analisi, ossia la misurazione della validità dei costrutti teorici (variabili latenti del modello). La validità di un costrutto è data dal livello in cui gli indicatori misurano accuratamente i costrutti teorici che interessa misurare. La misura in cui un insieme di variabili (*items*) rappresenta effettivamente la variabile latente teorizzata è stata esaminata misurando la validità convergente e discriminante dei costrutti teorici (Hair *et al.*, 2009). La validità convergente esprime il grado in cui un insieme di *items* rappresentano lo stesso costrutto teorico (variabile latente) essendo quindi fortemente correlati tra loro. L'analisi della validità convergente, condotta con il t-test ha fornito valori soddisfacenti. Per

ciascun indicatore sono stati calcolati i *factor loading*, che esprimono una misura (anche detta di saturazione) dell'influenza della variabile latente su ciascun indicatore. I valori dei *factor-loading* variano da 0,741 a 0,793 per la qualità del servizio, da 0,843 a 0,922 per la soddisfazione del paziente e da 0,695 a 0,841 per la fedeltà. La validità convergente del modello è stata verificata poiché tutti i *factor loading* sono risultati superiori a 0,6 (Comrey *et al.*, 1992), la *composite reliability* (indicatore, analogo all'alfa di Cronbach, che esprime l'affidabilità) è risultata sempre maggiore di 0,6 (Fornell *et al.*, 1981), infine l'*Average variance extracted* (Ave) è sempre risultata maggiore di 0,5 (Fornell *et al.*, 1981). La validità discriminante, che esprime il grado in cui una variabile latente è effettivamente distinta dalle altre, è stata valutata con una analisi fattoriale confirmatoria per ogni coppia di variabili, prese una alla volta. Poiché i valori delle correlazioni al quadrato di tutte le coppie di fattori sono sempre risultati più bassi della corrispondente Ave è stata confermata la validità discriminante del modello (Fornell *et al.*, 1981).

I risultati riepilogati nella **tabella 2** indicano l'adeguatezza delle misure di adattamento e l'accettabilità e validità dei costrutti teorici; ciò permette di proseguire nella seconda fase dell'analisi volta allo studio delle relazioni causali tra le variabili.

4.2. Il modello strutturale

La metodologia di analisi a due fasi è particolarmente indicata per comparare due possibili modelli causali tra loro alternativi perché basati su logiche teoriche differenti (Anderson e Gerbing, 1988). Gli autori evidenziano, come già sottolineato, che i modelli di nessi causali non sono mai conferma-

Indicatori	Valori
χ^2/df ($p < 0,01$)	1,381
Gfi	0,931
Rmse	0,051
Nnfi	0,962
Nfi	0,938
Cfi	0,967

Tabella 1
Indici di adattamento del modello di misurazione

Tabella 2

Indicatori di validità convergente e discriminante delle variabili latenti

Variabili latenti	Factor loading st.	t-test	Ave (%)	Composite reliability
Qualità del servizio	0,741-0,793	10,52-11,63	61	0,91
Soddisfazione del paziente	0,843-0,922	18,02-22,21	80	0,86
Fedeltà	0,695-0,841	9,89-14,84	66	0,88

Tabella 3

Risultati del modello di analisi strutturale

		Coefficienti stimati	t-test	R ²
Modello 1	Relazione diretta Qs→Sp	0,64	8,75	0,42 (Sp)
	Relazione diretta Sp→Fe	0,91	14,84	0,79 (Fe)
	Relazione indiretta Qs→Sp→Fe	0,56		
	Indicatori di adattamento	$\chi^2/df = 1,381$ Nnfi = 0,962	Gfi = 0,931 Nfi = 0,938	Rmse = 0,050 Cfi = 0,966
Modello 2	Relazione diretta Sp→Qs	0,67	8,69	0,44 (Qs)
	Relazione diretta Qs→Fe	0,63	8,23	0,42 (Fe)
	Indicatori di adattamento	$\chi^2/df = 3,0122$ Nnfi = 0,921	Gfi = 0,876 Nfi = 0,868	Rmse = 0,088 Cfi = 0,924

ti, essi piuttosto possono essere considerati accettabili, se non falsificati; in più, il riscontro di elevati «indici di adattamento» di un modello causale non necessariamente implica che quello sia l'unico modello possibile di relazioni tra le variabili. Proprio per tali motivi ha senso confrontare due modelli supportati da logiche teoriche differenti. I due modelli alternativi di relazioni causali tra le variabili qualità del servizio, soddisfazione e fedeltà del paziente, rappresentati nella figura 1, sono stati esaminati attraverso modelli a equazioni strutturali.

I due modelli sono stati confrontati sulla base dei già citati indici di adattamento assoluti e incrementali. I risultati dell'analisi sono riportati nella **tabella 3**.

I risultati indicano chiaramente una superiorità del modello 1 sul modello 2. Mentre l'adattamento del primo modello appare eccellente, nel secondo caso esso è appena accettabile. Infatti, i due indici di adattamento, Nnfi e Cfi, presentano valori accettabili (superiori alla soglia 0,9), ma gli altri indicatori di adattamento presentano valori inferiori che indicano la possibilità di ricercare

migliori modelli causali. I risultati, quindi, confermano la prima ipotesi di ricerca: il modello 1 presenta un miglior grado di adattamento alla struttura dei dati.

Le seconda ipotesi riguarda la superiorità del modello 1 rispetto al modello 2 nella capacità di spiegare la varianza della fedeltà espressa in termini di intenzioni di ri-acquisto, di ri-patrocinio e passaparola positivo.

Dai risultati, riportati nella tabella 3, emerge la superiorità del primo modello, che spiega poco meno dell'80% ($R^2 = 0,79$) della varianza nella fedeltà del paziente rispetto al secondo modello, che ne spiega poco più del 40% ($R^2 = 0,42$). Questi risultati confermano l'ipotesi 2. Il primo modello, infatti, presenta tutte le caratteristiche necessarie per non essere falsificato: indici di adattamento superiori ai valori soglia raccomandati dalla letteratura, significativi valori dei parametri stimati (anche detti coefficienti strutturali) e valori di R^2 sufficientemente elevati. Il modello 1 indica che la soddisfazione è significativamente influenzata dalla qualità del servizio ($\gamma = 0,64$, $t = 8,75$) e influenza direttamente la fedeltà ($\beta = 0,91$; $t = 14,84$).

Il coefficiente che esprime l'effetto indiretto della qualità del servizio sulla fedeltà, attraverso la soddisfazione, è pari a 0,56. I risultati di questo studio indicano che, nel settore sanitario ospedaliero, ovviamente con i limiti dell'indagine di cui si dirà in seguito, la relazione causale tra i costrutti logici Qualità del servizio (Qs), soddisfazione del paziente (Sp) e fedeltà (Fe), espressa in termini di intenzione di ri-acquisto o ri-patrocinio, che meglio si adatta ai dati raccolti è del tipo: $Qs \rightarrow Sp \rightarrow Fe$. Sembra quindi che il modello Servperf elaborato da Cronin e Taylor (1992) si adatti meglio a interpretare la realtà indagata rispetto al modello Servqual. La ricerca si pone in linea e conferma il modello sviluppato da Oliver (1999) sulla sequenza cognitiva, affettiva e conativa alla base della formazione della fedeltà del consumatore. Al tempo stesso i risultati indicano, per il contesto analizzato, una maggiore appropriatezza del modello Servperf di Cronin e Taylor rispetto a quello Servqual di Parasuraman.

I risultati evidenziano che sia la qualità del servizio sia la soddisfazione del paziente sono importanti determinanti della fedeltà, laddove la qualità del servizio è collegata indirettamente alla fedeltà attraverso la soddisfazione del paziente. L'alta percentuale di varianza nella fedeltà spiegata dal modello 1 indica il forte potere esplicativo del modello. Di conseguenza, la ricerca conferma la validità del modello cognitivo-affettivo-conativo di Oliver (1999) e della logica consequenziale che esso esprime.

Diverse sono le implicazioni scientifiche e manageriali del lavoro. Sul piano scientifico, nonostante l'ampia produzione teorica ed empirica sui costrutti della qualità del servizio, della *customer satisfaction* e della fedeltà, lo studio delle relazioni causali, attraverso modelli a equazioni strutturali, non è stato condotto sui servizi sanitari in Italia. In tal senso la ricerca fornisce un contributo alla letteratura sul *marketing* e qualità nel settore dei servizi sanitari e, in particolare, sulla tematica non risolta relativa all'antecedenza logico-causale della qualità del servizio rispetto alla soddisfazione del paziente, piuttosto che della soddisfazione del paziente rispetto alla qualità del servizio. I risultati dell'analisi indicano che, sebbene sia la qualità dei servizi sia la soddisfazione del paziente influenzano il grado di fedeltà,

la soddisfazione esercita un'influenza maggiore sulla fedeltà rispetto alla qualità del servizio e hanno, quindi, rilevanti implicazioni sul piano manageriale. I manager del settore sanitario dovrebbero focalizzare la loro attenzione maggiormente sulle determinanti della *customer satisfaction*. Se è vero l'assioma secondo cui è più costoso attrarre un nuovo cliente piuttosto che mantenerne uno, una maggiore conoscenza dei *drivers* che influiscono sulla soddisfazione dei clienti fornirebbe ai manager informazioni utili per indirizzare gli sforzi aziendali (finanziari e organizzativi) con una migliore allocazione del *budget* e con l'individuazione, ove necessario, di idonee misure correttive. Va osservato, infatti, che la qualità del servizio spiega solo il 42% della varianza nella soddisfazione dei pazienti, ciò significa che potrebbero esserci altri fattori, non collegati ai tradizionali *items* utilizzati per la valutazione della qualità del servizio, che esercitano un'influenza sulla soddisfazione dei pazienti. Ciò richiede un ripensamento profondo di elementi di qualità e soddisfazione che evidentemente non sono sufficientemente compresi. D'altra parte è lecito pensare che i pazienti non necessariamente scelgono l'ospedale solo in funzione della qualità percepita dei servizi erogati. Potrebbero esserci altri fattori, per esempio i costi da sostenere, la localizzazione dell'ospedale, la possibilità e le modalità per i parenti di assistere il paziente o altri elementi che potrebbero contribuire alla soddisfazione del paziente.

Sarebbe, dunque, particolarmente utile una maggiore comprensione dei fattori che, oltre alla qualità del servizio, influiscono sulla soddisfazione del paziente. Certo non è possibile modificare la localizzazione di un ospedale per incrementare la soddisfazione dei pazienti, ma, ragionando *à la Normann (2002)*, si potrebbe, per esempio, ridisegnare la logistica in entrata, definire orari di accesso compatibili con quelli dei mezzi di trasporto, ipotizzare l'apertura serale degli ambulatori diagnostici per renderli più fruibili, ridisegnare la modalità quali-quantitativa della presenza/assistenza dei familiari, etc. D'altra parte l'esistenza di notevoli margini di miglioramento della soddisfazione dei pazienti è testimoniata da una ricerca sulle aspettative e sulla soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità condotta

dal Censis (2010). Da tale ricerca emerge che solo il settore farmacie riesce a garantire una buona soddisfazione a più del 50% degli intervistati mentre per tutte le altre tipologie di servizio ci sono ampi livelli di insoddisfazione. I maggiori livelli di insoddisfazione si riscontrano per le categorie: «strutture di riabilitazione privata», «Ospedali - Pronto soccorso», «Strutture di riabilitazione pubbliche» e, per ultima, «Assistenza sanitaria domiciliare pubblica».

La ricerca presentata non è esente da limiti. Questi, tuttavia, possono in alcuni casi costituire spunti per future ricerche. In primo luogo, va evidenziata la semplificazione inevitabilmente presente in tutti i tentativi di comprensione di realtà complesse attraverso modelli statistico-matematici, il principale limite dello studio è costituito dalla dimensione e dalla natura del campione. Le analisi sono state condotte su un campione casuale di pazienti di una struttura sanitaria

privata, scelta con criterio di convenienza. Ne consegue che per consentire una generalizzazione dei risultati sarebbe opportuna una replicazione dell'indagine in altri contesti.

Un'altra limitazione dello studio è la sua prospettiva statica. Anche se sono pochi gli studi che hanno analizzato l'evoluzione nel tempo della qualità percepita e della soddisfazione del paziente, è lecito ritenere che essi possano variare in maniera significativa nel tempo e possano essere anche profondamente differenti rispetto al momento in cui si è usufruito del servizio; potrebbe, perciò, essere interessante estendere il campione a soggetti che si trovano in differenti momenti: non solo subito dopo, ma anche prima, durante o molto dopo l'effettiva erogazione del servizio sanitario.

Sarebbe, infine, auspicabile una ripetizione dello studio anche in altre aree del settore sanitario e in altri contesti.

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

- ADINOLFI P., CIASULLO M.V. (2000), «Il miglioramento della qualità nelle aziende sanitarie: analisi di alcune sperimentazioni», *Mecosan*, 34, pp.73-85.
- ANDERSON J.C., GERBING D.W. (1988), «Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach», *Psychological Bulletin*, 103 (3), pp. 411-423.
- BAKER L. (2000), «Measuring competition in health care markets», *Health service research*, 36, pp. 224-251.
- BELLINI R., BONELLI G., GIORGIONE N. (2010), «Le indagini di soddisfazione del paziente come strumento di governance nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, pp. 77-88.
- BENTLER P.M., BONETT D.G. (1980), «Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures», *Psychological Bulletin*, 88 (3), pp. 588-606.
- BITNER M.J. (1990), «Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses», *Journal of Marketing*, 54 (2), pp. 69-82.
- BLOEMER J., DE RUYTER K., WETZELS M. (1999), «Linking perceived service quality and service loyalty: a multi-dimensional perspective», *European Journal of Marketing*, 33 (11/12), pp. 1082-1106.
- BOLUS R. (1999), «Patient, satisfaction: the indispensable outcome», *Managed care*, Apr., 8 (4) pp. 25-81.
- BOND T.G., CAPELLI M., CAPPIELLO G., CARRETTA E. (2007), «La misurazione della soddisfazione nei servizi ospedalieri: il caso del Policlinico S. Orsola-Malpighi», *Mecosan*, 64, pp. 67-76.
- BORGONOVÌ E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, terza edizione, Egea, Milano.
- BYRNE B.M. (1994), *Structural equation modeling with EQS and EQS Windows*, Thousand Oaks.
- CENSIS (2010), *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute ed alla sanità*, Roma.
- CHI C.G., GURSOY D. (2009), «Employee satisfaction, customer satisfaction, and financial performance: an empirical examination», *International Journal of Hospitality Management*, 28, pp. 245-253.
- CRONIN J.J. JR., BRADY M.K., HULT T.M. (2000), «Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments», *Journal of Retailing*, 76 (2), pp. 193-218.
- CRONIN J.J., TAYLOR S.A. (1992), «Measuring service quality: a reexamination and extension», *Journal of Marketing*, 56, pp.55-68.
- DAVID P. (2003), «An exploratory examination of "SERVQUAL" versus "SERVPERF" for prosthetic dental specialists in clinical research and regulatory affairs», *Clinical Research and Regulatory Affairs*, 20 (1), pp. 89-100.
- DENG Z., LU Y., KEE W.K., ZHANG J. (2010), «Understanding customer satisfaction and loyalty: an em-

- pirical study of mobile instant messages in China», *International Journal of Information Management*, 30, pp. 289-300.
- DONABEDIEN A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, NIS.
- FAVRETTO G. (2007), *Organizzare la soddisfazione in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- FORNELL C., LARCKER D.F. (1981), «Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error», *Journal of Marketing Research*, 18 (1), pp. 39-50.
- FOURNIER S., GLEN MICK D. (1999), «Rediscovering satisfaction», *Journal of Marketing*, 63 (4), pp. 5-34.
- GÓMEZ-BESTEIRO M., SOMOZA-DIGÓN J., EINÖDER-MORENO M., JIMÉNEZ-FRAGA M.N., CASTIÑEIRA-PEREIRA S., FEJOO-FUENTES M.L. (2012), «Health care quality perceived by the patients in an urban health centre», in A. Coruña, *Enfermería Clínica*, Jul-Aug, 22 (4), pp. 82-190.
- HAIR J.F. JR., BLACK W.C., BABIN B.J., ANDERSON R.E. (2009), *Multivariate data analysis*, 7th ed., Pearson Prentice Hall.
- HELGESEN O., NESSET E. (2007), «What accounts for students' loyalty? Some field study evidence», *International Journal of Educational Management*, 21 (2), pp. 126-143.
- IACOBUCCI D., OSTROM A., GRAYSON K. (1995), «Distinguishing service quality and customer satisfaction: the voice of the customer», *Journal of Consumer Psychology*, 4 (3), pp. 277-303.
- MOLINER M. (2009), «Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services», *Journal of Service Management*, 20 (1), pp.76-97.
- MUSUNURU K. (2011), «Patient's choice or switching attitude towards health care services in private hospitals», *International Journal of Engineering and Management Sciences (IJEMS)*, available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1943452>
- LANZETTI C. (2003), *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull'esperienza dei malati*, Franco Angeli, Milano.
- NORMANN R. (2002), *Ridisegnare l'impresa. Quando la mappa cambia il paesaggio*, Etas, Milano.
- OECD (2000), *The Service Economy*, Oecd Publishing, doi: 10.1787/9789264182516-en (download del 20/05/2013).
- OECD (2013), *Oecd Employment Outlook 2013*, Oecd Publishing, doi: 10.1787/empl_outlook-2013-en (download del 21/05/2013).
- OLIVER R.L. (1980), «A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions», *Journal of Marketing Research*, 17, pp. 460-469.
- OLIVER R.L. (1981), «Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings», *Journal of Retailing*, 57 (3), pp. 25-48.
- OLIVER R.L. (1999), «Whence consumer loyalty?», *Journal of Marketing*, 63, pp. 33-44.
- OLORUNNIWO F., HSU M.K., UDO G.J. (2006), «Service quality, customer satisfaction, and behavioral intentions in the service factory», *Journal of Services Marketing*, 20 (1), pp. 59-72.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L. (1985), «A conceptual model of service quality and its implications for future research», *Journal of Marketing*, 49, pp. 41-50.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V., BERRY L. (1988), «SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality», *Journal of Retailing*, 64, pp. 12-40.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L. (1991), «Refinement and reassessment of the Servqual scale», *Journal of Retailing*, 67 (4), pp. 420-450.
- RAY J.J. (1990), «Acquiescence and problems with forced-choice scales», *Journal of Social Psychology*, 130 (3), pp. 397-399.
- SCHIAVI G. (2004), *La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- SHANKAR V., SMITH A.K., RANGASWAMY A. (2003), «Customer satisfaction and loyalty in online and offline environments», *International Journal of Research in Marketing*, 20 (2), pp. 153-175.
- SPRENG P.A., MACKOY R.D. (1996), «An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction», *Journal of Retailing*, 72 (2), pp. 201-214.
- TIAN-COLE S., CROMPTON J.L. (2003), «A conceptualization of the relationships between service quality and visitor satisfaction, and their links to destination selection», *Leisure Studies*, 22, pp. 65-80.
- WATHEK S.R. (2012), «Patients' perception of health care quality, satisfaction and behavioral intention: an empirical study in Bahrain», *International Journal of Business and Social Science*, 18, pp. 131-141.
- ZEITHAML V.A., BERRY L.L., PARASURAMAN A. (1996), «The behavioral consequences of service quality», *Journal of Marketing*, 60, pp. 31-46.

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 costi congiunti degli emocomponenti: il caso della Regione Marche

STEFANO MARASCA, ALESSIA D'ANDREA, MARIO PIANI

The national (and European) legislation plays a leading role in the Italian transfusion network to develop management solutions able to combine quality and efficiency in the collection, testing, processing, storage and distribution of human blood and blood components. The three blood components – red blood cells, plasma and platelets – must be guaranteed in compliance with the institutional purpose of the transfusion medicine. The outputs are produced through joint processes. The case study research method is used in the current study. The paper aims at verifying the applicability of joint costing methods to the transfusion system and presenting the consequences arising from the use of different alternative methods of joint cost allocation.

Keywords: joint costs, blood transfusion medicine, case study, new public governance, decision making

Parole chiave: costi congiunti, medicina trasfusionale, case study, new public governance, processo decisionale

Note sugli autori

Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Management:

Prof. Stefano Marasca - s.marasca@univpm.it;

Dott.ssa Alessia D'Andrea

Dott. Mario Piani, Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale Regione Marche

Ringraziamenti

Si ringraziano sinceramente i due anonimi referee, i cui commenti e suggerimenti hanno stimolato una radicale revisione di precedenti versioni del presente articolo; rimane ovviamente esclusivamente degli autori la responsabilità per il suo contenuto

1. Introduzione

Il sistema di tutela della salute, negli ultimi anni, è stato interessato da profondi cambiamenti con rilevanti impatti sugli strumenti manageriali a supporto del processo decisionale da parte di diversi attori dello scenario sanitario. In quest'ambito, notevole rilevanza assumono le sfide cui è stata posta di fronte la Medicina Trasfusionale. Nel contesto italiano, le prestazioni di Medicina Trasfusionale rientrano nei livelli essenziali di assistenza sanitaria e sono erogate all'interno di presidi e strutture sanitarie (come espressamente richiamato dalla legge n. 219/2005). L'erogazione di prestazioni ai pazienti è preceduta e affiancata da altre attività quali: la promozione del dono del sangue, la raccolta del sangue intero e degli emocomponenti, il frazionamento con mezzi fisici, la validazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti, nonché la produzione di farmaci emoderivati. Non tutte le attività trasfusionali sono eseguite dal personale operante nelle strutture trasfusionali pubbliche. Per alcune delle attività sopra elencate si ha l'intervento di soggetti di natura *non profit* (associazioni di volontariato, cui è affidata la promozione del dono del sangue) e di natura *profit* (azienda farmaceutica di plasmaderivazione, incaricata della produzione di farmaci). Le logiche sottostanti i processi di definizione, gestione e fornitura dei servizi richiamano il paradigma della *new public governance* (Meneguzzo, 1995; Osborne, 2010; Pollitt e Bouckaert, 2011), nel quale è molto importante la collaborazione sistematica fra diverse entità, pubbliche e private.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivi e metodologia
3. La produzione tecnicamente congiunta in Medicina Trasfusionale
4. Il caso di studio: i costi degli emocomponenti nel sistema trasfusionale della Regione Marche
5. Considerazioni conclusive

Attraverso tale configurazione organizzativa, lo Stato persegue le seguenti finalità di utilità sociale e interesse collettivo: «il raggiungimento dell'autosufficienza regionale e nazionale di sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati; una più efficace tutela della salute dei cittadini attraverso il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza raggiungibili nell'ambito di tutto il processo finalizzato alla donazione e alla trasfusione del sangue» (cfr. legge n. 219/2005, art. 1).

I diversi attori (pubblici e privati) sono chiamati a rispondere alle finalità indicate in «regimes of laws, rules, judicial decisions, and administrative practices that constrain, prescribe, and enable the provision of publicly supported goods and services» (Lynn *et al.*, 2001, p. 7). Essi operano in modo coordinato sul territorio (Gugiatti, 1996), ma con differenti funzioni e specializzazioni (Del Vecchio, 2000), dando origine a forme di reti sanitarie verticali e orizzontali (Borgonovi, 1996), idonee sia a garantire l'erogazione di servizi omogenei sul territorio sia a fronteggiare l'esigenza del *continuum of care* (Meneguzzo, 1996; Lega, 2002). All'omogeneità nell'erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale, devono accompagnarsi la garanzia di omogenei livelli di qualità e di sicurezza degli emocomponenti e delle prestazioni trasfusionali¹ e, inoltre, la tendenza al miglioramento continuo dei servizi erogati (Giovannelli, 2004; Marinò, 2008).

Il perseguimento delle finalità sopra richiamate e l'osservanza dei dettati normativi devono comportare scelte sociali improntate al rispetto di principi di efficienza nell'utilizzo di risorse di fonte pubblica. Quest'ultima esigenza è particolarmente rilevante nel settore della Medicina Trasfusionale, poiché tale disciplina medica non usufruisce del sistema di finanziamento pubblico a tariffa predeterminata – associata al sistema di classificazione fondato sui *Diagnosis Related Groups* – ma rientra nel settore dei «servizi clinici», con vincolo di copertura dei costi di produzione degli emocomponenti e dei costi delle prestazioni assistenziali.

Oggetto del presente lavoro è la determinazione dei costi degli emocomponenti. Il *focus* è sui costi associati alle attività che vanno dalla raccolta di sangue alla produzione degli *output* di Medicina Trasfusionale.

La produzione di emocomponenti può derivare da:

- raccolta di sangue intero, dalla quale, mediante processo di separazione, si ottengono un'unità di emazie da scomposizione (meglio conosciute come «globuli rossi»), un'unità di plasma da scomposizione e un'unità di *buffy coat*. Dal processo di assemblaggio in *pool* di più *buffy coats* (da 4 a 6) si ottiene un'unità di «concentrato piastrinico»;

- raccolta in aferesi.²

Da tali processi originano i tre emocomponenti da garantire nel rispetto del fine istituzionale della Medicina Trasfusionale: emazie (da scomposizione o da aferesi), plasma (da scomposizione o da aferesi) e concentrato piastrinico (da *pool* di *buffy coats* o da aferesi). La considerazione di tali fattori richiama l'applicazione di strumenti di *cost accounting* propri delle produzioni tecnicamente congiunte e apre le riflessioni sull'analisi economica dei costi degli emocomponenti e sulle scelte di convenienza circa l'uso alternativo dei due processi per l'ottenimento di emocomponenti.

2. Obiettivi e metodologia

Nel presente lavoro si affrontano le problematiche connesse alla definizione dei costi degli emocomponenti, attraverso l'applicazione di metodi di allocazione dei costi delle produzioni tecnicamente congiunte, proposti e consolidati nella dottrina economico-aziendale (Miolo Vitali, 2004; Collini, 2008; Avi, 2007; Bubbio, 2008; Arcari, 2010; Horngren, 2011).

Le principali domande di ricerca sono, pertanto: nel caso tipico della Medicina Trasfusionale, tutte le metodologie convenzionalmente più applicate per le produzioni congiunte possono essere adottate? Quali sono le conseguenze derivanti dall'utilizzo dei metodi ritenuti applicabili sulle scelte di convenienza economica?

Al fine di dare risposta ai suddetti interrogativi, si presentano i risultati di una ricerca di tipo empirico condotta tramite il metodo dello studio di caso (Yin, 1981; Fattore, 2005; Chiuicchi, 2012). In particolare, si presenta un *embedded single case study* (Yin,

2003) in cui le unità di analisi sono rappresentate dalle dodici Unità operative di Medicina Trasfusionale della Regione Marche (UU.OO.), afferenti al Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale.

La scelta metodologica è legata al ruolo esplorativo della nostra ricerca che mira a identificare, in un contesto specifico – la Regione Marche – i costi degli emocomponenti e la loro variabilità in funzione dell'applicazione dei diversi metodi di allocazione dei costi delle produzioni tecnicamente congiunte.

La raccolta dei dati è avvenuta mediante l'analisi di fonti documentali, l'osservazione partecipante (Atkinson e Shaffir, 1998; Corbetta, 2003) dei processi trasfusionali e lo svolgimento di interviste semi-strutturate alle risorse umane operanti nelle diverse UU.OO. (Yin, 2003; Corbetta, 2003).

In generale, la determinazione dei costi degli emocomponenti non appare un tema di ricerca nuovo nel panorama degli studi nazionali e internazionali di settore;³ l'applicazione di metodologie proprie delle produzioni tecnicamente congiunte agli emocomponenti in Italia rappresenta, nel dettaglio, un ambito di ricerca poco indagato. Alcuni autori (Cummin *et al.*, 1974; Lowe, 1999; Dixon, Trenchard, 2001; Varney, Guest, 2003; Trenchard, Dixon, 2003; Sullivan, Wallace, 2005) hanno determinato i costi degli emocomponenti applicando metodi di allocazione dei costi congiunti quantitativi o qualitativi, la cui scelta è stata influenzata da variabili geografiche, storiche e organizzative (contesto di riferimento, sistema di *governance*, definizione degli *output*). Come è argomentato nel prosieguo, tali fattori spazio-temporali (Lukka, 2005; Grandori, 1996; Chiucchi, 2012) generano differenze nella definizione delle ipotesi preliminari a supporto delle scelte metodologiche adottate negli studi richiamati, le quali risultano, pertanto, di difficile applicazione al contesto italiano.

Inoltre, si segnala un contributo (Calteri *et al.*, 2012) che ha affrontato il tema della determinazione dei costi dei diversi emocomponenti, prodotti in strutture trasfusionali dislocate sul territorio nazionale. I risultati cui giungono gli autori evidenziano una profonda variabilità di tali costi nelle diverse

strutture/unità di analisi, oggetto di osservazione. Lo studio, però, non sofferma l'attenzione sulle problematiche di allocazione dei costi riscontrabili nei casi di produzione tecnicamente congiunta, che – come è esposto nel prossimo paragrafo – sono pienamente rilevabili nel processo di determinazione dei costi degli emocomponenti. Tale ultima lacuna è rintracciabile anche nello studio del 2004 avente per oggetto i costi delle strutture di Medicina Trasfusionale della Regione Veneto (cfr. Regione Veneto, *Manuale per l'analisi dei costi dei servizi immunotrasfusionali*, 2004).

L'opportunità di approfondimenti di *management accounting* applicati alle fasi di produzione degli emocomponenti si evidenzia chiaramente nello scenario italiano, dove la Medicina Trasfusionale assume specificità che necessitano di distinte e approfondite analisi. La possibile applicazione delle metodologie di allocazione di costi ai prodotti, nei casi di produzione tecnicamente congiunta di emocomponenti, appare un tema scarsamente esplorato nel panorama degli studi economico-aziendali. Il presente lavoro, pertanto, attraverso il metodo prescelto dello studio di caso, contribuisce a sviluppare nuovi ambiti di ricerca e di discussione sui temi richiamati.

3. La produzione tecnicamente congiunta in Medicina Trasfusionale

Il concetto di produzione congiunta è rintracciabile già negli studi economici agli albori del secolo scorso, i quali individuavano tale fenomeno nei casi in cui due o più beni avevano un'origine comune e non potevano essere prodotti separatamente (Marshall, 1890) e, specificatamente, «quelli per cui non è possibile produrne uno senza produrre anche gli altri» (Marshall, 1923, p. 192). Dal punto di vista contabile, i primi studi identificano i costi congiunti come quei costi tecnicamente inscindibili (Pigou, 1913). Più recenti contributi economico-aziendali pongono l'accento sulla condizione che si parli di *joint products* (o prodotti congiunti) quando da un singolo lotto di materie prime, o da un singolo processo di produzione, si ottengono contemporaneamente due o più prodotti finali distinti gli uni dagli altri, riconosciuti solo oltre un certo punto del proces-

so di fabbricazione, chiamato punto di separazione o *split-off point* (Blocker, Weltmer, 1954; Anthony, 1965; Gordon, 1967, Coda, 1968; Drury, 1996; Selleri, 1999, Miolo Vitali, 2004; Anthony *et al.*, 2008; Horngren, 2011).

Prima del punto di separazione, i prodotti condividono alcune fasi del processo produttivo a causa dell'esistenza di vincoli tecnici che, data la tecnologia disponibile, non consentono di ottenere un prodotto senza produrre contemporaneamente un altro o più di un altro (Miolo Vitali, 2004). Dopo lo *split-off point*, i singoli prodotti sono distinguibili e apprezzabili separatamente in termini economici, ovvero hanno una loro funzionalità distinta, e seguono indipendenti processi produttivi che impiegano risorse identificabili e attribuibili agli stessi in modo esclusivo (Collini, 2008).

I costi sostenuti per la realizzazione delle fasi produttive comuni ai singoli prodotti sono denominati costi congiunti (Miolo Vitali, 2004). La loro determinazione non solleva particolari problemi nel caso in cui l'ambito di analisi sia l'intero processo di lavorazione (Selleri, 1999). Se l'obiettivo diventa l'identificazione del costo di ciascun prodotto è necessario trovare una «ragionevole base per allocare a ciascuno dei prodotti finali i costi sostenuti fino allo *split-off*» (Anthony *et al.*, 2008, p. 205). L'individuazione di relazioni quantitativamente misurabili è impossibile nei casi di produzioni tecnicamente congiunte; ne deriva, pertanto, la necessità di adottare metodi di attribuzione dei costi di tipo convenzionale (Collini, 2008).

I principali metodi si distinguono in metodi basati sui valori di mercato, metodi basati sulle unità fisiche e metodi basati sulla distinzione tra prodotto principale e prodotto secondario (Anthony, 1965; Coda, 1968; Drury, 1996; Selleri, 1999, Miolo Vitali, 2004; Anthony *et al.*, 2008; Horngren, 2011). I metodi basati sui valori di mercato si fondano sull'ipotesi che ogni unità – derivante da produzione congiunta – assorba una quota di costo proporzionale alla propria capacità di generare ricavi. In questo caso, si può utilizzare il metodo basato sui prezzi di vendita (il quale prevede che i costi congiunti siano allocati ai differenti prodotti in proporzione al valore di vendita del prodotto ottenuto dopo lo *split-off point*) o il metodo

basato sul valore netto di realizzo (il quale utilizza, come base di allocazione dei costi congiunti, i ricavi ottenuti al netto dei costi specifici sostenuti dopo il punto di separazione). I metodi basati sulle unità fisiche si fondano sull'ipotesi della proporzionalità dei costi congiunti ai volumi di produzione di ciascun prodotto ottenuto dopo il punto di *split-off*. I metodi basati sulla distinzione tra prodotto principale e prodotto secondario comportano la necessità di definire, in primo luogo, quale prodotto sia più rilevante e quale secondario. Quest'ultimo si ottiene come conseguenza indesiderata del processo produttivo finalizzato all'ottenimento del prodotto principale (Miolo Vitali, 2004). La considerazione dell'importanza da assegnare al singolo emocomponente è connessa all'uso cui lo stesso è destinato, al prezzo che i suoi utilizzatori finali sono disposti a pagare (Drury, 1996; Collini, 2008; Horngren, 2011) e agli obiettivi di produzione determinati dalla direzione (Anthony *et al.*, 2008). La distinzione, inoltre, può essere influenzata da fattori spazio-temporali, quali, per esempio, il momento storico e il luogo geografico (Drury, 1996; Anthony *et al.*, 2004; Miolo Vitali, 2004; Collini, 2008; Horngren, 2011). In secondo luogo, occorre tener conto che esistono due diverse varianti del metodo basato sulla distinzione tra prodotto principale e prodotto secondario (Miolo Vitali, 2004; Arcari, 2010). La prima prevede l'attribuzione dei costi generati dalla produzione tecnicamente congiunta interamente al prodotto principale; la seconda riconosce al prodotto secondario un costo pari al loro valore di realizzo e al prodotto principale il valore dei costi congiunti al netto dell'importo attribuito al prodotto secondario.

La produzione degli emocomponenti, come richiamato nell'introduzione, deriva da procedure di raccolta (e successivo frazionamento) di sangue intero o da procedure di aferesi. Nel caso di produzione da sangue intero, ogni emocomponente diviene identificabile dopo la fase di frazionamento. Il termine del processo di frazionamento costituisce, in questo caso, lo *split-off point*. Pertanto, come esemplificato in **figura 1**, le fasi in comune del processo sono: la promozione del dono del sangue, l'esecuzione delle procedure di accertamento dell'idoneità alla donazione, la raccolta, l'esecuzione delle

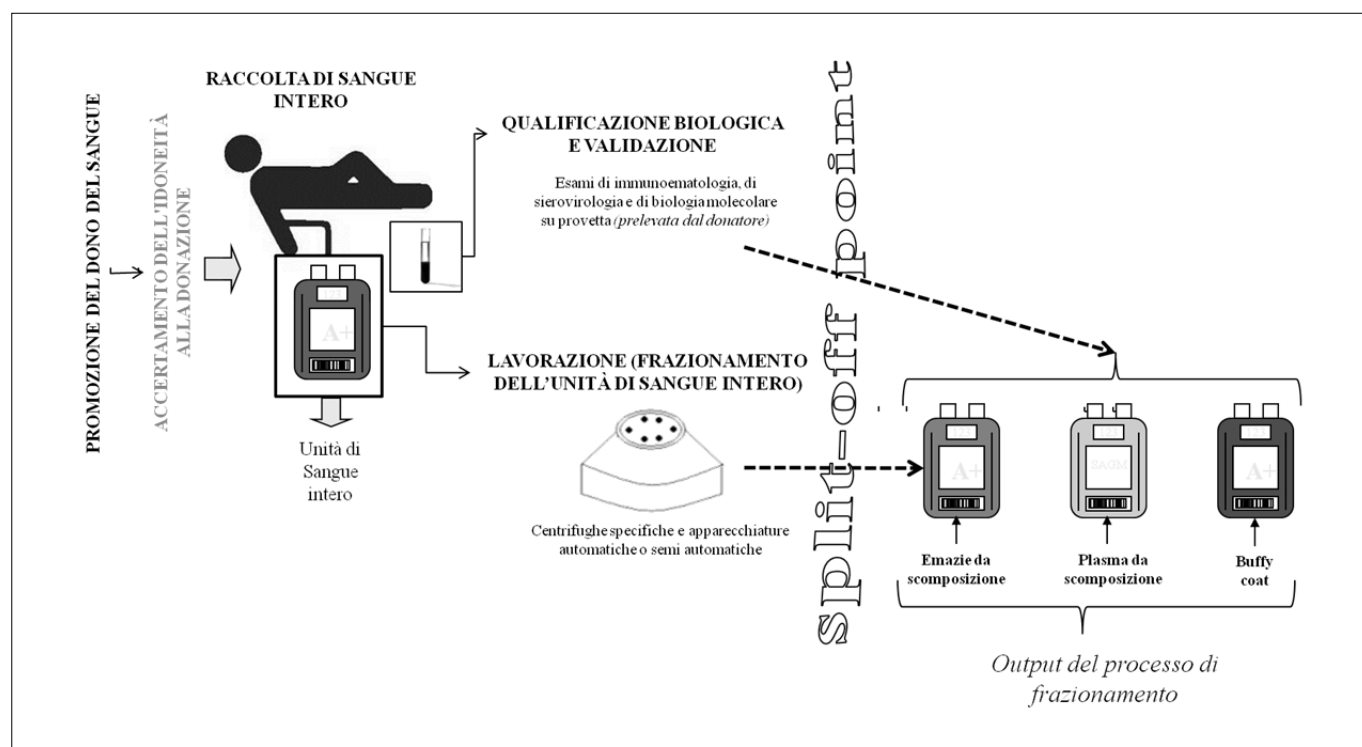


Figura 1

indagini di laboratorio per qualificazione e validazione biologica delle unità raccolte, il frazionamento. Le fasi successive, identificabili per ciascun prodotto, sono attinenti alle attività di controllo qualità (e sterilità) e di conservazione (cfr. Manuale SIMTI del 2010, *Standard di Medicina Trasfusionale*).

Nei casi di produzione degli emocomponenti mediante procedure in aferesi (tra le quali rientrano i processi di raccolta *multicomponent*, dai quali si ottiene più di un emocomponente), *lo split-off point* è rintracciabile nella fase immediatamente successiva alla raccolta e all'esecuzione delle indagini di laboratorio per qualificazione e validazione biologica delle unità raccolte. I singoli emocomponenti derivanti dai due processi hanno una loro «funzionalità distinta»: le emazie (da scomposizione o da aferesi) sono esclusivamente destinate ad assegnazioni per uso clinico così come il concentrato piastrinico (da *pool* di *buffy coat* o da aferesi); il plasma (da scomposizione o da aferesi), invece, trova il proprio impiego, oltre che nel soddisfacimento di richieste per uso clinico, come materia prima per la produzione in conto lavoro dei farmaci plasmaderivati.

La determinazione dei costi dei singoli emocomponenti richiede la determinazione di ragionevoli basi di allocazione dei costi congiunti sostenuti durante l'espletamento delle fasi precedenti il punto di separazione.

In Italia, l'utilizzo dei metodi basati sui valori di mercato non appare possibile, considerata la non esistenza di un mercato per tali tipologie di prodotti. Nel nostro paese, infatti, la cessione degli emocomponenti tra le diverse strutture sanitarie è regolata da prezzi di scambio definiti dal Centro Nazionale Sangue (come da incarico del Ministero della Salute sancito nella legge n. 219/2005), i quali rappresentano «il tetto massimo dei costi complessivi attribuibili per tutte le attività di produzione degli emocomponenti» (cfr. Accordo Conferenza Stato-Regioni, 2008 - ultimo aggiornamento). L'utilizzo di tale metodo non è escludibile in altri paesi come, per esempio, negli USA, dove – come evidenziato anche nello studio di Toner *et al.* (2011) – vige un sistema di prezzi di mercato nel quale «[...] price differences are the result of the strong control that local suppliers have on the market for blood components» (Toner *et al.*, 2011, p. 35).

Al fine di determinare il costo del processo congiunto da attribuire ai singoli emocomponenti, neppure il metodo delle unità fisiche appare utilizzabile. Tale metodo, infatti, genera difficoltà nella definizione di un'unità di misura omogenea (Miolo Vitali, 2004; Collini, 2008; Horngren, 2011): il concentrato piastrinico è «misurabile» in base al rendimento in termini di numero di piastrine prodotto da ogni concentrato; per le emazie, il parametro fisico da considerare (secondo gli *standard* di settore) è il volume (in termini di millilitri) e il conseguente contenuto di emoglobina⁴ (in grammi); per il plasma il parametro fisico da considerare (secondo gli *standard* di settore) è il volume (in termini di millilitri).

Il metodo basato sulla distinzione tra prodotto principale e prodotto secondario si presta allo scopo di allocazione dei costi congiunti ai diversi emocomponenti. Ciò è valido considerando le peculiarità del sistema trasfusionale italiano, per cui tutti gli emocomponenti siano ritenuti strategici per il perseguimento dell'autosufficienza; alcuni di essi sono però considerati di minore importanza riguardo al «prezzo di cessione» che i loro utilizzatori finali sono disposti a pagare.

L'analisi dei dettati normativi contenenti i «prezzi di cessione» evidenzia che il valore di scambio riconosciuto per il plasma, derivante da processi di produzione congiunta (frazionamento di sangue intero, raccolta in aferesi *multicomponent*), è nettamente inferiore rispetto agli altri emocomponenti. In aggiunta, il *buffy coat* come materia prima non è considerato. Ne deriva che, con riferimento agli emocomponenti da frazionamento di sangue intero, il plasma da scomposizione e il *buffy coat* costituiscono i prodotti secondari. Con riferimento alla raccolta *multicomponent* in aferesi, l'unico prodotto secondario è rappresentato dal plasma.⁵ Tale distinzione non è valida per tutti i paesi, in quanto, come richiamato in precedenza, è necessario considerare i fattori spazio-temporali alla base della classificazione proposta. Per esempio, in UK – come evidenziato dallo studio di Trenchard e Dixon (2003) – il plasma (da scomposizione) è interamente smaltito per disposizioni della *National Blood Authority* (Nba) e, quindi, non rappresenta un prodotto strategico per l'ottenimen-

to dell'autosufficienza nazionale di farmaci ed emocomponenti. Similare è, invece, in UK la valorizzazione del *buffy coat* a «costo zero» fino al punto di *split-off*, derivante da espressa scelta governativa della *National Blood Authority* (Trenchard e Dixon, 2003).

Dopo aver determinato quali sono gli emocomponenti che costituiscono il prodotto principale e quali il *by product* del processo congiunto, è necessario identificare come sono oggettivamente allocati i costi. Per la variante del valore di realizzo del prodotto secondario si riscontrano gli stessi limiti argomentati per i metodi basati sui valori di mercato. La variante del metodo del prodotto principale – in questo momento storico nel contesto italiano – non presenta profili ostativi nella sua applicazione ai fini dell'allocazione dei costi congiunti agli emocomponenti.

4. Il caso di studio: i costi degli emocomponenti nel sistema trasfusionale della Regione Marche

Il caso di studio ha per oggetto i costi rilevati (di competenza dell'anno 2011) nelle dodici unità operative di Medicina Trasfusionale della Regione Marche, afferenti al Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale, istituito con la legge regionale n. 13/2003. Va subito precisato che peculiarità del contesto regionale sono: la centralizzazione delle attività di laboratorio di sierovirologia e di biologia molecolare, la gestione centralizzata dell'approvvigionamento dei reagenti e dei materiali sanitari e non sanitari, del sistema di qualità (in ottemperanza agli *standard* nazionali e internazionali) e della formazione del personale afferente alle diverse strutture.

Nel prosieguo è descritto il processo di determinazione del costo di produzione fino al punto di *split-off*. L'allocazione dei costi congiunti ai diversi *output* trasfusionali, si ricorda, è successiva e improntata alle logiche esposte nel paragrafo precedente. Allo scopo di rilevare le differenti situazioni sul territorio regionale, la metodologia di seguito descritta è stata replicata in ognuna delle Unità Operative di Medicina Trasfusionale (UU.OO.).

I costi diretti⁶ sono stati attribuiti all'unità di sangue. Per i costi indiretti, è stato neces-

sario il ricorso a tecniche di rilevazione sul campo al fine di raccogliere i dati e identificare i *driver* di imputazione di alcune categorie di costi alle attività produttive (*focus* del presente lavoro).

Le analisi si sono basate su volumi produttivi *standard* (per i diversi *output*), data l'impossibilità di tracciare i volumi reali nel sistema informativo esistente.

I costi diretti imputati direttamente all'unità di sangue sono:

- il costo della sacca di raccolta;
- il costo del «rimborso associativo» (in conformità a quanto sancito negli accordi tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) della legge n. 219/2005);
- il costo dei *test* di immunoematologia⁷ (fase del processo di validazione e qualificazione biologica delle unità di sangue ed emocomponenti donate) nei casi di diretta attribuzione dei fattori produttivi impiegati all'oggetto di costo.

I costi indiretti considerati sono:

- il costo relativo agli esami di sierovirologia e biologia molecolare effettuati nel Laboratorio regionale;
- il costo del personale;
- il costo dei *test* di immunoematologia nei casi di impiego di fattori produttivi comuni a più oggetti di costo;
- il costo degli esami per i controlli di qualità e sterilità degli emocomponenti;
- i costi generali.

Nel dettaglio, il costo degli esami di sierovirologia e biologia molecolare effettuati nel Laboratorio regionale è stato calcolato utilizzando quale base di riparto il numero di campioni processati nel Laboratorio. Per i costi di immunoematologia, allo scopo di conoscere le cause generatrici di tali costi e definire il metodo di attribuzione degli stessi, sono state svolte interviste agli operatori. Le interviste ai diversi operatori – in ciascuna UU.OO. – hanno consentito di evidenziare le differenze presenti nel territorio regionale in termini di procedure applicate e di prodotti impiegati per l'esecuzione dei *test*. Nei casi in cui la rilevazione condotta ha evidenziato che è impiegato un unico reagente per l'e-

secuzione di un *pool* di esami (compreso il «gruppo verifica»), il costo del reagente in oggetto è stato allocato utilizzando come base di riparto semplice il numero di detti esami (distinti per tipologia). Un'analoga metodologia è stata applicata per i costi relativi ai controlli di qualità e di sterilità richiesti dalla legge.

Il costo del personale preso a riferimento è stato fornito dalla Regione Marche: si tratta di un costo medio per profilo professionale sanitario. L'attribuzione del costo del personale a ogni unità di sangue è avvenuta sulla base delle informazioni raccolte mediante schede di rilevazione dei tempi di lavoro per ciascun'attività trasfusionale. Le schede sono state somministrate sia al personale dirigenziale sia agli operatori del comparto coinvolti nel processo. La definizione delle diverse attività rilevate è avvenuta integrando gli esiti ottenuti applicando due diversi metodi: un metodo *top down*, basato su informazioni contenute in documenti (il riferimento è a quanto contenuto nel Manuale SIMTI del 2010, *Standard di Medicina Trasfusionale*) e il metodo partecipativo, teso a raccogliere le informazioni emerse da interviste con i singoli responsabili di funzione.

I costi generali comprendono i costi di promozione dei progetti associativi, del sistema informativo regionale, della rete di trasporto a supporto del Laboratorio regionale, del sistema di qualità, della formazione delle risorse umane. Tali costi sono stati attribuiti alle unità di sangue intero sulla base del numero delle unità raccolte.

Il costo delle diverse apparecchiature, utilizzate nei diversi processi considerati, è compreso nel costo dei materiali approvvigionati (sacca di raccolta, *test* di sierovirologia e biologia molecolare, *test* di immunoematologia), come previsto nella gara centralizzata di acquisto. Tale procedura caratterizza il sistema degli approvvigionamenti del Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale, fin dalla sua istituzione.

Considerando le modalità di determinazione di costo descritte fino al punto di *split-off*, in **tabella 1** si presentano le evidenze empiriche della determinazione dei costi dei vari emocomponenti da scomposizione di sangue intero. Si ricorda che i risultati esposti derivano dall'applicazione del «metodo

Tabella 1

Emazie da scomposizione di sangue intero (volume: 280 ml +/- 20%) - prodotto principale

	Unità operativa A	Unità operativa B	Unità operativa C	Unità operativa D	Unità operativa E	Unità operativa F	Unità operativa G	Unità operativa H	Unità operativa I	Unità operativa L	Unità operativa M	Unità operativa N	Media
Rimborso associativo	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96	17,96
Materiale per la raccolta	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07	9,07
Esami immunoemat.	0,73	1,8	2,38	1,66	1,72	1,61	1,76	0,96	0,75	1,31	1,3	1,77	1,48
Esami sieroviol. e biologia molecolare	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37
Costo del personale	19,86	24,08	18,1	24,28	25,94	28,32	26,28	19,95	28,69	20,1	37,35	21,24	24,52
Quota di costi generali	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12
Costo unità emazie prodotta	79,12	84,4	79,01	84,48	86,18	88,46	86,57	79,45	87,97	79,94	97,17	81,53	84,52

Tabella 2

Plasma da scomposizione (FFP) di sangue intero (volume: 250 ml +/- 20%) - prodotto secondario

	Unità operativa A	Unità operativa B	Unità operativa C	Unità operativa D	Unità operativa E	Unità operativa F	Unità operativa G	Unità operativa H	Unità operativa I	Unità operativa L	Unità operativa M	Unità operativa N	Media
Costo unità FFP prodotta	0,65	1,23	1,68	2,31	1,63	1,46	2,71	1,26	2,54	2,58	2,68	1,84	1,88

del prodotto principale», con criterio di totale assegnazione dei costi congiunti al *main product*.

Buffy coat da scomposizione di sangue intero (prodotto secondario)

In linea con quanto posto in evidenza dai disposti normativi e dalla prassi medico-clinica richiamata precedentemente, il *buffy coat* è considerato un sottoprodotto. Questo emocomponente, se non utilizzato per la produzione del concentrato piastrinico, è smaltito. Nell'approccio adottato il suo costo è considerato pari a «zero».

Plasma da scomposizione di sangue intero (prodotto secondario)

Si precisa che al plasma da scomposizione, sono attribuiti solo i costi *post split-off point*, cioè quelli del congelamento, dello stoccag-

gio e della preparazione per l'invio all'azienda di plasma derivazione (tabella 2).

Applicando la logica esposta nel paragrafo precedente agli emocomponenti raccolti mediante procedure *multicomponent* in aferesi, ne deriva che il concentrato piastrinico (da aferesi) e le emazie (da aferesi) sono considerati prodotti principali mentre il plasma da prelievo *multicomponent* è considerato prodotto secondario e a esso sono attribuiti solo i costi *post split-off point*. Tenendo conto di tali premesse, si presentano di seguito i risultati empirici dello studio applicato agli emocomponenti derivanti dalla raccolta *multicomponent* mediante eritroplasmaferesi e piastrinoplasmaferesi.

Il costo del plasma – *output* derivante dalle due procedure (come evidenziato nella tabella 5) - risulta comunque pari a 2,12 euro poiché le attività specifiche attribuibili sono le stesse nelle due procedure (di cui alla tabella 3 e alla tabella 4).

Tabella 3

Emazie da eritroplasmaferesi (volume: 250 ml +/- 10%) - prodotto principale

	Unità operativa A	Unità operativa B	Unità operativa C	Unità operativa D	Unità operativa E	Unità operativa F	Unità operativa G	Unità operativa H	Unità operativa I	Unità operativa L	Unità operativa M	Unità operativa N	Media
Rimborso associativo	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77
Materiale per la raccolta	71,83	72,09	70,48	73,71	70,88	73,71	72,07	70,48	70,48	73,45	73,71	70,48	71,95
Esami immunoemat.	0,67	1,74	2,32	1,60	1,66	1,55	1,70	0,90	0,69	1,25	1,24	1,71	1,42
Esami sieroviol. e biologia molecolare	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38
Costo del personale	22,80	28,17	21,49	24,16	27,08	33,07	52,90	23,62	34,31	23,04	41,01	20,40	29,34
Quota di costi generali	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12
Costo unità emazie da aferesi	152,6	159,3	151,6	156,7	156,9	165,6	183,9	152,3	162,7	155,0	173,2	149,8	160,03

Tabella 4Concentrato piastrinico da piastrinoplasmaferesi (*) (resa: > 3 x 10¹¹) - prodotto principale

	Unità operativa A	Unità operativa B	Unità operativa C	Unità operativa D	Unità operativa E	Unità operativa F	Unità operativa G	Unità operativa H	Unità operativa I	Unità operativa L	Unità operativa M	Media
Rimborso associativo	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77	25,77
Materiale per la raccolta	167,08	167,08	121,05	167,08	154,11	167,08	121,05	167,08	167,08	167,08	121,05	153,35
Esami immunoemat.	0,67	1,68	2,32	1,60	1,66	1,70	0,84	0,69	1,25	1,24	1,71	1,40
Esami sieroviol. e biologia molecolare	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38	25,38
Costo del personale	28,21	25,34	21,49	24,16	27,08	50,94	34,43	36,11	23,39	41,01	22,20	30,40
Quota di costi generali	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12
Costo unità piastrine da aferesi	253,23	251,36	202,14	250,12	240,12	276,99	213,59	261,15	248,99	266,60	202,23	242,41

(*) Procedura eseguita solo in undici UU.OO.

Tabella 5

Plasma da eritroplasmaferesi e da piastrinoplasmaferesi (volume: > 300 ml) - prodotto secondario

	Unità operativa A	Unità operativa B	Unità operativa C	Unità operativa D	Unità operativa E	Unità operativa F	Unità operativa G	Unità operativa H	Unità operativa I	Unità operativa L	Unità operativa M	Unità operativa N	Media
Costo unità plasma da aferesi	0,74	1,41	1,78	2,44	1,71	1,73	3,02	1,34	3,45	2,81	3,04	1,94	2,12

Tabella 6

Plasma da aferesi (volume: > 500 ml)

	Unità operativa A	Unità operativa B	Unità operativa C	Unità operativa D	Unità operativa E	Unità operativa F	Unità operativa G	Unità operativa H	Unità operativa I	Unità operativa L	Unità operativa M	Unità operativa N	Media
Rimborso associativo	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86	21,86
Materiale per la raccolta	30,27	27,66	25,76	32,94	25,94	26,17	25,76	25,83	26,06	29,95	25,76	27,66	27,48
Esami immunoemat.	0,73	1,8	2,38	1,66	1,72	1,61	1,76	0,96	0,75	1,31	1,3	1,71	1,47
Esami sierovirolog. e biologia molecolare	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37	25,37
Costo del personale	20,94	25,28	17,83	24,1	25,22	29,4	27	21,76	32,45	22,97	39,14	20,34	25,54
Quota di costi generali	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12	6,12
Costo unità prodotta	105,3	108,1	99,3	112,1	106,2	110,5	107,9	101,9	112,6	107,6	119,6	103,1	107,8
Costo per invio plasma all'azienda	0,27	0,4	0,56	0,76	0,24	0,56	0,26	0,15	0,88	0,64	0,3	0,5	0,46
Costo unità per invio all'azienda	105,6	108,5	99,9	112,8	106,5	111,1	108,1	102,1	113,5	108,2	119,9	103,6	108,3

Nel caso di plasmaferesi (produzione del plasma da esclusiva raccolta in aferesi) i costi sono specificatamente e interamente attribuibili al plasma, poiché il singolo processo attuato dà origine a un solo *output*. Si presentano, in **tabella 6**, i risultati empirici sia del costo dell'unità di plasmaferesi prodotta e disponibile per assegnazione diretta al paziente, sia del costo dell'unità in oggetto comprensivo delle attività necessarie per l'invio dell'*output* all'azienda di plasmaderivazione.

5. Considerazioni conclusive

Nel contesto della Medicina Trasfusionale non tutte le metodologie convenzionalmente più applicate per le produzioni congiunte possono essere adottate: il metodo basato sulle unità fisiche, infatti, non trova in nessun caso applicabilità, data la difficoltà di identificare delle unità di misura omogenee per i diversi emocomponenti. I metodi basati sul prezzo di mercato e sulla distinzione tra prodotto principale e prodotto secondario (nelle due varianti di metodo del prodotto principale e metodo del valore di realizzo del prodotto secondario) sono invece applicabili, pur con alcuni limiti dettati da specificità del contesto, di ordine sia spaziale che temporale. I metodi basati sul prezzo di mercato e

sul valore di realizzo del prodotto secondario (variante del metodo basato sulla distinzione tra prodotto principale e prodotto secondario) trovano una possibile applicazione nei contesti internazionali, per esempio negli USA, dove lo scambio di emocomponenti avviene in regime di libero mercato, con pluralità di fornitori e variabilità dei prezzi (Toner *et al.*, 2011). Nel contesto italiano attualmente, invece, il caso di studio ha evidenziato l'applicabilità del solo metodo che distingue fra prodotto principale e secondario, nella variante c.d. del prodotto principale, nei casi di produzione degli emocomponenti derivanti da separazione di sangue intero, da raccolta *multicomponent* con procedura di eritroplasmaferesi e plasmapiastroaferesi.

L'utilizzo del metodo del prodotto principale, però, può generare delle difficoltà di applicazione se mutano le tipologie e il numero degli *output* della produzione congiunta.

In particolare, l'applicazione di tale metodo presenta gravi difficoltà se l'obiettivo conoscitivo concerne i costi degli emocomponenti derivanti da altre due procedure, segnatamente eritroplasmapiastroaferesi ed eritropiastroaferesi (cfr. nota 2). Da questi due processi di raccolta in aferesi derivano, infatti, emocomponenti che – secondo le ipotesi adottate e descritte nel § 3 – hanno pari

rilevanza: le emazie da aferesi e il concentrato piastrinico da aferesi.

L'attribuzione dei costi congiunti ai due emocomponenti derivanti da eritropiastrinoafèresi⁸ non può essere effettuata in base al metodo in oggetto, data l'inesistenza di un prodotto secondario. Per quanto riguarda l'eritropiastrinoafèresi, tale procedura dà origine a tre emocomponenti simultaneamente: in questo caso, la distinzione tra prodotto principale e secondario richiede una scelta assolutamente convenzionale.

Si conferma, quindi, che i metodi non sono tutti parimenti utilizzabili e, inoltre, quello adottabile in Italia presenta delle difficoltà applicative, sul piano prettamente tecnico, in alcuni casi specifici.

Poiché la variante del metodo del prodotto principale è l'unica applicabile in Italia in questo momento storico, è necessario considerare che tale approccio può fornire indicazioni «relative» se utilizzato a supporto di scelte di convenienza economica.

Tale variante, infatti, pur mostrando coerenza con la considerazione che i prodotti secondari sono conseguenze indesiderata del processo di produzione congiunta degli emocomponenti, dà «una rappresentazione incompleta degli effetti economici del processo produttivo posto in essere» (Miolo Vitali, 2004, p. 43). Esso, di fatto, attribuisce al prodotto secondario un valore nullo in termini di costi sostenuti prima dello *split-off point*.

Pertanto, l'applicazione della variante del metodo del prodotto principale non fornisce risposte univoche ad alcune questioni di convenienza economica: per esempio, non risolve il dubbio se sia economicamente più conveniente produrre concentrati piastrinici da aferesi o da *pool* di *buffy coats*. Considerando che al *buffy coat* (prodotto secondario) non è imputato alcun costo fino al punto di separazione, al concentrato piastrinico da *pool* di *buffy coats* sono da attribuire solo i costi specifici delle fasi dopo lo *split-off point*. Contrariamente il concentrato piastrinico da aferesi ha costi specifici determinati se prodotto singolarmente o, in caso di raccolta *multicomponent* in aferesi, ha attribuiti costi congiunti rilevanti in quanto riconosciuto come prodotto principale.

Altra casistica può riscontrarsi nelle decisioni che hanno per oggetto la produzione di plasma per il perseguimento dell'autosuf-

ficienza dei farmaci plasmaderivati. È economicamente più conveniente produrre il plasma da scomposizione di sangue intero, da raccolta *multicomponent* in aferesi o da raccolta esclusiva in aferesi?

Applicando il metodo del prodotto principale, il plasma è considerato come prodotto secondario sia nel caso di produzione da scomposizione di sangue intero sia nel caso di raccolta *multicomponent* in aferesi. In particolare, nel caso di produzione da separazione di sangue intero il suo costo è pari a 0,007 euro/ml (nel caso di studio: 1,88 euro ogni 250 ml); nel caso di produzione da raccolta *multicomponent* (piastrinoplasmaferesi e eritroplasmaferesi) il suo costo resta pressoché invariato. Nel terzo caso (raccolta esclusiva del plasma in aferesi), invece, al plasma sono specificamente attribuibili i costi dell'intero processo produttivo; ne deriva che il suo costo è 0,2 euro/ml.

Dai risultati brevemente riportati emerge un'ulteriore riflessione rispetto al quesito posto nella seconda domanda di ricerca: quali sono le conseguenze derivanti dalla modifica della definizione di prodotto principale e secondario sulle scelte di convenienza economica? In altre parole, attendendosi che l'applicazione del metodo del prodotto principale appare la più idonea, se cambiano le logiche sottostanti la determinazione dei prodotti principali, quale impatto si genera sulla dinamica dei costi dei diversi emocomponenti derivanti da produzione congiunta?

Per esempio, se il *buffy coat* acquista rilevanza nel processo di frazionamento del sangue intero per la produzione del concentrato piastrinico, come si modificano le logiche sottostanti la definizione di prodotto principale e secondario nel caso di raccolta da sangue intero?

Nelle decisioni che hanno per oggetto la produzione di plasma se, per esempio, si riconosce la stessa importanza agli emocomponenti derivanti da raccolta *multicomponent* eseguita mediante eritroplasmaferesi, il costo dell'unità di emazie da aferesi medio regionale (assumendo un'unità da 250 ml) risulta pari a 80,8 euro (0,32 euro/ml) e il costo dell'unità di plasma da aferesi (assumendo un'unità da 300 ml) pari a 81,3 euro (0,27 euro/ml). Replicando la stessa logica per gli emocomponenti derivanti da raccolta *multicomponent* eseguita mediante piastrinopla-

smaferesi, il costo dell'unità di piastrine da aferesi medio regionale (assumendo una resa pari a 3×10^{11}) è pari a 122,8 euro e il costo dell'unità di plasma da aferesi (assumendo un'unità da 300 ml) è pari a 121,7 euro (0,4 euro/ml). Gli esempi mostrano come modificando le ipotesi alla base dell'applicazione dei metodi – nei casi di produzione tecnicamente congiunta – il costo del singolo emocomponente può subire rilevanti variazioni. Dai valori, infatti, si evince che il costo della plasmateresi (raccolta esclusiva di plasma in aferesi) è il più elevato e, quindi, economicamente poco conveniente, solo nel caso in cui si assume che, negli altri due processi di raccolta *multicomponent* in aferesi, il plasma sia considerato prodotto secondario. Spostando l'attenzione sul plasma da scomposizione, assume rilevanza il dato evidenziato nel rapporto ISTISAN (Calizzani *et al.*, 2012): il plasma da scomposizione di sangue intero è pari a circa il 75% circa del totale plasma inviato alla lavorazione industriale (per l'ottenimento dei farmaci plasmaderivati). Considerato detto volume produttivo, come giustificare che il plasma da scomposizione presenta un costo nettamente inferiore – pari a 0,007 euro/ml (nel caso di studio: 1,88 euro ogni 250 ml) – rispetto a quello da plasmateresi – pari a 0,2 euro/ml (nel caso di studio: 108,3 euro ogni 500 ml)?

Qualunque sia la decisione assunta sulle alternative descritte, successivi riflessi si hanno nella determinazione del costo dei farmaci plasmaderivati. Detti farmaci derivano da frazionamento della materia prima plasma (da scomposizione e da aferesi) configurando così un particolare processo caratterizzato *multiple split-off point* (Collini, 2008).

Dare risposta a tali interrogativi sta diventando sempre più un'esigenza nello scenario attuale della Medicina Trasfusionale italiana. Tale settore sanitario è, infatti, caratterizzato da imperatività nell'adozione di protocolli di *Good Practices* (GPS) e *Good Manufacturing Practices* (GMPS) entro il 31 dicembre 2014 (cfr. progetto EuBis, 2007), da conseguente rispetto di requisiti tecnici, organizzativi e strutturali (Accordo Stato-Regioni, 2010, 2012), da continua ricerca di livelli di efficienza unitamente alla garanzia di qualità e sicurezza. Si consideri, in aggiunta, che una recente disposizione normativa (Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, art.

4), per la prima volta, consente alle Regioni italiane di cedere a Paesi esteri i medicinali emoderivati o i prodotti intermedi di lavorazione del plasma (in eccesso rispetto alle esigenze regionali e nazionali) con recupero dei costi di produzione (costi di raccolta e costi di lavorazione). Senza necessità di approfondire i risvolti contabili di tale disposizione, alla luce delle considerazioni svolte nel presente elaborato, si evidenziano le difficoltà, per i manager sanitari regionali, di definizione del costo di produzione del plasma.

Un limite evidente del presente lavoro aferisce alla realtà indagata. Il caso di studio, infatti, è rappresentativo di una Regione con peculiarità organizzative dipartimentali nel settore della Medicina Trasfusionale. Pertanto, i risultati di costo ottenuti dalla ricerca presentata potrebbero non riscontrarsi in altre realtà italiane. A supporto, si consideri che i dati di precedenti studi nazionali (Caltari *et al.*, 2012) e internazionali (Toner *et al.*, 2011) pongono in luce l'esistenza di risultati di costo non omogenei, rilevati nelle diverse unità di analisi del contesto trasfusionale.

Per tale ragione, si ritiene che altri casi di studio – rispetto a quelli esistenti – su differenti realtà nazionali possano, in primo luogo, aiutare a superare il limite evidenziato. In secondo luogo, i dati di altri casi di studio potrebbero generare delle riflessioni sui fattori alla base delle differenze di risultati di costo rilevate.

La metodologia di *cost accounting* può, infatti, essere oggetto di una scelta convenzionale, compatibile con i vincoli del sistema e, quindi, omogenea nei vari contesti. Il passo successivo è immediato: l'analisi delle determinanti di costo e delle differenze nei risultati. In questo ambito, il ruolo delle configurazioni organizzative, adottate nei diversi contesti territoriali, appare evidente e apre uno specifico, ulteriore, filone di ricerca.

Note

1. Cfr. Direttive Europee 2002/98/CE; 2004/33/CE; 2005/61/CE; 2005/62/CE, recepite dall'ordinamento giuridico italiano con D.lgs n. 191/2007; D.lgs n. 207/2007; D.lgs n. 208/2007 e Accordo Stato-Regioni, 2010, 2012.
2. Per chiarezza espositiva, si consideri che il termine «aferesi» indica una metodologia di prelievo a scopo trasfusionale, che consente la separazione e la raccolta di un singolo specifico emocomponente. Le diverse

- procedure di aferesi utilizzate in Medicina Trasfusionale sono:
- plasmaferesi: raccolta della sola quota plasmatica del sangue con il risparmio di tutte le componenti cellulari;
 - piastrinoferesi: raccolta del solo componente piastrinico, ad alta concentrazione e con basso inquinamento di componenti cellulari indesiderati (globuli bianchi);
 - plasmapiastrinoaferesi: raccolta combinata (*multi-component*) di unità di plasma e unità di piastrine;
 - eritroplasmaferesi: raccolta combinata (*multicomponent*) di unità di emazie prive di globuli bianchi e unità di plasma;
 - eritropiastrinoaferesi: raccolta combinata (*multi-component*) di unità di emazie prive di globuli bianchi e unità di piastrine;
 - eritropiasmapiastrinoaferesi: raccolta combinata (*multicomponent*) di unità di emazie prive di globuli bianchi, unità di plasma e unità di piastrine.
3. In merito, Yin (2009) afferma che «each case study and unit of analysis either should be similar to those previously studied by others or should innovate in clear, operationally defined ways. In this manner, the previous literature also can become a guide for defining the case and unit of analysis» (p. 33).
4. L'emoglobina è la proteina responsabile del trasporto dell'ossigeno molecolare.
5. Si precisa che nel caso di raccolta di un singolo emocomponente (in aferesi), cioè nella raccolta plasmaferesi e piastrinoaferesi, le problematiche di congiunzione tecnica non si riscontrano.
6. Si consideri che, con riferimento allo UK, Varney e Guest (2003) sviluppano uno studio che include la valorizzazione del tempo speso dal donatore e considera tale valore come *lost productivity to society* (p. 207). Il metodo proposto da Varney e Guest (2003) presenta alcune criticità di applicazione se si considera che i costi associati al tempo speso dal donatore, nella configurazione organizzativo-istituzionale del sistema trasfusionale italiano, non sono riferibili direttamente alle unità di analisi considerate nel presente lavoro.
7. Nel modello presentato è stato semplificato il processo: tutti gli esami immunoematologici aggiuntivi rispetto ai *test* previsti dagli *standard* nazionali e internazionali di riferimento del settore (cd. «gruppo verifica» singolo) – che potrebbero rendersi necessari per approfondimenti clinici – non sono stati considerati.
8. Gli emocomponenti derivanti da eritropiastrinoaferesi sono: emazie da aferesi e il concentrato piastrinico da aferesi.

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

- ANSELMINI L., VOLPATTO O. (1990), *Il Management nell'area pubblica*, Giuffrè, Milano.
- ANTHONY R.N. (1965), *I principi di contabilità aziendale*, Etas Libri, Milano.
- ANTHONY R.N., HAWKINS D.F., MERCHANT K.A. (2004), *Sistemi di controllo: analisi economiche per le decisioni aziendali*, Mc Graw Hill, Milano.
- ANTHONY R.N., HAWKINS D.F., MACRI D.M., MERCHANT K.A. (2008), *Analisi dei costi*, II edizione, Mc Graw Hill, Milano.
- ARCARI A.M. (2010), *Programmazione e controllo*, McGraw-Hill, Milano.
- ATKINSON A.A., SHAFFIR W. (1998), «Standards for field research in management accounting», *Journal of Management Accounting Research*, 10, pp. 41-68.
- AVI M.S. (2007), «La valutazione di prodotti congiunti: alcuni spunti di riflessione», *Guida alla contabilità e bilancio*, 10, pp. 16-23.
- BLOCKER J.G., WELTMER W.K. (1954), *Cost accounting*, McGraw-Hill, New York.
- BORGONOVÌ E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOVÌ E. (2005), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, V edizione, Egea, Milano.
- BUBBIO A. (2008), «Tecniche di calcolo e di valutazione per i costi congiunti», *Controllo di gestione*, Ipsoa, 1, pp. 37-46.
- CALIZZANI G., LANZONI M., CANDURA F., PROFILI S., CATALANO L., VAGLIO S., BIFFOLI C., GRAZZINI G. (2012), «Analisi della domanda dei principali medicinali plasmaderivati in Italia. Anni 2007-2011», *Rapporto Istisan*, 12/53.
- CALTERI D., CATALANO L., CICCETTI A., CECCARELLI A., GRAZZINI G. (2012), «Costi di produzione degli emocomponenti labili e prezzo unitario di cessione tra servizi sanitari pubblici», *Blood Transfusion*, 10 (1), p. 312.
- CHIUCCHI M.S. (2012), *Il metodo dello studio di caso nel management accounting*, Giappichelli Editore, Torino.
- CODA V. (1968), *I costi di produzione*, Giuffrè, Milano.
- COLLINI P. (2008), *Analisi dei costi. Un approccio orientato alle decisioni*, FrancoAngeli, Milano.
- CORBETTA P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*, Volume III, *Le tecniche qualitative*, Il Mulino, Bologna.
- CUMMING P.D., WALLACE E.L., SURGENOR D.M., MIERZWA B.D., SMITH F.A. (1974), «Public interest pricing of blood services», *Medical Care*, 12, pp. 743-753.
- DEL VECCHIO M. (2000), «L'evoluzione nelle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in E. Annessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *Aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- DIXON R., TRENCHARD P.M. (2001), «Bipolar value-driven joint product costing», *Omega*, 29, pp. 479-490.

- DOOLEY L.M. (2002), «Case study research and theory building», *Advances in Developing Human Resources*, 4 (3), pp. 335-354.
- DRURY C. (1996), *Management and cost accounting*, 4th edition, Thomson Business Press, London.
- EISENHARDT K.M. (1989), «Building theories from case study research», *The Academy of Management Review*, 14 (4), pp. 532-550.
- FATTORE G. (2005), *I metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- GELLES G.M. (1993), «Costs and benefits of HIV-1 antibody testing of donated blood», *Journal of Policy Analysis and Management*, 12 (3), pp. 512-531.
- GIANNESI E. (1979), *Appunti di economia aziendale: con particolare riferimento alle aziende agricole*, Pacini Editore, Pisa.
- GIOVANNELLI L. (2000), *Modelli contabili e di bilancio in uno stato che cambia*, Giuffrè, Milano.
- GORDON S. (1967), *Cost accounting, analysis and control*, II edizione, Irwin, Homewood, pp. xviii-913.
- GRANDORI A. (1996), «I metodi di ricerca in organizzazione», in G. Costa, R. Naccamuli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale: Volume 5 – Metodi e tecniche di analisi e di intervento*, Utet, Torino.
- GUGIATTI A. (1996), *Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari*, in M. Meneguzzo, *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- HORNGREN C.T. (2011), *Cost accounting: a managerial emphasis*, 14th edition (hardcover), Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs N.J.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti di aziende in sanità*, Egea, Milano.
- LOWE A.D. (1997), «The role of accounting in the processes of health reform: providing a 'black box' in the costing of blood», *Management Accounting Research*, 8, pp. 439-458.
- LUKKA K. (2005), «Approaches to case research in management accounting: the nature of empirical intervention and theory linkage», in S. Jönsson, J. Mouritsen (2005), *Accounting in Scandinavia – The Northern Lights*, Liber and Copenhagen Business School Press, Kristianstad, pp. 375-399.
- LYNN L., HEINRICH C., HILL C. (2000), «Studying governance and public management: challenges and prospects», *Journal of public administration research and theory*, 10 (2), pp. 233-262.
- MARINÒ L. (2001), *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.
- MARSHALL A. (1890), *Principles Economics*, (traduzione italiana della IV edizione) in «Biblioteca dell'economista», serie IV, vol. IV.
- MARSHALL A. (1923), *Money Credit and Commerce*, Macmillan, London.
- MENEGUZZO M. (1995), «Dal New public management alla Public governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica», *Azienda Pubblica*, 3, pp. 491-510.
- MIOLO VITALI P. (2004), *Strumenti per l'analisi dei costi*, vol. II, Giappichelli Editore, Torino.
- OSBORNE S. (a cura di) (2010), *The New public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of Public governance*, Routledge, Londra.
- PIANI M., MENCARELLI M., D'ANDREA A. (2012), «I costi della medicina trasfusionale nella Regione Marche: i primi passi verso l'accreditamento europeo», *Blood Transfusion*, 10 (1), p. 315.
- PIGOU A.C. (1913), «Railway rates and joint cost», *Quarterly Journal of Economics*, 27, pp. 535-536.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2011), *Public management reform – A comparative analysis: New public management, Governance, and the Neo-weberian state*, III edizione, Oxford University Press, Oxford.
- SELLERI L. (1999), *Contabilità dei costi e contabilità analitica*, Etas, Milano.
- SURGENOR D.M., WALLACE E.L., CUMMING P.D., MIERZWA B.D., SMITH F.A. (1973), «Blood services: prices and public policy», *Science*, 180, pp. 384-389.
- TONER R.W., PIZZI L., LEAS B., BALLAS S.K., QUIGLEY A., GOLDFARB N.I. (2011), «Costs to hospitals of acquiring and processing blood in the US: a survey of hospital-based blood banks and transfusion services», *Applied Health Economics and Health Policy*, 9 (1), pp. 29-37.
- TRENCHARD P.M., DIXON R. (2003), «The clinical allocation of joint blood product costs», *Management Accounting Research*, 14, pp. 165-176.
- VARNEY S.J., GUEST J.F. (2003), «The annual cost of blood transfusion in the UK», *Transfusion Medicine*, 13, pp. 205-218.
- YIN R.K. (1981), «The case study crisis: some answers», *Administrative Science Quarterly*, 26, pp. 58-65.
- YIN R.K. (2003), *Case study research: design and methods*, 3rd ed., Sage, Thousand, Oaks.
- YIN R.K. (2009), *Case study research: design and methods*, 4th ed., Sage, Beverly Hills, Calif.

La motivazione al lavoro dei medici penitenziari: un'indagine presso gli istituti penitenziari della Regione Campania

GABRIELLA PISCOPO, ROCCO PALUMBO, GABRIELLA AMBROSINO

This paper examines the motivation to work of the prison doctors. They have the awkward task to guarantee the promotion of well-being in prisons, that have often stood for the denial of health itself, as well as of human dignity. Adopting the «Public Service Motivation» theoretical framework, the paper exhibits an explorative research realized in the community of penitentiary health managers operating in a southern Italian Region, Campania. The study is aimed at proving the existence of a motivational foundation, that fosters the mission of health protection and promotion bestowed to the prison doctors. The national reform, that envisages the conveyance of the responsibilities in regards to the provision of care in prisons from the Prison Department of the Ministry of Justice to the National Health Service, is the background of the research.

Keywords: public service motivation, penitentiary health, organizational commitment

Parole chiave: public service motivation, sanità penitenziaria, commitment organizzativo

Note sugli autori

Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali (Management & Information Technology), Università degli Studi di Salerno:

Gabriella Piscopo è ricercatore in Organizzazione Aziendale - gpiscopo@unisa.it; Rocco Palumbo è dottorando di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche; Gabriella Ambrosino è dottoranda di ricerca in Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche

1. Introduzione

Nel gennaio 2013, la Corte europea dei diritti umani di Strasburgo ha condannato lo Stato italiano a risarcire per danni morali da trattamento inumano e degradante dei detenuti ospitati presso alcune carceri della Penisola; tale provvedimento testimonia una condizione, da tempo denunciata, di forte degrado strutturale, organizzativo e gestionale in cui versano gli istituti di detenzione. A fronte di tale scenario, l'impegno e l'attenzione dell'intera società civile, nei suoi molteplici campi di azione, appare non più procrastinabile.

Sullo sfondo del riassetto istituzionale e organizzativo della sanità penitenziaria, il presente lavoro si sofferma sul nuovo e delicato ruolo affidato ai medici penitenziari, sulle cui spalle pesa il fardello dell'implementazione di una riforma epocale. Il passaggio della competenza in materia di tutela e promozione della salute a favore dei ristretti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap) al Sistema sanitario nazionale (Ssn) prevede, infatti, che essi si facciano promotori del diritto alla salute all'interno delle carceri, abbandonando il tradizionale ruolo di «medico del corpo» per assumere quello di «medico dell'uomo», più appropriato all'attuale stadio evolutivo della società civile.

La figura del medico penitenziario si presenta fortemente controversa; negli anni, essa è stata associata talora a un missionario eccessivamente schierato dalla parte dei detenuti, tal'altra a un medico di periferia demotivato, poco o per nulla interessato alla salute dei ristretti. Da quest'ultimo punto di vista, i professionisti «relegati»

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il *framework* teorico della *Public service motivation*
3. L'evoluzione del concetto di salute in carcere e il nuovo ruolo del medico penitenziario: da medico del corpo a medico dell'uomo
4. L'indagine presso gli istituti penitenziari della Regione Campania
5. Osservazioni conclusive

all'interno del sistema sanitario penitenziario sono stati ingiustamente considerati «medici di serie B», in quanto impegnati quotidianamente nella zona d'ombra che caratterizza il mondo carcerario; il loro operato, generalmente, suscita interesse solamente quando legato a vicende di cronaca, che trovano nel contesto penitenziario un tragico sfondo.

Al fine di stimolare una più ampia riflessione sul graduale divenire della sanità penitenziaria e nell'intento di fornire un terreno fertile per il confronto tra i diversi *stakeholder* chiamati a disegnare il nuovo modello organizzativo contemplato dalla riforma, il *paper* presenta i risultati di un'indagine esplorativa condotta presso i dirigenti medici penitenziari degli istituti della Regione Campania. In particolare, lo studio approfondisce la motivazione che anima il lavoro di tali professionisti, selezionati come prima popolazione di interesse all'interno di un progetto di ricerca che coinvolgerà, nel prosieguo, le restanti categorie professionali sanitarie impegnate nelle carceri. Si assume che solo una propensione distintiva al lavoro pubblico da parte dei professionisti della sanità penitenziaria offra la possibilità di garantire il reale traghetamento del Paese verso una piena parità del diritto alla salute tra uomini liberi e popolazione *in vinculis*.

Il *framework* teorico prescelto a supporto dello studio condotto è quello della *Public service motivation* (Psm), nell'intento di cogliere e di misurare gli elementi distintivi che determinano il *commitment* verso il lavoro al servizio del settore pubblico. L'applicazione empirica di tale paradigma fornisce una mappa dei fattori più o meno motivanti, che potrebbe supportare i *decision maker* pubblici nella fase di definizione dei provvedimenti e delle strategie di riforma in tema di sanità penitenziaria.

L'indagine è condotta attraverso una metodologia di tipo misto, quantitativa e qualitativa; gli strumenti di ricerca utilizzati sono questionari semi-strutturati e interviste, entrambi rivolti ai dirigenti medici in servizio presso le aree sanitarie degli istituti penitenziari campani.

2. Il *framework* teorico della *Public service motivation*

Fino a pochi anni fa, le ricerche sulla motivazione al lavoro dei dipendenti pubblici non hanno trovato il meritato spazio nella letteratura economico-aziendale (Wright, 2001), quantunque la tematica motivazionale, nella sua portata più ampia, sia entrata nei dibattiti accademici in epoca ormai remota (Maslow, 1943 e 1954; Herzberg, 1959 e 1966; McGregor, 1960; Adams, 1963; Vroom, 1964; Alderfer, 1969 e 1972; McClelland, Burnham, 1976; Hackman, Oldham, 1976).

In aggiunta, la dottrina che ha dedicato maggiore attenzione all'argomento ha evidenziato come rari siano stati i tentativi di evidenziare le differenze tra i connotati motivazionali dei dipendenti pubblici e dei lavoratori del settore privato (Baarspul, Wilderom, 2011; Vandenabeele, 2007; Coursey, Pandey, 2007; Frederickson, 1997), così come sporadici gli approfondimenti teorici ed empirici sui peculiari attributi della motivazione al lavoro in ambito pubblico (Boyne, 2002; Rainey, Bozeman, 2000).

Alla scarsa diffusione di lavori scientifici che guardano in maniera specifica alle caratteristiche motivazionali dei dipendenti pubblici si aggiungono le difficoltà insite nel tentativo di fornire una precisa definizione del concetto di «motivazione». Seguendo le orme di consolidata dottrina (Atkinson, 1964; Weiner, 1972; Lawler, 1973), nondimeno, è possibile argomentare che la motivazione abbia a oggetto le ragioni fondanti del comportamento umano, collocate alla base del processo psicologico che determina l'avvio, il mantenimento e l'arresto degli sforzi lavorativi intrapresi nel tempo (Jones, 1955; Campbell, Pitchard, 1977; Kanfer, 1990; Grant, Shin, 2012).

La letteratura in tema di motivazione al lavoro potrebbe essere catalogata in due famiglie, in considerazione delle prospettive ontologiche ed epistemologiche da cui l'oggetto di studio è indagato (Katzell, Tompson, 1990): gli approcci endogeni guardano in maniera precipua ai processi psicologici e cognitivi che influenzano il livello di motivazione al lavoro, mentre gli approcci esogeni focalizzano l'attenzione sui fattori contingenti, che impattano sul livello individuale e collettivo di *commitment* lavorativo.

La teoria delle aspettative (Vroom, 1964) e la teoria dell'equità (Adams, 1963) rappresentano le due principali espressioni degli approcci endogeni alla motivazione: nel primo caso si presume che l'individuo sia in grado di formulare previsioni razionali sulla rilevanza organizzativa dei propri sforzi lavorativi e sull'appropriata remunerazione di questi ultimi, mentre nel secondo si assume che i lavoratori siano motivati dalla percezione di equità di trattamento all'interno dell'organizzazione di appartenenza. La *goal setting theory* (Locke, Latham, 1990) e il *job design* (Herzberg, 1959; Fried, Levi, Laurence, 2008) ribattono la prospettiva degli approcci endogeni, enfatizzando il ruolo giocato dai fattori contingenti nella determinazione della motivazione al lavoro: in particolare, una chiara responsabilità organizzativa, un'agevole comprensibilità dei risultati conseguiti e la presenza di obiettivi sfidanti creano un clima lavorativo motivante. La teoria dell'auto-determinazione (Gagné, Deci, 2005) tenta una congiunzione tra gli approcci endogeni ed esogeni, fornendo una visione integrata dei determinanti della motivazione al lavoro, evidenziando l'impatto su di essa dei sentimenti di autonomia, competenza e socialità associati al ruolo organizzativo.

Focalizzando l'attenzione sulla motivazione al lavoro in ambito pubblico, la letteratura classica ha trasferito un'immagine non positiva dei dipendenti al servizio della Pubblica amministrazione (Buchanan, 1978; Niskanen, 1971; Tullock, 1965): questi ultimi sono stati descritti come individui che agiscono precipuamente a tutela del loro interesse personale (Golembiewski, 1996), svolgendo i propri compiti organizzativi con lentezza, pigrizia e disinteresse (Baldwin, 1984) ed esprimendo uno sforzo lavorativo inferiore rispetto a quanto riscontrabile nel settore privato (Frank, Lewis, 2004). Alla luce del quadro teorico in tema di motivazione poco sopra esposto, dunque, i lavoratori pubblici tenderebbero a presentare bassi livelli di aspettativa/valenza, a percepire iniquità confrontando le proprie responsabilità organizzative e la remunerazione corrisposta a fronte di essa, a prediligere obiettivi non sfidanti, ad attribuire una scarsa significatività al proprio lavoro e a scontare condizioni di scarsa autonomia e socialità in ambito lavorativo (Cacioppe, Mock, 1984; Ackroyd, Hughes,

Soothill, 1989; Marsden, Richardson, 1992). A dispetto di ciò, alcuni autori, sulla base di indagini empiriche volte a identificare le peculiari caratteristiche motivazionali dei dipendenti pubblici (Crewson, 1997; Wittmer, 1991; Rainey, 1982), hanno evidenziato che i fattori che stimolano la motivazione e l'impegno all'interno delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presentano caratteristiche peculiari e, generalmente, diverse da quelle identificabili nelle organizzazioni che operano secondo le regole del libero mercato.

Tale assunto, oggetto di analisi in numerosi lavori accademici (Perry, Hondeghem, 2008; Bright, 2005; Houston, 2000; Naff, Crum, 1999; Crewson, 1997), trova cristallizzazione nel concetto di *Public service motivation - Psm* (Perry, 1990), frutto di un amalgama di fattori endogeni ed esogeni della motivazione al lavoro in ambito pubblico. In accordo ai principi di fondo della Psm, i dipendenti pubblici manifestano un forte desiderio di aiutare gli altri, sono sensibili alle condizioni di vita di coloro che vivono situazioni di difficoltà economica e sociale e sono propensi a sacrificare l'interesse personale pur di contribuire al conseguimento dell'interesse pubblico (Houston, 2005; Frederickson, Hart, 1985). In questa prospettiva, il lavoro al servizio delle pubbliche amministrazioni potrebbe essere inteso come una sorta di «vocazione», cui solo individui adeguatamente motivati sarebbero in grado di rispondere: esso è la contestuale espressione di un «senso del potere» e di un «senso di moralità» (Staats, 1988), che richiedono, oltre a un intenso sforzo lavorativo, un *commitment* psicologico e morale all'organizzazione di appartenenza (Perry, Wise, 1990).

La motivazione al servizio pubblico è determinata sia da fattori razionali che da ragioni normative e affettive (Knoke, Wright-Isak, 1982). Per quanto concerne i primi, il lavoro nell'ambito delle organizzazioni pubbliche è incentivato dalla possibilità di partecipare, in via diretta o indiretta, alle dinamiche decisionali di interesse collettivo: tale aspetto offre sia l'opportunità di contribuire alla causa comune sia di acquisire un prestigio personale ampiamente riconosciuto. Con riferimento alle componenti normative e affettive, l'adesione psicologica all'interesse pubblico (Buchanan, 1975), la propensione

innata a concorrere alla realizzazione di una condizione di giustizia sociale (Frederickson, 1971) e la predisposizione a sacrificarsi a favore degli altri (in particolare di coloro che si trovano in uno stato di difficoltà) (Macy, 1971) rappresentano i principali stimoli a lavorare per un'amministrazione pubblica.

Nonostante la sua ampia applicabilità, nondimeno, la portata conoscitiva espressa dalla Psm, quale approccio misto (endogeno ed esogeno) alla motivazione dei dipendenti pubblici, risulta per larghi tratti tuttora inespressa; esiste, in altre parole, una notevole discrepanza tra ciò che si sa e ciò che si potrebbe produrre, in termini di nuova conoscenza scientifica e pratica, grazie a un'appropriate implementazione di tale approccio (Bellè, Cantarelli, 2012). Un campo di ricerca nell'ambito del quale la Psm può trovare spazio per nuovi studi e sperimentazioni è quello della sanità penitenziaria, sebbene siano da tenersi in debita considerazione i limiti legati all'applicazione dello strumento proposto da Perry al caso degli istituti di pena italiani. In primo luogo, l'approccio proposto risente dell'influenza tipica del contesto americano, in cui esso ha trovato origine: le peculiarità delle amministrazioni pubbliche statunitensi rendono la Psm trapiantabile in altri ambiti solo a prezzo di sostanziali sforzi di adattamento. La rielaborazione dello strumento è ancora più problematica qualora l'attenzione sia concentrata su un ambiente lavorativo complesso come quello penitenziario. L'esigenza di calibrare i quesiti proposti al fine di cogliere, da un lato, la portata della motivazione al lavoro e, dall'altro, di minimizzare il rischio di *bias* ha determinato la necessità di rimodulare profondamente il modello originario, nell'intento di pervenire a uno snellimento dello stesso e a una conseguente semplificazione.

3. L'evoluzione del concetto di salute in carcere e il nuovo ruolo del medico penitenziario: da medico del corpo a medico dell'uomo

La sanità penitenziaria, sin dalla sua nascita, vede subordinate le attività di protezione e promozione della salute alle preminenti finalità custodialistiche perseguite dagli istituti di pena. In questa prospettiva, gli istituti di reclusione, che nella maggior parte dei ca-

si non disponevano né delle risorse né delle competenze necessarie per rispondere in misura appropriata ai bisogni di cura dei loro ospiti, hanno privilegiato il contenuto della pena intesa quale «remunerazione» a carico del ristretto per il reato commesso, sminuendo – di contro – la portata «riabilitativa», cui corrisponde l'obiettivo di reinserimento sociale del detenuto (Rubin, 2003; Benekos, 1990).

L'attività di cura tradizionalmente svolta dal medico penitenziario, pertanto, non è stata fondata sul riconoscimento di un diritto alla salute del detenuto, né tantomeno è stata considerata un fattore agevolante ai fini del rientro di quest'ultimo nella collettività di appartenenza; piuttosto, l'assistenza sanitaria è stata sminuita ad attività volta a conservare i presupposti all'espiazione della pena (Tomaševski, 1994), vale a dire al mantenimento dei requisiti necessari all'imprigionamento (Douglas *et al.*, 2009). La necessità di preservazione del «corpo docile» (Foucault, 1975) e di integrità del «corpo incarcerato» (Gonin, 1994), in altri termini, ha prevalso sulla promozione del benessere psico-fisico del ristretto.

Attraverso politiche di custodia di corpi integri, l'Amministrazione penitenziaria, negli anni, ha trasferito ai professionisti sanitari una lente mono-focale, che li ha indotti a guardare il corpo del detenuto in maniera distaccata dalla mente. Siffatto approccio ha gradualmente portato a concepire il medico penitenziario come «medico del corpo», il che ha generato una consequenziale diffidenza nei confronti di quanti tentavano di guardare «l'uomo», oltre che il detenuto.

A condizionare l'operato del medico penitenziario, d'altro canto, è l'impatto dirompente che la medesima condizione detentiva esprime sullo stato di salute dell'individuo sottoposto al regime di reclusione. La privazione della libertà, prima e più grave malattia dell'ambiente carcerario, non facilita il ricorso alle cure informali e, in particolare, all'auto-cura, impedendo il supporto assistenziale fornito dai familiari e ostacolando la formazione di relazioni interpersonali, di per sé imprescindibili per la nascita di gruppi di mutuo sostegno entro le mura carcerarie (Palumbo, 2013; Douglas *et al.*, 2009; Loeb, Abu Dagg, 2006; Beckett *et al.*, 2003; Wilmott, 1997). La condizione di detenzione,

dunque, non favorisce attività spontanee di tutela e promozione dello stato di salute (Condon *et al.*, 2007), specialmente per quanto concerne il trattamento delle patologie croniche, le quali presentano una significativa prevalenza nella popolazione detenuta (Esposito, 2007; Marquart *et al.*, 1996), in taluni casi ben superiore rispetto a quanto si riscontra nella società libera (Binswanger *et al.*, 2009). A ciò si deve da aggiungere che la gran parte dei detenuti appartiene alle fasce emarginate della popolazione, le quali intrattengono solo sporadici e inadeguati rapporti con il sistema sanitario: a causa della loro bassa alfabetizzazione sanitaria, i ristretti stentano ad assumere condotte di vita salutari o a seguire trattamenti sanitari finalizzati alla tutela o al miglioramento del loro stato di salute, con gravi ripercussioni sul loro benessere fisico e psichico.

L'elevato numero di prestazioni sanitarie richieste al medico penitenziario (Conklin *et al.*, 2000; Thorburn, 1995; Twaddle, 1976), pertanto, trova spiegazione non già in una maggiore premura dei ristretti verso il proprio benessere psico-fisico, quanto in considerazioni di altra natura, quale, per esempio, l'intento di sottrarsi temporaneamente al regime restrittivo (Marshall *et al.*, 2001). Ciò ha contribuito a creare un «rapporto di reciproca sfiducia» tra il medico e il detenuto. Il primo, infatti, durante l'esercizio della sua professione deve ben ponderare il rischio di una potenziale condotta opportunistica da parte del secondo; quest'ultimo, dal canto suo, si trova nella condizione di dover affidare il proprio stato di salute a un professionista che non ha liberamente scelto, come è il diritto di ciascun cittadino libero.

La riforma introdotta dal Dpcm 1 aprile 2008, sancendo il passaggio della competenza in materia di sanità penitenziaria dall'Amministrazione Penitenziaria al Ssn – alle Asl nello specifico – stimola la rivisitazione, negli istituti di pena, del tradizionale approccio bio-medico teso alla cura della malattia, riconoscendo la natura di servizio pubblico intrinseca al servizio sanitario penitenziario e adottando un approccio gestionale che miri al conseguimento del più elevato stato di salute psico-fisica possibile per la popolazione detenuta (Møller *et al.*, 2007).

Prima dell'approvazione del Dpcm 1 aprile 2008, la gestione della salute in car-

cere è stata considerata responsabilità quasi esclusiva dei direttori dell'istituto penitenziario, coadiuvati dai medici con funzione di direzione sanitaria posti alle loro dirette dipendenze. Il passaggio della sanità penitenziaria nella competenza delle Asl comporta l'affrancamento del dirigente medico dalla superiorità gerarchica del direttore di istituto, sancendo di fatto la nascita di una doppia linea di comando. Il nuovo modello organizzativo costituisce l'emblema di un rinnovato rapporto che si richiede alle amministrazioni della Giustizia e della Sanità, basato non più sulla preminenza della prima sulla seconda, ma su una *partnership* tesa a ricomporre, in un giusto equilibrio, le esigenze di custodia con quelle di promozione e tutela della salute.

Per il dirigente medico penitenziario, dunque, si configura una nuova *mission*: l'erogazione di una prestazione di riabilitazione a beneficio dell'utenza diretta, ossia dei ristretti, in grado di facilitarne il reinserimento in società, agevolandone al contempo l'integrazione sociale ed economica. Al tradizionale approccio bio-medico, proteso essenzialmente al trattamento della malattia, si sostituisce un approccio di tipo bio-psicosociale alla cura dei detenuti, che valorizza la componente umana del servizio di assistenza e pone al centro la persona assistita (Engel, 2004). Si persegue il fine primario di garantire ai detenuti la possibilità di reperire tempestivamente servizi di assistenza appropriati rispetto alle loro esigenze (Condon *et al.*, 2006), riconoscendo a essi il pieno diritto al conseguimento delle migliori condizioni di benessere psichico e fisico, parimenti a quanto accade per gli individui in stato di libertà (International Centre for Prison Studies, 2004).

L'evoluzione che si prospetta per il medico penitenziario vede, dunque, il passaggio da «medico del corpo» a «medico dell'uomo», portato a considerare le inscindibili e tra loro interconnesse dimensioni di mente, anima e corpo del paziente.

4. L'indagine presso gli istituti penitenziari della Regione Campania

La Regione Campania rappresenta un contesto particolarmente significativo ai fini dello studio esplorativo condotto, in quanto,

con i suoi 17 istituti,¹ ospita tutte le tipologie di strutture detentive previste dal sistema penitenziario.² Ai fini della presente ricerca essa offre, pertanto, l'opportunità di indagare la carica motivazionale che i medici penitenziari infondono nell'esercizio del proprio lavoro e consente, in seconda istanza, di affinare l'impostazione metodologica proposta, in vista degli ulteriori sviluppi della ricerca.

Il caso campano presenta un notevole grado di complessità all'interno del panorama sia nazionale che internazionale, in ragione della dinamicità, della diversificazione e della massa dei flussi detentivi che transitano all'interno delle strutture penitenziarie,³ nonché della tipologia di prestazioni sanitarie che è necessario garantire ai soggetti *in vinculis*. Tali elementi strutturali contribuiscono ad alimentare la complessità del contesto sanitario penitenziario, in quanto tenuto a rispondere a esigenze di salute molto variegata. Vi è, inoltre, un'oggettiva difficoltà nel garantire percorsi di cura adeguati nelle strutture detentive, tanto in ragione della natura delle patologie che si manifestano al loro interno, quanto per la complessità delle prestazioni specialistiche da erogare.

4.1. Metodologia

Nell'intento di indagare la motivazione dei dirigenti medici in servizio presso gli istituti penitenziari campani, si è proceduto all'elaborazione di un questionario semi-strutturato, prevalentemente ispirato al modello proposto da Perry (1996).⁴ Lo strumento di rilevazione impiegato si compone di 15 *item*, per ciascuno dei quali gli intervistati hanno espresso il proprio accordo o disaccordo, misurato sulla base di una scala di Likert a cinque valori. A domande formulate in forma attiva si alternano quesiti articolati in forma negativa, nell'intento di minimizzare il rischio di distorsione dell'informazione derivante dalla propensione dell'intervistato a rispondere in maniera omogenea a ciascun interrogativo proposto. Nel corso della somministrazione del questionario, inoltre, è stata offerta la facoltà ai dirigenti medici di esprimere considerazioni personali su ciascuno dei quesiti proposti, in maniera tale da garantire ai ricercatori la possibilità di carpire quante più informazioni possibile in merito agli argomenti oggetto di analisi.

L'indagine ha riguardato la totalità dei 15 istituti penitenziari per adulti siti nella Regione Campania ed è stata condotta mediante interviste realizzate *face to face*. Laddove ciò non sia stato possibile, si è fatto ricorso a interviste telefoniche; tre ricercatori si sono preoccupati contestualmente di raccogliere appunti sulle informazioni fornite da ciascun intervistato, sia in sede di risposta al questionario che di intervista semi-strutturata. In tal modo, si è evitata in primo luogo la perdita di dati e, in secondo luogo, si è garantita, attraverso il confronto aperto tra i ricercatori, un'interpretazione delle risposte quanto più scevra possibile da condizionamenti soggettivi.

Per quanto concerne il contenuto del questionario, l'adeguamento dello strumento proposto da Perry è stato operato alla luce degli obiettivi della presente ricerca, del suo carattere esplorativo, delle specifiche caratteristiche del contesto penitenziario, nonché del *background* culturale dei professionisti intervistati.

Il citato processo di adeguamento si è strutturato in 4 fasi:

1) in primo luogo, si è partiti dall'esame delle 4 macro-categorie concettuali attraverso le quali Perry legge il fenomeno della Psm nella versione ridotta del suo strumento di misurazione, composto da 24 domande. La relativa denominazione è stata sottoposta a traduzione indipendente da parte dei tre ricercatori che, in seconda battuta, si sono confrontati per giungere a un'unica versione condivisa. Il significato specifico dei 4 aggregati è stato poi riformulato sulla base delle caratteristiche distintive della realtà indagata. In armonia al modello di riferimento, le 4 categorie – esplicitate nella **tabella 1** – sono state così denominate: attrazione verso il *policy making*; empatia; *committent*; spirito di sacrificio. La prima categoria è espressione dei fattori razionali posti a base della Psm, mentre le altre 3 sono espressione dei fattori normativo-affettivi;

2) successivamente i ricercatori, alla luce degli aspetti caratterizzanti il lavoro sanitario all'interno delle carceri, nonché degli elementi di base della riforma, hanno formulato 24 quesiti, distribuiti nelle quattro categorie precedentemente indicate. Al fine di verificare la robustezza dello strumento di rileva-

Fattori razionali	1. Attrazione verso il <i>policy making</i> : intesa come volontà di fornire un contributo allo sviluppo della sanità penitenziaria.
Fattori normativi e affettivi	2. Empatia (<i>compassion</i>) verso gli altri : percepita nei confronti dei ristretti, principali destinatari dei servizi di assistenza penitenziaria. All'interno di tale area sono stati inseriti <i>item</i> volti a rilevare l'impatto che le recenti riforme normative hanno esercitato sulla propensione del medico penitenziario ad adottare un approccio <i>patient-centered</i> .
	3. Adesione psicologica (<i>commitment</i>) al perseguimento dell'interesse pubblico: intesa come percezione di creare valore anche per la società nel suo complesso, oltre che per i diretti destinatari delle prestazioni di assistenza.
	4. Spirito di sacrificio personale : in termini di tensione a considerare indispensabili i servizi di assistenza sanitaria e sociale e come disponibilità ad abbandonare l'incarico di medico penitenziario in cambio di una nuova occupazione.

Tabella 1
Macro-categorie concettuali indagate
Fonte: elaborazione degli autori

zione messo a punto, si è deciso di procedere a un *test*-pilota. Data la numerosità limitata della popolazione indagata, si è ritenuto utile procedere al confronto con un testimone privilegiato, sottoponendo il questionario al referente dell'istituto che, tra quelli osservati, presentava maggiori problematiche legate alle dimensioni, al numero e alla tipologia di detenuti al momento di realizzazione del *test*;

3) la fase di *test* ha evidenziato la presenza di taluni quesiti ridondanti, forieri di risposte scarsamente significative ai fini dell'indagine, oltre che scarsamente coerenti con le dinamiche penitenziarie. Da ciò è derivata l'eliminazione di 9 domande e la riduzione a soli 15 *item* dello strumento di rilevazione impiegato;

4) sulla versione definitiva del questionario è stata condotta un'analisi di affidabilità e di significatività statistica, attraverso l'analisi confermativa e il calcolo dell'alfa di Cronbach.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata attraverso il *software* Spss 21.0.0.0. Nell'intento di asseverare la significatività dello strumento di misurazione proposto rispetto allo specifico fenomeno osservato, è stata condotta un'analisi fattoriale confermativa, utilizzando un'estrazione delle componenti principali e una rotazione con normalizzazione di Kaiser. A esito di tali operazioni, sono stati estratti sei fattori, in grado di spiegare l'85% della varianza totale

dell'oggetto di indagine, come si evince dalla **tabella 2**.

Si è ritenuto opportuno, tuttavia, focalizzare l'attenzione su quattro componenti, in considerazione del basso auto-valore iniziale assunto da due di essi (pari, rispettivamente, a 1,09 e 1,19).

In questi termini, è stata condotta un'ulteriore analisi fattoriale con vincolo a quattro componenti principali, che ha confermato l'ipotesi di partenza di raggruppamento dei quindici *item* impiegati per la rilevazione della *Public service motivation* in quattro famiglie motivazionali.

Per valutare l'attendibilità dello strumento proposto nel misurare il grado di motivazione dei medici penitenziari, si è pervenuti all'estrazione dell'indice «alfa» di Cronbach, che ha assunto un valore prossimo a 0,5 ($\alpha = 0,497$). Sebbene in dottrina si ritenga accettabile un valore dell'alfa compreso tra 0,7 e 0,9, nel caso di specie, in considerazione della natura prettamente esplorativa dello studio e della numerosità degli attori coinvolti, anche un valore inferiore rispetto allo *standard* potrebbe essere considerato apprezzabile (Bergstrom *et al.*, 1998).

4.2. Risultati e discussione

L'intera popolazione coinvolta nell'indagine, costituita dai dirigenti medici penitenziari in servizio presso gli istituti di pena della regione Campania, ha partecipato alla fase empirica della ricerca, compilando il questionario proposto; le risposte strutturate,

Tabella 2

Varianza totale spiegata

Fonte: elaborazione degli autori

Componente	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori non ruotati			Pesi dei fattori ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
1	4,468	29,788	29,788	4,468	29,788	29,788	2,623	17,483	17,483
2	2,305	15,368	45,156	2,305	15,368	45,156	2,325	15,497	32,980
3	1,997	13,315	58,471	1,997	13,315	58,471	2,241	14,943	47,923
4	1,825	12,164	70,635	1,825	12,164	70,635	1,989	13,263	61,186
5	1,191	7,942	78,577	1,191	7,942	78,577	1,861	12,405	73,591
6	1,019	6,794	85,371	1,019	6,794	85,371	1,767	11,780	85,371
7	,756	5,038	90,409						
8	,622	4,144	94,553						
9	,322	2,144	96,697						
10	,242	1,615	98,312						
11	,132	,880	99,192						
12	,084	,562	99,754						
13	,027	,181	99,935						
14	,010	,065	100,000						
15	-5,455E-17	-3,636E-16	100,000						

Metodo di estrazione: analisi componenti principali.

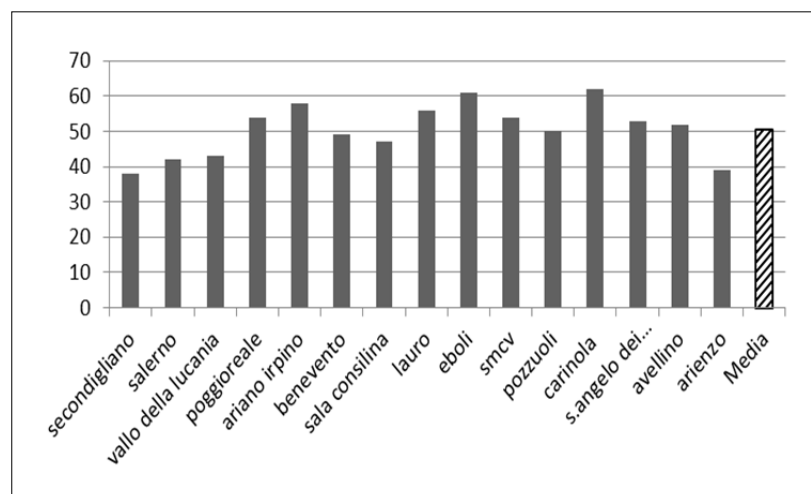


Figura 1

Intensità di motivazione dei dirigenti medici per istituto

Fonte: elaborazione degli autori

inoltre, sono state integrate, in sede di intervista, da considerazioni e commenti ulteriori, nell'intento di arricchire l'analisi quantitativa con riflessioni di natura qualitativa sul fenomeno in esame.

In sede di prima interpretazione dei dati raccolti, è possibile analizzare il punteggio totale riportato in termini di motivazione al lavoro da ciascun medico penitenziario sulla

base dello strumento di misurazione proposto; tale punteggio deriva dalla somma dei valori, compresi tra 1 e 5, attribuiti a ciascun *item* in relazione al livello di «accordo/disaccordo». Osservando, nella **figura 1**, la distribuzione dei punteggi riportati da ciascun intervistato, si evince che, a fronte di un valore massimo conseguibile di 75 punti, la media dei risultati rilevati è pari 50,53; ovvero al 67% circa del valore massimo, testimonianza della convergenza degli attori coinvolti verso livelli apprezzabili di *Public service motivation*.

L'attendibilità del citato indice di posizione, quale indicatore significativo della distribuzione osservata rispetto al fenomeno in esame, è dimostrata dall'analisi della deviazione *standard*, pari a 7,53. Infatti, nell'intervallo (50,53 – 7,53); (50,53 + 7,53) ricadono 10 valori sui 15 complessivamente osservati; analoghe informazioni possono essere desunte dal valore del coefficiente di variazione (pari a 0,15), evidenza, appunto, che la media fornisce una stima adeguata delle misure osservate.

Coerentemente alla metodologia adottata, è interessante, in seconda analisi, appron-

dire la composizione del dato relativo al livello di *Public service motivation* sia rispetto alle 4 macro-classi dello strumento di rilevazione, sia avendo riguardo dell'aggregazione degli stessi in fattori razionali e fattori normativo/affettivi.

Osservando la **tabella 3**, si considera che i valori espressi sono rappresentativi di una scala ordinale: si ritiene utile, pertanto, realizzare delle riflessioni sui valori modali assunti dalle distribuzioni delle risposte fornite dagli intervistati per ciascun *item*. In primo luogo, si rileva che la moda assume sempre valori omogenei, pari a 1 o pari a 5, aspetto che testimonia la tensione verso l'assunzione di posizioni «nette» da parte degli intervistati. In particolare, aggregando le domande per macro-area, si osserva una spiccata omogeneità all'interno dei fattori razionali: gli *item* afferenti al raggruppamento «attrazione verso il *policy making*», infatti, presentano in ogni caso un valore modale pari a 5; lo stesso accade per quanto concerne l'adesione psicologica all'interesse pubblico (*commitment*), mentre gli altri due raggruppamenti (empatia e spirito di sacrificio) si caratterizzano per una maggiore eterogeneità, con una moda dei fattori intra-gruppo variabile da 1 a 5. È da rilevare, tuttavia, che questi ultimi due raggruppamenti contengono gli *item* con maggiore frequenza modale,⁵ aspetto da non trascurare in quanto espressione di una convergenza di opinioni da parte degli attori intervistati rispetto agli specifici aspetti indagati.

Gli *item* con maggiore frequenza modale rientrano tra i fattori normativo-affettivi della *Public sector motivation*; essi non sono tanto legati alla consapevolezza circa il ruolo chiave che la riforma ha previsto per i professionisti sanitari ai fini della riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario, quanto piuttosto alla percezione, maturata

con l'esperienza, che il loro contributo sia funzionale alla creazione di valore non solo per i detenuti, ma per la società nel suo complesso. In questa prospettiva, i medici intervistati concordano nel ritenere la cooperazione inter-istituzionale, tra istituti di pena e Asl, importante ai fini del rinvigorismento delle attività di tutela e promozione della salute degli individui *in vinculis*. Essi, al contempo, non ritengono che, allo stato attuale, siano previsti adeguati strumenti normativi di incentivo alle relazioni inter-organizzative tra istituti di pena e organizzazioni sanitarie. L'87% degli intervistati, nondimeno, reputa imprescindibile investire su queste ultime, anche allorquando dette iniziative si scontrino con problemi legati ai crescenti vincoli di bilancio.

La particolare attenzione verso azioni di supporto alla persona può essere letta quale evidenza del forte spirito di sacrificio personale, che si distingue quale componente preminente della *Public service motivation* dei dirigenti medici penitenziari. Di fatto, il rapporto quotidiano con i ristretti facilita l'attivazione del processo di umanizzazione della cura, in termini di «ricomposizione» della figura del paziente *in vinculis* in quanto uomo inteso in senso olistico. Come testimoniato da uno dei medici intervistati, infatti, il rapporto di fiducia tra medico e paziente è fondamentale «perché rende più gestibile il detenuto, infondendo in lui un sentimento di maggiore tranquillità».

A riprova della riflessione secondo cui la *Public service motivation* si sia rafforzata con l'esperienza nel contesto penitenziario, è possibile addurre le caratteristiche socio-demografiche dei medici intervistati riportate nella **tabella 4**: gli stessi sono tutti di sesso maschile, collocati nella medesima fascia di età, dai 53 ai 63 anni.

Tabella 3
Tabella riepilogativa delle frequenze
Fonte: elaborazione degli autori

Macro-categorie concettuali indagate	Frequenze delle classi		Fattori della motivazione	Frequenze dei fattori
	Absolute	Percentuali		
1. Attrazione verso il <i>policy making</i>	116	15%	Fattori razionali	15%
2. Empatia	220	29%	Fattori normativi e affettivi	85%
3. Adesione psicologica (<i>commitment</i>)	182	24%		
4. Spirito di sacrificio personale	240	32%		

	Istituto	Tipologia	Stato dell'affollamento	Asl di riferimento	Genere del dir. medico penitenziario	Anno di nascita del dir. medico penitenziario
1	Avellino	Casa circondariale e reclusione	Nella media	AV1	Maschile	1958
2	Ariano Irpino	Casa circondariale e reclusione	Nella media	AV1	Maschile	1952
3	Arienzo	Casa circondariale	Nella media	CE	Maschile	1955
4	Benevento	Casa circondariale	Nella media	BN	Maschile	1959
5	Carinola	Casa circondariale e reclusione	Nella media	CE	Maschile	1953
6	Eboli	Casa reclusione	Nella media	SA	Maschile	1955
7	Lauro	Istituto a custodia attenuata	Nella media	AV2	Maschile	1959
8	Poggioreale	Casa circondariale	Sovraffollamento	NA1	Maschile	1951
9	Pozzuoli	Casa circondariale femminile	Sovraffollamento	NA2	Maschile	1958
10	Sala Consilina	Casa circondariale	Nella media	SA	Maschile	1956
11	Salerno	Casa circondariale e reclusione	Nella media	SA	Maschile	1953
12	Santa Maria Capua Vetere	Casa circondariale	N.D.	CE	Maschile	1955
13	S. Angelo dei Lombardi	Casa reclusione	Nella media	AV1	Maschile	1964
14	Secondigliano	Centro penitenziario	Sovraffollamento	NA1	Maschile	1949
15	Vallo della Lucania	Casa circondariale	Nella media	SA	Maschile	1956

Tabella 4

Caratteristiche strutturali degli istituti campani e profilo socio-anagrafico dei dirigenti medici

Fonte: elaborazione degli autori

Un elemento discriminante, invece, per la *Public service motivation* è individuabile nelle specifiche caratteristiche degli istituti di pena, che si differenziano in funzione della dimensione e della tipologia di trattamento riservato ai detenuti. Da questo punto di vista, se è vero che lo *status* di case di reclusione, case circondariali e di istituti di custodia attenuata non incide significativamente sul livello di motivazione al lavoro, le dimensioni organizzative, unitamente alle problematiche gestionali correlate al sovraffollamento degli ambienti di vita, contribuiscono a generare un basso livello di motivazione. Infatti, gli istituti di dimensioni contenute e con problemi di sovraffollamento meno rilevanti si connotano sia per un'alta adesione psicologica del medico penitenziario al proprio ruolo organizzativo sia per un suo elevato spirito di auto-sacrificio.⁶

Dalle testimonianze raccolte si delinea chiaramente, dunque, l'esigenza di promuovere un modello di cura orientato all'uomo

detenuto, ispirato a un approccio *patient-centered* piuttosto che *illness-centered*. Siffatta evoluzione, parte fondante della riforma della sanità penitenziaria, richiede la necessaria implementazione di rapporti di collaborazione tra Asl e Direzioni degli istituti penitenziari; la debole presenza di strumenti normativi volti a favorire, nonché a regolamentare tale collaborazione, nondimeno, induce la maggior parte degli intervistati a ritenere l'attivazione e la gestione di tali rapporti estranei alla propria competenza.

Nei fatti, la conquista dell'autonomia da parte del dirigente medico penitenziario a seguito del Dpcm 2008 ha generato non solo energie per il cambiamento organizzativo, ma anche notevole confusione. La situazione *ante* riforma, infatti, identificava nel Direttore dell'istituto una certezza in termini di ruolo, competenza e responsabilità anche per i professionisti sanitari. Gli attuali vertici presso le Asl, cui i dirigenti medici penitenziari sono tenuti a far riferimento, in buona

parte dei casi conoscono poco o nulla delle realtà penitenziarie e, in forza di ciò, tendono a trascurare o a non dare ascolto alle istanze dei dirigenti penitenziari. Quando ciò avviene, d'altro canto, la sensibilità da essi manifestata è scarsa, con deboli ricadute sia in termini organizzativi sia operativi.⁷ Tali fenomeni sono esemplificativi delle difficoltà che i medici penitenziari incontrano nell'ambito del nuovo quadro normativo, che li rende legati al doppio filo della dipendenza economica rispetto alla Asl e di quella organizzativa rispetto agli istituti penitenziari. Secondo alcuni intervistati, in aggiunta, la separazione delle competenze in materia di salute e in materia di sicurezza tra aziende sanitarie e amministrazione penitenziaria ha ottenuto il solo risultato di segnare i limiti delle rispettive responsabilità, senza contribuire in alcun modo al miglioramento del servizio di assistenza rivolto ai ristretti.⁸

Quale diretta conseguenza di tale condizione, molti medici penitenziari operano nella pressoché totale mancanza di attrezzature e materiali necessari allo svolgimento della propria attività, come telefono, fax, fotocopiatrici, computer, connessione a internet, la cui fornitura dovrebbe essere di competenza delle Asl. A ciò si aggiunga che la difficile situazione economica di molti istituti condiziona negativamente i processi di cura e assistenza a favore del detenuto; a tal riguardo, la mancanza, persistente in alcuni penitenziari, del riscaldamento o del carburante necessario ai mezzi destinati alle traduzioni sono sintomo di tale problema.⁹

La separazione delle responsabilità tra le due aree ha, inoltre, determinato la carenza di un sistema di *audit* sull'operato dei professionisti sanitari: oggi, infatti, viene meno l'azione di controllo svolta in passato dai Direttori degli istituti di pena che, in talune circostanze, avevano premura di verificare l'operato dei medici in convenzione, fino a considerare, in pochi casi estremi, l'ipotesi di revoca della convenzione.

La situazione così delineata sortisce per alcuni dirigenti medici, in particolar modo per coloro che agiscono nei contesti maggiormente critici sotto il profilo organizzativo e operativo, un netto calo della motivazione verso il proprio lavoro; nondimeno, le innegabili difficoltà sopra descritte costituiscono per molti uno stimolo sfidante verso la

risoluzione dei problemi e il miglioramento delle condizioni organizzative all'interno degli istituti penitenziari.

5. Osservazioni conclusive

In questo particolare momento storico, indagare la motivazione dei medici penitenziari risulta importante in ragione del ruolo di primo piano che essi sono chiamati a rivestire in qualità di rappresentanti del Ssn all'interno degli istituti di pena. In tale veste, essi operano come «garanti della salute» dei ristretti, esposti a un rischio costante di doppio *burn out* legato, da un lato, alle condizioni di sofferenza approcciate nel quotidiano e, dall'altro, al tipico contesto di reclusione fisica e sociale in cui si trovano a operare.

L'importanza che il medico penitenziario riveste per la comunità dei reclusi è sostenuta già da Foucault che, nel 1850, afferma: «il suo concorso è utile in tutte le forme di imprigionamento. [...] Nessuno potrebbe entrare più intimamente di un medico nella coscienza dei detenuti, meglio conoscere il loro carattere, esercitare un'azione più efficace sui loro sentimenti, alleviando i mali fisici e approfittando di questo ascendente per far loro intendere parole severe o utili incoraggiamenti». Per i ristretti la perdita di salute rappresenta, accanto a quella della libertà, la privazione più grave cui essi sono condannati.

La riforma della sanità penitenziaria, introdotta dal Dpcm 1 aprile 2008 e tuttora in fase di attuazione, si muove nella direzione di riconoscere il giusto valore all'esercizio della medicina in ambito penitenziario. Attraverso il trasferimento delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria alle Asl, il legislatore conferisce alla salute dei ristretti il crisma di «diritto», affrancandola dal ruolo di sudditanza che, nei decenni passati, ha rivestito nei riguardi della finalità detentiva.

I risultati della ricerca condotta evidenziano come, all'interno della comunità dei dirigenti medici penitenziari campani, vi sia un livello apprezzabile di motivazione nell'esercizio della propria professione, corredato da una sensibilità, maturata negli anni, verso la difficile condizione di vita del detenuto.

L'indagine, nello specifico, mostra come la *Public service motivation* sia precipuamente legata alle componenti endogene della motivazione al lavoro, corrispondenti ai fattori normativo-affettivi, piuttosto che a quelle di natura esogena legate, invece, ai fattori razionali. Tale evidenza consente di individuare i punti di debolezza principali che caratterizzano le politiche pubbliche, fino a oggi attuate, in materia di sanità penitenziaria.

Il principale anello debole che si intravede nella politica riformatrice è la completa assenza di qualsivoglia forma di partecipazione al processo di *decision making* da parte dei professionisti sanitari; eppure, il substrato motivazionale di costoro, già di per sé robusto, unitamente all'esperienza maturata negli anni all'interno di un settore così peculiare, potrebbe essere valorizzato e indirizzato ai fini della definizione di politiche pubbliche maggiormente performanti.

La netta prevalenza dei fattori normativo-affettivi, inoltre, mostra come il dettato riformatore non abbia trovato agevole implementazione nella prassi. Di fatto, a fronte della volontà del legislatore di diffondere un rinnovato approccio alla cura degli individui detenuti, l'evidenza empirica enfatizza evidenti difficoltà insite nell'implementazione di un cambiamento di così ampia portata.

Uno dei principali ostacoli che sembrano ergersi avverso il divenire della sanità penitenziaria è l'assenza di una visione sistemica. Manca, in altre parole, una programmazione condivisa che, attraverso la definizione di obiettivi generali chiari e condivisi, sia in grado di mettere a sistema gli sforzi dei diversi attori che concorrono, ciascuno per il ruolo di propria competenza, a garantire i servizi di riabilitazione, cura e assistenza ai detenuti.

Gli sforzi lavorativi dei singoli professionisti, emersi in maniera distinta dalla ricerca, sono finalizzati a risolvere problemi di salute contingenti, ma sono ben lontani dalle esser parte di un'architettura di sistema. Ciononostante, la riforma della sanità penitenziaria offre un'opportunità ghiotta, non solamente sotto il profilo gestionale e organizzativo, ma anche, più specificamente, sotto il profilo della professione medica; in questa prospettiva, infatti, è possibile assumere le carceri come luogo di esercizio privilegiato per la

medicina olistica, nonché di piena realizzazione del concetto di salute in senso biopsico-sociale. In tal modo, gli istituti penitenziari, per antonomasia considerati luoghi di «non salute», possono diventare laboratori di osservazione, in grado non solo di offrire adeguati strumenti di cura, ma anche opportunità per la creazione e lo sviluppo di nuova conoscenza.

L'indagine condotta, nondimeno, sconta taluni limiti, legati in particolare alla natura stessa della motivazione quale costruito soggettivo, complesso e difficilmente misurabile. Seppure alla luce di tale consapevolezza, l'analisi esplorativa preserva significatività ai fini della rifinitura del modello di misurazione e, di conseguenza, della relativa validazione in termini di portata semantica ed epistemologica.

L'implementazione di approcci di salute *patient-centered* all'interno delle carceri, d'altro canto, non può essere associata semplicemente al livello di motivazione espresso dai dirigenti medici penitenziari; essa dipende, contestualmente, da altri fattori, primi tra tutti le risorse tecniche, finanziarie e umane a disposizione, oltre che il rinnovamento della cultura organizzativa retributiva, tuttora preminente negli istituti di pena. A tal proposito, lo studio si rivela strumentale alla costruzione di consapevolezza sulle tematiche motivazionali all'interno degli istituti di pena, identificandole quali fattori chiave per la riorganizzazione del servizio sanitario penitenziario.

Note

1. Gli istituti attualmente esistenti sono i seguenti: Casa circondariale di Arienzo, Benevento, Napoli Poggioreale, Sala Consilina, Santa Maria Capua Vetere, Vallo della Lucania e Pozzuoli (esclusivamente femminile); Casa circondariale e reclusione di Ariano Irpino, Avellino, Carinola, Salerno; Casa reclusione di Eboli, Avellino - Sant'Angelo dei Lombardi; Istituto di custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti (Icatt) di Lauro e Centro penitenziario di Napoli Secondigliano. A questi si aggiungono gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari di Napoli e Aversa, che non sono stati considerati nella presente indagine in quanto il Dpcm 2008 ne aveva disposto l'abolizione e la legge 9/2012 aveva individuato il termine per la chiusura nel 31/03/2013. Successivamente, il Decreto legge n. 24 del 25 marzo 2013, convertito in legge n. 57 del 23 maggio 2013, ne ha prorogato la chiusura alla data del 1 aprile 2014.

2. La tradizionale distinzione vede la classificazione in Casa reclusione (istituti adibiti all'espiazione delle pene superiori a due anni), Casa circondariale (vi sono ospitate le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori ai due anni), Istituti a custodia attenuata (come gli Icat, dove si svolgono numerose attività per la riabilitazione fisica e psichica dei tossicodipendenti, anche in collaborazione con Comunità terapeutiche esterne al carcere, le Case mandamentali e le Case lavoro) e Ospedali Psichiatrici Giudiziari (dove risiedono sia internati sia detenuti inviati in «osservazione» per motivi psichiatrici). A questi si aggiungono i Centri diagnostici terapeutici (Cdt) che, in genere, non sono istituti a sé stanti, ma sezioni autonome di Case circondariali o di reclusione nei quali si trovano i detenuti sottoposti alle cure, che non possono essere prestate loro nelle infermerie degli istituti di reclusione.
3. La Campania risulta, infatti, essere la seconda regione italiana in ordine al numero di detenuti ospitati: 8.301 di cui 4155 imputati, 3885 condannati, 240 internati e 21 non classificati. Il dato è comprensivo di 952 detenuti stranieri (Dap, 2013).
4. Il modello originariamente proposto da Perry considera 40 *item* raccolti in 6 macro-categorie: l'attrazione al *policy making*, l'adesione psicologica al conseguimento dell'interesse pubblico, la percezione delle condizioni di giustizia sociale, il sentimento di dovere civico, l'empatia verso gli altri e lo spirito di sacrificio personale. Attraverso un successivo processo iterativo di raffinamento dello strumento di misurazione, egli perviene alla sintesi in soli 24 *item*, raggruppati in quattro famiglie concettuali: l'attrazione al *policy making*, l'adesione psicologica al conseguimento dell'interesse pubblico, l'empatia verso gli altri e lo spirito di sacrificio personale. Quest'ultimo modello è stato assunto quale quadro di riferimento ai fini della presente analisi.
5. A titolo esemplificativo, 13 dei 15 medici intervistati ritengono che le attività sociali svolte negli istituti di pena e la costante interazione tra il personale sanitario e i detenuti sia elemento essenziale ai fini della tutela della salute.
6. Tali risultati trovano spiegazione nel rischio di *burn out* cui sono esposti i professionisti sanitari che operano in condizioni di maggiore criticità organizzativa, in ragione del sovra-affollamento e dell'inadeguatezza delle risorse a disposizione a fronte dei numerosi bisogni espressi dai detenuti. Non a caso, sono i professionisti sanitari che operano negli istituti di custodia attenuata, caratterizzati da dimensioni snelle e da scarso sovraffollamento, a presentare le migliori caratteristiche motivazionali, sia in termini di spirito di auto-sacrificio che di *commitment* psicologico.
7. Emblematico è l'esempio riportato da uno dei medici intervistati con riferimento a un incontro con il proprio superiore gerarchico: a fronte della denuncia di una situazione di disagio organizzativo, «in fondo si tratta sempre di detenuti» è stata la sola risposta ricevuta.
8. In aggiunta, con specifico riferimento a un'attività complessa, come quella del medico penitenziario, è difficile pervenire a una netta separazione delle funzioni sanitarie e di quelle custodialistiche, inerenti la sicurezza dei ristretti, così come non sempre è agevole ottenere risposte concrete sotto entrambi i punti di vista.
9. La mancanza di carburante o di vetture a disposizione si traduce, d'altro canto, nell'impossibilità di trasferire presso le strutture sanitarie del territorio i detenuti che necessitano urgentemente di indagini o esami diagnostici, con inevitabili ripercussioni sul loro stato di salute.

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

- ACKROYD S., HUGHES J.A., SOOTHILL K. (1989), «Public sector services and their management», *Journal of Management Studies*, 26 (6), pp. 603-619.
- ADAMS J.S. (1963), «Toward an understanding of inequity», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, pp. 422-436.
- ADAMS L.D. (2002), «Correctional health care: implication for public health policy», *Journal of the National Medical Association*, 94 (5), pp. 294-298.
- ADINOLFI P. (2005), *Il mito dell'azienda*, McGraw-Hill, Milano.
- ATKINSON J.W. (1964), *An introduction to motivation*, Van Nostrand, Oxford.
- ALDERFER C.P. (1969), «An empirical test of a new theory of human needs», *Organizational Behaviour and Human Performance*, 4 (2), pp. 142-175.
- ALDERFER C.P. (1972), *Existence, relatedness, and growth. Human needs in organizational settings*, Free Press, New York.
- BAARSPUL H.C., WILDEROM C. (2011), «Do employees behave differently in public- Vs private-sector organizations?», *Public Management Review*, 13 (7), pp. 967-1002.
- BALDWIN N.J. (1984), «Are We Really Lazy?», *Review of Public Personnel Administration*, 4 (2), pp. 80-89.
- BECKETT J., PETERNELI-TAYLOR C., JOHNSON R. (2003), «Growing old in the correctional system», *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41 (9), pp. 12-18.
- BELLÉ N., CANTARELLI P. (2012), «Public service motivation: the state of the art», in G. Tria, G. Valotti, *Reforming the public sector: how to achieve better transparency, service, and leadership*, Brookings Institution Press, Washington DC, pp. 96-127.
- BENEKOS P.J. (1990), «Beyond reintegration: community corrections in a retributive era», *Federal Probation*, 54 (1), pp. 52-56.
- BERGSTROM G., JENSEN I.B., BODIN L., LINTON S.J., NYGREN A.L., CARLSSON S.G. (1998), «Reliability and factor structure of the Multidimensional pain inventory», *Pain*, 75, pp. 101-110.
- BINSWANGER A.I., KRUEGER P.M., STEINER J.F. (2009), «Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, pp. 912-919.
- BOYNE G.A. (2002), «Public and private management: what's the difference?», *Journal of Management Studies*, 39 (1), pp. 97-122.
- BREWER A.G., SELDEN S.C., FACER II L.R. (2000), «Individual conceptions of public service motivation», *Public Administration Review*, 60 (3), pp. 254-264.
- BRIGHT L. (2005), «Public employees with high levels of public service motivation», *Review of Public Personnel Administration*, 25 (2), pp. 138-154.
- BUCHANAN B.I. (1975), «Red tape and the service ethic: some unexpected differences between public and private managers», *Administration & Society*, 4, pp. 423-444.
- BUCHANAN J.M. (1978), *The economics of politics*, Institute of Economic Affairs, London.
- CACIOPPE R., MOCK P. (1984), «A comparison of the quality of work experience in government and private organizations», *Human Relations*, 37 (11), pp. 923-940.
- CAMPBELL D.J., PRITCHARD R. (1976), «Motivation theory in industrial and organizational psychology», in M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Rand McNally, Chicago, pp. 63-130.
- CONDON L., HEK G., HARRIS F. (2006), «Public health, health-promotion and the health of people in prison», *Community Practitioner: The Journal of The Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 79 (1), pp. 19-22.
- CONDON L., HEK G., HARRIS F., POWELL J., KEMPLE T., PRICE S. (2007), «Users' views of prison health services: a qualitative study», *Journal of Advanced Nursing*, 58 (3), pp. 216-226.
- CONKLIN T.J., LINCOLN T., TUTHILL R.W. (2000), «Self-reported health and prior health behaviors of newly admitted correctional inmates», *American Journal of Public Health*, 90 (12), pp. 1939-1941.
- COURSEY D.H., PANDEY S.K. (2007), «Public service motivation measurement: testing an abridged of Perry's proposed scale», *Administration & Society*, 39, pp. 547-568.
- CREWSON E.P. (1997), «Public service motivation: building empirical evidence of incidence and effect», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7 (4), pp. 499-518.
- DE VIGGIANI N. (2007), «Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health», *Sociology of Health & Illness*, 29 (1), pp. 115-135.
- DOUGLAS N., PLUGGE E., FITZPATRICK R. (2009), «The impact of imprisonment on health: what do women prisoners say?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, pp. 749-754.
- 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 DC, pp. 51-64.
- ESPOSITO M. (2007), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano.
- EXWORTHY T., WILSON S., FORRESTER A. (2011), «Beyond equivalence: prisoners' right to health», *The Psychiatrist*, 35, pp. 201-202.
- FRANK E.S., LEWIS B.G. (2004), «Government employees. Working hard or hardly working?», *The American Review of Public Administration*, 34 (1), pp. 36-51.
- FREDERICKSON H.G. (1997), *The spirit of public administration*, Jossey-Bass. San Francisco.
- FREDERICKSON H.G., HART D.K. (1985), «The public service and patriotism of benevolence», *Public Administration Review*, 45, pp. 547-553.

- FREDERICKSON G. (1971), «Toward a new public administration», in F. Marini, *Toward a new public administration: the Minnowbrook perspective*, Chandler, Scranton, pp. 309-331.
- FRIED Y., LEVI A.S., LAURENCE G. (2008), «Motivation and job design in the new world of work», in S. Cartwright and C.L. Cooper (Eds.), *The Oxford handbook of personnel psychology*, 24 Oxford University Press, Oxford, pp. 586-611.
- GAGNÉ M., DECI E.L. (2005), «Self-determination theory and work motivation», *Journal of Organizational Behavior*, 26, pp. 331-362.
- GOLEMBIEWSKI R.T. (1996), «The future of public administration: end of a short stay in the sun? Or a new day A-dawning?», *Public Administration Review*, 56 (2), pp. 139-148.
- GRANT A.M., SHIN J. (2012), «Work motivation: directing, energizing, and maintaining effort (and research)», in R.M. Ryan (Ed.), *Oxford handbook of motivation*, Oxford University Press, Oxford, pp. 505-519.
- HACKMAN J.R., OLDFHAM G.R. (1975), «A new strategy for job enrichment», *California Management Review*, 17 (4), pp. 57-71.
- HERZBERG F. (1959), *The motivation to work*, John Wiley and Sons, New York.
- HERZBERG F. (1966), *Work and the nature of man*, Holland, Cleveland.
- HOUSTON D.J. (2000), «Public-service motivation: a multivariate test», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10 (4), pp. 713-728.
- HOUSTON D. (2005), «Walking the walk of public service motivation: public employees and charitable gifts of time, blood, and money», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16 (1), pp. 67-86.
- KANFER R. (1990), «Motivation theory and industrial and organizational psychology», in M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Vol. 1, 2nd ed., Consulting Psychologists Press, Palo Alto, pp. 75-130.
- KATZEL R.A., THOMPSON D.E. (1990), «Work motivation: theory and practice», *American Psychologist*, 45, pp. 144-153.
- INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES (2004), *Prison health and public: the integration of prison health services*, King's College London - School of Law, London.
- JONES M.R. (1955), *Nebraska symposium on motivation*, Nebraska Press, Lincoln.
- LAWLER E.E. (1973), *Motivation in work organizations*, Brooks/Cole Publishing, Monterey.
- 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 research», *Research in Nursing & Health*, 29 (6), pp. 556-565.
- LOCKE E.A., LATHAM G.P. (1990), *A theory of goal-setting and task performance*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- MACY J. (1971), *Public service: the human side of government*, Harper & Row, New York.
- MASLOW A. (1943), «A theory of human motivation», *Psychological Review*, 50, pp. 370-396.
- MASLOW A. (1954), *Motivation and personality*, Harper, New York.
- MARQUART J.W., MERIANOS D.E., CUVELIER S.J., CARROLL L. (1996), «Thinking about the relationship between health dynamics in the free community and the prison», *Crime & Delinquency*, 42 (3), pp. 331-360.
- MARSDEN D., RICHARDSON R. (1992), *Motivation and performance related pay in the public sector: a case study of the Inland Revenue*, CEP discussion paper, 75, Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science, 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.
- MASLOW A.H. (1970), *Motivation and Personality*, 2nd ed., Harper and Row, New York.
- MCCLELLAND D.C., BURNHAM D.H. (1976), «Power is the great motivator», *Harvard Business Review*, 54 (2), pp. 100-110.
- MCGREGOR D. (1960), *The human side of the enterprise*, McGraw-Hill, New York.
- MØLLER L., STÖVER H., JÜRGENS R., GATHERER A., NIKOGOSIAN H. (2007), *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, Who Regional Office for Europe, Copenhagen.
- NAFF C.C. (1999), «Working for America: does public service motivation make a difference?», *Review of Public Personnel Administration*, 19 (4), pp. 5-16.
- NISKANEN W.A. (1971), *Bureaucracy and representative government*, Aldine-Atherton, Chicago.
- PALUMBO R. (2013), «Dalla cura all'empowerment del paziente in vincolis: prospettive evolutive dell'assistenza sanitaria negli istituti di pena italiani», *Mecosan*, 87, pp. 29-43.
- PERRY J. (1996), «Measuring public service motivation: an assessment of construct validity», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 6, pp. 5-22.
- PERRY J.L., HONDEGHEM A. (2008), *Motivation in public management: the call of public service*, Oxford University Press, Oxford, New York.
- RAINEY G.H. (1982), «Reward preferences among public and private managers: in search of the service ethic», *American Review of Public Administration*, 16 (4), pp. 288-302.
- RAINEY H.G., BOZEMAN B. (2000), «Comparing public and private organizations: empirical research and the power of the a priori», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10 (2), pp. 447-469.
- RUBIN E. (2003), «Just say no to retribution», *Buffalo Criminal Law Review*, 7 (1), pp. 17-83.
- SMITH C. (2000), «'Healthy prisons': a contradiction in terms», *The Howard Journal*, 39 (4), pp. 339-353.
- STAMBOLOVIC V. (2007), «Health policy in prisons», in D. Donev, G. Pavlekovic, L. Zaletel Kragelj, *Health promotion and disease prevention: a handbook for teachers, researchers, health professionals*, Hans Jacobs Publishing Company, Lage, p. 307.
- THE LANCET (2005), «Prison health: a threat or an opportunity?», *The Lancet*, 366, p. 1.

- THORBURN K.M. (1995), «Health care in Correctional facilities», *Western Journal of Medicine*, 163, pp. 560-564.
- TOMAŠEVSKI K. (1994), «Prison health law», *European Journal of Health Law*, 1 (4), pp. 327-341.
- TULLOCK G. (1965), *The Politics of Bureaucracy*, Public Affairs Press, Washington.
- TWADDLE C.A. (1976), «Utilization of medical services by a captive population: an analysis of sick call in a state prison», *Journal of Health and Social Behavior*, 17 (3), pp. 236-248.
- VANDENABEELE W. (2007), «Toward a public administration theory of public service motivation: an institutional approach», *Public Management Review*, 9 (4), pp. 545-556.
- VROOM V.H. (1964), *Work and motivation*, Wiley, New York.
- WEINER B. (1972), *Theories of motivation: From mechanism to cognition*, Markham, Oxford.
- WILMOTT Y. (1997), «Prison nursing: the tension between custody and care», *British Journal of Nursing*, 6 (6), pp. 333-336.
- WITTMER D. (1991), «Serving the people or serving for pay: reward preferences among government, hybrid sector, and business managers», *Public Productivity and Management Review*, 14 (4), pp. 369-383.
- WRIGHT B.E. (2001), «Public-sector work motivation: a review of the current literature and a revised conceptual model», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11 (4), pp. 559-586.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Ettore Jorio

DIRITTO DELLA SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

MAGGIOLI, SANTARCANGELO DI ROMAGNA, 2013, € 32,00, PP. 345

Il volume costituisce la trattazione organica dei due sistemi assistenziali nazionali, della salute e del sociale, fino a oggi tenuti inspiegabilmente separati, sia nell'esercizio delle funzioni relative che nella gestione economico-finanziaria. In una tale ottica, essi vengono trattati dall'Autore «in parallelo», in relazione ai due livelli di governo – regionale per la sanità e comunale per l'assistenza sociale – e alle rispettive responsabilità, che saranno accentuate dall'imminente ingresso a regime del c.d. federalismo fiscale. Lo stesso rappresenta, quindi, un manuale – peraltro aggiornato ai più recenti provvedimenti legislativi (decreto c.d. Balduzzi compreso) e alla giurisprudenza intervenuta – indispensabile per chi interagisce in entrambi i sistemi, ma anche per chi ha interesse ad affrontare le relative problematiche. Per questo motivo, il volume si presenta come un utile strumento di consultazione per amministratori pubblici e dirigenti, ma anche per studenti e giovani laureati interessati a specializzare le loro conoscenze in materia di organizzazione, pubblica e privata, della tutela della salute e dell'assistenza sociale.

INDICE PREFAZIONE - 1. LA LEGISLAZIONE DELLA SALUTE - 2. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) E LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA - 3. LE ISTITUZIONI CENTRALI DELLA SALUTE - 4. L'AZIENDALISMO NELLA SALUTE - 5. IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO - 6. LE PRESTAZIONI SALUTARI - 7. LA DIRIGENZA - 8. LA LEGISLAZIONE NELL'ASSISTENZA SOCIALE - 9. LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA SOCIALE - 10. LE ISTITUZIONI DELL'ASSISTENZA SOCIALE - 11. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIALE (LIVEAS) E LA PROGRAMMAZIONE - 12. GLI EROGATORI E I «PRODOTTI» DELL'ASSISTENZA SOCIALE - BIBLIOGRAFIA

Federico Lega

MANAGEMENT DELLA SANITÀ. LINEAMENTI ESSENZIALI E SVILUPPI RECENTI DEL SETTORE E DELL'AZIENDA SANITARIA

EGEA, MILANO, 2013, € 35,00, PP. 330

La tutela della salute è fondamentale per lo sviluppo economico e il benessere sociale di un paese. In Italia la sanità è la prima voce di spesa delle Regioni (pesa tra il 60 e 70% dei bilanci regionali), è il secondo datore di lavoro nell'impiego pubblico (circa 700.000 impiegati nel Ssn) ed è il primo volano dell'economia, se si considera la spesa complessiva per la sanità (oltre il 9% del Pil) e l'indotto collegato (industria farmaceutica, biotecnologie, servizi di supporto, tecnologie sanitarie, infrastrutture, etc.). Le aziende sanitarie sono organizzazioni ultra-complesse da gestire, per la natura professionale (maggioranza dei lavoratori sono professionisti laureati), l'elevata tecnologia, l'impatto sociale ed economico delle attività, lo stretto collegamento con il sistema politico. Quali politiche sanitarie e quali cambiamenti gestionali servono per affrontare la crisi economica e le sfide che caratterizzano il settore della salute? Nel libro sono spiegate e

discusse le dinamiche caratterizzanti il settore e le esperienze di innovazione che possono ispirare nuove e più efficaci scelte di politica sanitaria e di governo delle strutture sanitarie pubbliche e private.

INDICE PREFAZIONE, DI VALERIO ALBERTI - INTRODUZIONE: 40 ANNI DI MANAGEMENT SANITARIO, DI ELIO BORGONVI - PROLOGO: IL «MANAGEMENT DOES MATTER» IN SANITÀ? - 1. ELEMENTI GENERALI DI POLITICA SANITARIA - 2. IL SETTORE (SOCIO) SANITARIO ITALIANO - 3. L'AZIENDA SANITARIA - 4. GOVERNARE L'AZIENDA SANITARIA - 5. I PRINCIPALI SVILUPPI NELL'ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLE AZIENDE E NEI SETTORE DELLA SALUTE - EPILOGO: LE PROSPETTIVE DEL SSN - POSTFAZIONE, DI ROSANNA TARRICONE - BIBLIOGRAFIA

Ivan Cavicchi

IL RIFORMISTA CHE NON C'È. LE POLITICHE SANITARIE TRA INVARIANZA E CAMBIAMENTO

EDIZIONI DEDALO, BARI, 2013, € 16,00, PP. 215

Dopo le sorprendenti elezioni di febbraio 2012, questo libro propone alla nuova e alla vecchia classe politica, e a tutto il mondo sanitario, un progetto per rifondare la sanità. L'Autore affronta le quattro principali questioni irrisolte della sanità italiana: l'interpretazione moderna dell'articolo 32 della Costituzione, la norma madre da cui tutto deriva, e la «questione salute»; il ripensamento della medicina quale conoscenza, perché essa si adegui a una società che cambia e a un'economia ostile; il ripensamento delle professioni e del lavoro, in particolare delle professioni sanitarie (medici e infermieri); il ripensamento della sanità come sistema di governo e di organizzazione dei servizi. Da sempre il vero problema della sanità non è la mancanza di idee o di proposte, ma la politica, che da troppi anni si dimostra disinteressata al cambiamento. Questo libro si basa su fatti reali, anche se il soggetto è simbolico. Il «riformista che non c'è» è un limite culturale della nostra società, che, per il bene comune, dovrà essere superato e convertito a una nuova progettualità.

INDICE INTRODUZIONE: CHI È IL «RIFORMISTA CHE NON C'È»? - 1. IL «RIFORMISTA CHE NON C'È» E L'ART. 32 - 2. IL «RIFORMISTA CHE NON C'È» E LA QUESTIONE «MEDICINA» - 3. IL «RIFORMISTA CHE NON C'È»: RIPENSARE GLI ATTI, I MODI E I CONTENUTI DELLE PROFESSIONI - 4. IL «RIFORMISTA CHE NON C'È» E LA SANITÀ - CONCLUSIONI: PAGHIAMO IL DEBITO CON IL CAMBIAMENTO - BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE, DI IVAN CAVICCHI

Censis, Forum per la Ricerca Biomedica

**DISPONIBILITÀ E CERTIFICAZIONE DEI DATI STATISTICI IN SANITÀ.
STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE**

FRANCOANGELI, MILANO, 2013, € 15,00, PP.96

Il volume riporta i risultati del lavoro condotto dal Censis e dal Forum per la Ricerca Biomedica, in collaborazione con i membri della Consulta istituzionale, sulla disponibilità, attendibilità e utilizzazione dei dati statistici in sanità. Nel testo sono riportate le principali fonti informative censite a livello nazionale per ambito, definizione, unità di analisi e alcune ulteriori variabili descrittive. Vengono poi descritti alcuni esempi di metanalisi delle fonti per specifici comparti e si analizzano i processi di implementazione e miglioramento della qualità dei dati attualmente in corso. Infine, vengono avanzate alcune osservazioni e proposte di carattere generale.

INDICE 1. L'IMPORTANZA DEI DATI IN SANITÀ E I RELATIVI PROBLEMI - 2. SINTESI E PROPOSTE - 3. LA MAPPATURA DELLE FONTI - 4. LA UTILIZZAZIONE DEI DATI: ALCUNI ESEMPI DI METANALISI - 5. ALCUNI PROCESSI DI IMPLEMENTAZIONE - 6. LA CONSULTA ISTITUZIONALE DI RIFERIMENTO

Bice Previtiera

**L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE.
DALLA LEGGE 833 DEL 23 DICEMBRE 1978 A OGGI**

ARMANDO CURCIO EDITORE, ROMA, 2013, € 98,00, PP. 940

Attraverso un'analisi storica e normativa dell'evoluzione del Ssn, l'Autrice individua le attuali condizioni e criticità, creando lo spunto per immaginare una nuova realtà organizzativa delle varie anime del pianeta sanità, non più separate e indipendenti, bensì omogenee e fra loro complementari, al solo scopo di fornire un servizio migliore e di ridurre i costi. L'iter concettuale che ha guidato il lavoro è stato un approccio sistemico e relazionale, lo studio dello stato e degli orientamenti del servizio sanitario, del concetto di rete, della clinical governance, di programma, protocolli e percorsi assistenziali integrati, con una esemplificazione dei problemi ricorrenti di relazione tra i diversi nodi della rete, nonché di alcune sperimentazioni di reale e riuscita integrazione fra ospedale e territorio. Emerge chiaramente come, se la rete è in sofferenza, sia sempre il cittadino a pagarne le spese. L'odierna missione della sanità pubblica consiste quindi nell'affrontare e risolvere i problemi di relazione fra i nodi della rete.

INDICE PRAFAZIONE - NOTE DELL'AUTORE - INTRODUZIONE - 1. STORIA - 2. L'OSPEDALE - 3. IL TERRITORIO - 4. L'INTEGRAZIONE - 5. LE RETI IN SANITÀ - 6. ESPERIENZE DI INTEGRAZIONE - CONCLUSIONI - POSTFAZIONE

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

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

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

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

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertata la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima ai referee e, contestualmente, richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). È consigliata agli Autori una lettera di risposta al referaggio in cui si indichino le modifiche apportate e la ragione dei suggerimenti non accolti. La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CER GAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@unibocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve e indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo tra le cinquemila e le settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti, con i rispettivi titoli, su file separato dal testo. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2009). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2009), *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «L'evoluzione dell'organizzazione dei servizi territoriali negli ultimi quindici anni in Italia», in F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli (a cura di), *Organizzare la salute nel territorio*, il Mulino, Bologna.

Articoli in riviste

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

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

SEELEIB-KAISER M. (2007), *From Conservative to Liberal-Communitarian Welfare: Can the Reformed German Welfare State survive?*, Barnett Papers on Social Research n. 4, Oxford University.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

DAMIANOV D.S., PAGÁN J.A.
Health insurance coverage, income distribution and healthcare quality in local healthcare markets
Health Economics, 2013, Aug, 22 (8), pp. 987-1002

ZISMER D.
How might a reforming U.S. healthcare marketplace threaten balance sheet liquidity for community health systems?
Journal of Health Care Management, 2013, May/Jun, 58 (3), pp. 168-172

ARDLEY B., MCMANUS J., FLOYD D.
Does Europe still represent a healthy deal in times of increased global challenges and reduced levels of growth? A market, service and social perspective of European healthcare
Public Money and Management, 2013, Nov, 33 (6), pp. 421-428

KELLY A.
The cost conundrum: financing the business of health care insurance
Journal of Health Care Finance, 2013, Sum, 39 (4), pp. 15-27

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

GUTACKER N., BOJKE C., DAIDONE S., DEVLIN N.J., PARKIN D., STREE A.
Truly inefficient or providing better quality of care? Analysing the relationship between risk-adjusted hospital costs and patients' health outcomes
Health Economics, 2013, Aug, 22 (8), pp. 931-947

FARBMACHER H., WINTER J.
Per-period co-payments and the demand for health care: evidence from survey and claims data
Health Economics, 2013, Sep, 22 (9), pp. 1111-1123

HURLEY J., MENTZAKIS E.
Health-related externalities: evidence from a choice experiment
Journal of Health Economics, 2013, Jul, 32 (4), pp. 671-681

NONIS M., ROSANTI E.
Nonoperating revenue and hospital financial performance: do hospitals rely on income from nonpatient care activities to offset losses on patient care?
Health Care Management Review, 2013, 38 (3), pp. 201-210

ECONOMIA DEL FARMACO

SKIPPER N.
On the demand for prescription drugs: heterogeneity in price responses
Health Economics, 2013, Jul, 22 (7), pp. 857-869

GROSSMAN V.
Do cost-sharing and entry deregulation curb pharmaceutical innovation?
Journal of Health Economics, 2013, Sep, 22 (5), pp. 881-891

FRANKEN M., NILSSON F., SANDMANN F., BOER A., KOOPMANSCHAP M.
Unravelling drug reimbursement outcomes: a comparative study of the role of pharmacoeconomic evidence in Dutch and Swedish reimbursement decision making
Pharmacoeconomics, 2013, Sep, 31 (9), pp. 781-797

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

ODERKIRK J., RONCHI E., KLZINGA N.
International comparisons of health system performance among Oecd countries: opportunities and data privacy protection challenges
Health Policy, 2013, Sep, 112 (1-2), pp. 9-18

HÄKKINEN U., IVERSEN T., PELTOLA M., SEPPÄLÄ T.T., MALMIVAARA A., BELICZA É., FATTORE G., NUMERATO D., HEIJINK R., MEDIN E., REHNBERG C.
Health care performance comparison using a disease-based approach: the EuroHOPE project
Health Policy, 2013, Sep, 112 (1-2), pp. 100-109

SANDERSON M., ALLEN P., PECKHAM S., HUGHES D., BROWN M., KELLY G., BALDIE D., MAYS N., LINYARD A., DUGUID A., ON BEHALF OF THE PATIENT CHOICE POLICY RESEARCH TEAM
Divergence of NHS choice policy in the UK: what difference has patient choice policy in England made?
Journal of Health Services Research & Policy, 2013, Oct, 18 (4), pp. 202-208

MACKENBACH J.P., MCKEE M.
Social-democratic government and health policy in Europe: a quantitative analysis
International Journal of Health Services, 2013, Jul, 43 (3), pp. 389-413

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

PREVITALI P.

Complessità organizzativa e management nelle Aziende sanitarie e ospedaliere

Sanità Pubblica e Privata, 2013, 3/4, pp. 44-50

LEGA F., MARSILIO M., VILLA S.

An evaluation framework for measuring supply chain performance in the public healthcare sector: evidence from the Italian NHS

Production Planning & Control, 2013, Nov, 24 (10/11), pp. 931-947

CASALINO L.P., WU F.M., RYAN A.M., COPELAND K., RITTENHOUSE D.R., RAMSAY P.P., SHORTELL S.M.

Independent practice associations and physician-hospital organizations can improve care management for smaller practices

Health Affairs, 2013, Aug, 32 (8), pp. 1376-1382

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

LAMMERS E.

The effect of hospital-physician integration on health information technology adoption

Health Economics, 2013, Oct, 22 (10), pp. 1215-1229

FORD E., HUERTA T.R., MENACHEMI N., THOMPSON M.A., YU F.

Health information technology vendor selection strategies and total factor productivity

Health Care Management Review, 2013, Jul-Sep, 38 (3), pp. 177-187

IVEROTH E., FRYK P., RAPP B.

Information technology strategy and alignment issues in health care organizations

Health Care Management Review, 2013, Jul-Sep, 38 (3), pp. 188-200

SHIM J.M., SHIN E., JOHNSON T.P.

Self-rated health assessed by web versus mail modes in a mixed mode survey: the digital divide effect and the genuine survey mode effect

Medical Care, 2013, Sep, 51 (9), pp. 774-781

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

WILDE E.T.

Do emergency medical system response times matter for health outcomes?

Health Economics, 2013, Jul, 22 (7), pp. 790-806

RETÈL V.P., GRUTTERS J.P.C., VAN HARTEN W.H., JOORE M.A.

Value of research and value of development in early assessments of new medical technologies

Value in Health, 2013, Jul-Aug, 16 (5), pp. 720-728

McCABE C., EDLIN R., HALL P.

Navigating time and uncertainty in health technology appraisal: would a map help?

Pharmacoeconomics, 2013, Sep, 31 (9), pp. 731-737

VALUTAZIONI ECONOMICHE

NORMAN R., HALL J., STREET D., VINEY R.

Health state valuation in low and middle-income countries: a systematic review of the literature

Value in Health, 2013, Sep-Oct, 16 (6), pp. 1091-1099

KROL M., BROUWER W., RUTTEN F.

Productivity costs in economic evaluations: past, present, future

Pharmacoeconomics, 2013, Jul, 31 (7), pp. 537-549

McCABE C., EDLIN R., MEADS D., BROWN C., KHARROUBI S.

Constructing indirect utility models: some observations on the principles and practice of mapping to obtain health state utilities.

Pharmacoeconomics, 2013, Aug, 31 (8), pp. 635-641

TSIACHRISTASA A., MURRAY CRAMMA J., NIEBOERA A., RUTTEN-VAN MÖLKEN M.

Broader economic evaluation of disease management programs using multi-criteria decision analysis

International Journal of Technology assessment in Healthcare, 2013, Jul, 29 (3), pp. 301-308