

Comitato scientifico

**Emidio Di Giambattista** (coordinatore)  
Procuratore generale della Corte dei conti

**Luca Anselmi**

Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

**Elio Borgonovi**

Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche  
Università Bocconi di Milano

**Sabino Cassese**

Ordinario di diritto amministrativo  
Università La Sapienza di Roma

**Siro Lombardini**

Ordinario di economia - Università di Torino

**Antonio Pedone**

Ordinario di scienze delle finanze  
Università La Sapienza di Roma

**Fabio Roversi Monaco**

Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

**Luigi D'Elia**

Direttore generale - Azienda osped. S. Giovanni - Roma

Condirettore e direttore scientifico

**Elio Borgonovi**

Direttore del Cergas - Università Bocconi di Milano

Redazione:

Coordinatore generale

**Mario Del Vecchio**

Redattori capi sezione

**Giorgio Fiorentini**

**Marco Meneguzzo**

**Antonello Zangrandi**

**Francesco Zavattaro**

Redattori

**Federica Bandini**

**Giorgio Casati**

**Giovanni Fattore**

**Andrea Garlatti**

**Alessandra Massei**

**Franco Sassi**

Corrispondenti esteri

**Michael Schofield** (Manchester)

**Gustav Schacter** (Boston)

Direttore editoriale

**Anna Gemma Gonzales**

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77

Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

Redazione

20136 MILANO - Via Balilla, 18

Tel. 02/58363132-58363136 - Fax 02/89404523

Pubblicazione

— edita da **SIPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1982

— fotocomposta da **SIPIS** s.r.l.

— stampata dalla **Grafica Ripoli**, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, Tel. 0774/381700, Fax 0774/381700

— spedita in abbonamento postale, c. 26, art. 2, L. n. 549/95 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: L. 70.000

— associata all' 

# MECOSAN

*Italian Quarterly of Health  
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

## IN QUESTO FASCICOLO:

- Editoriale**
- 2 **Autonomia e responsabilità nelle aziende sanitarie: il ruolo del nuovo sistema contabile**
- Sez. 1ª - **Saggi e ricerche**
- 6 **Lo sviluppo del sistema informativo per la direzione in una azienda sanitaria**  
di Marialisa Motta, Francesco Zavattaro
- 22 **La funzione manageriale delle professioni non mediche nelle aziende sanitarie**  
di Cristina Filannino
- 37 **Management in sanità: conoscenze, attitudini e bisogni formativi dei medici italiani**  
di G. Ricciardi, I. F. Angelillo, N. Nante, R. Gasparini, M. De Giusti, E. De Vito, M. Pavia, V. Renzini, P. Villari
- 44 **Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie**  
di Renato Ruffini
- Sez. 2ª - **Commenti**
- 58 **Analisi sinottica delle leggi regionali in materia di introduzione della contabilità economica nelle aziende sanitarie**  
di Luca Buccoliero, Alberto Corradini, Francesco Zavattaro
- 71 **Autonomia e responsabilizzazione con i nuovi sistemi contabili**  
di Luca Buccoliero, Alberto Corradini
- 78 **Il mito razionalistico della pubblica amministrazione nel settore sanitario**  
di Antonello Zaccone
- Sez. 3ª - **Esperienze innovative**
- 84 **La segnaletica nelle aziende sanitarie come strumento di comunicazione per la gestione dei flussi di clienti**  
di Adelaide Ippolito
- 95 **Produttività ospedaliera e sistema premiante aziendale**  
di Fernando Janeselli
- 101 **Un'esperienza di comunicazione delle informazioni del servizio di igiene e sanità pubblica mediante un'attività di «front office»**  
di Paolo Fusaroli, Ester Baroncini, Richard Betti
- Sez. 4ª - **La sanità nel mondo**
- 110 **Il fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio**  
di Giovanni Fattore, Francesco Longo
- 123 **La riforma del sistema sanitario turco tra le linee guida di intervento della Banca Mondiale**  
di Marco Meneguzzo, Ugur Cagli
- Sez. 6ª - **Biblioteca**
- 134 **Recensioni**
- 137 **Novità bibliografiche**
- 139 **Spoglio riviste**
- 141 **Bibliografia monotematica**
- 146 **Tesi di laurea**

## AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE: IL RUOLO DEL NUOVO SISTEMA CONTABILE

*L'affermazione secondo cui «il S.S.N. è oggi in una fase di cambiamento» è una verità apodittica in quanto i sistemi sociali per loro natura intrinseca sono in continuo cambiamento. La scelta per chi opera nel S.S.N. pertanto non è se cambiare o non cambiare ma se:*

— cercare di opporsi ad alcune linee di cambiamento per mantenere le regole di funzionamento consolidate nel passato;

— cercare di avere un «ruolo attivo» nel cambiamento tramite l'introduzione e l'affermazione di nuovi principi, criteri e regole di funzionamento;

— porsi in posizione di attesa, ossia assumere un ruolo passivo rispetto al cambiamento aspettando che altri discutano, si confrontino e si scontrino sui nuovi principi, criteri e regole e decidano su di essi per poi adattarsi alle nuove modalità di funzionamento.

Semmai l'affermazione iniziale può tradursi in una proposizione piena di significato e contenuti reali più precisi se viene specificata con riguardo:

— al fatto che in un determinato periodo storico il cambiamento «è più rapido e più profondo» rispetto a periodi precedenti (e questa può essere la valutazione sulla fase avviata dal D.L.vo n. 502/92 e sue modificazioni);

— alla natura del cambiamento, ossia al tipo di regole che si stanno affermando: in questo senso si può dire

*che questa fase storica si caratterizza per una forte attenzione ai principi, criteri e logiche di «gestione aziendale»;*

— alla «forza» intrinseca di certi processi di cambiamento, ossia all'esistenza o meno di fattori strutturali che favoriscono il cambiamento e lo indirizzano verso certe direzioni;

— all'esistenza o meno di persone che hanno la volontà, l'interesse, la carica morale o la forza della disperazione (a seconda dei casi) che le induce ad impegnarsi attivamente nel processo di cambiamento.

Il cambiamento oggi in atto nel S.S.N. si caratterizza, tra molti aspetti, per la trasformazione delle unità che erogano i servizi in «aziende» che sono qualificate per un più elevato livello di autonomia decisionale sui processi tecnici ed economici e per una più elevata responsabilizzazione dei loro organi, in primis il Direttore Generale, per il raggiungimento dei risultati sia sul piano della qualità dell'assistenza sia su quello dell'efficacia, efficienza, economicità della gestione.

Autonomia decisionale e responsabilizzazione sui risultati richiedono adeguati sistemi informativi di supporto ed è per questo che assume particolare rilievo e significato il processo, già avviato in alcune aziende e che via via andrà completandosi in applicazione dell'art. 5 del D.L.vo n. 502 di

*introduzione del nuovo sistema di contabilità economica, meglio economico-patrimoniale.*

Si tratta di un sistema, i cui aspetti tecnico-contabili e metodologici sono già stati discussi su questa Rivista (si veda l'articolo di Zavattaro-Anessi Pessina «Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel Servizio Sanitario Nazionale» in Mecosan n. 10) e che, è facile prevederlo, saranno di nuovo proposti all'attenzione dei Lettori. In questo editoriale si vogliono sottolineare e anticipare invece alcuni dei tipici problemi organizzativi e di comportamento connessi all'applicazione di un nuovo sistema contabile.

Innanzitutto, il fatto che ogni sistema contabile fornisce informazioni strumentali al miglioramento delle decisioni. Conoscere più a fondo i risultati derivanti dalla contrapposizione del «valore economico» correlato ai servizi prodotti (ricavi per tariffe delle prestazioni erogate o ricavi per prestazioni a pagamento) o riconosciuto dalla Regione per le funzioni svolte, nel caso in cui si tratti di funzioni indistinte (finanziamento non a tariffa, ma su base di altri criteri) e «valore economico» dei fattori produttivi effettivamente impiegati in un dato periodo amministrativo, segnala la capacità di mantenere un effettivo equilibrio tra bisogni soddisfatti e risorse a disposizione. La «competenza

economica» dei valori segnala meglio della «competenza finanziaria», l' idoneità delle scelte aziendali da preservare periodo per periodo tale equilibrio senza la possibilità che la divaricazione temporale tra impegno, effettivo impiego delle risorse e pagamento possa creare «illusioni di equilibrio» e «rinvio al futuro dell' onere di ripristinare l'equilibrio».

Tuttavia va segnalato che la metodologia di ogni sistema contabile consente «strumentalizzazioni» delle informazioni, ossia consente di rilevare certi dati in funzione dell'informazione che si vuole trasmettere, e non dati espressivi della gestione da analizzare e interpretare.

Strumentalizzazione di un sistema informativo significa che prima si decide quale tipo di informazione serve o si vuol dare in un dato momento (esempio far apparire un risultato di pareggio, o di perdita, ecc.) e di conseguenza piegare la tecnica di rilevazione in modo da ottenere tale risultato.

Tutti i sistemi contabili sono «strumentalizzabili» nei limiti in cui le metodologie lasciano inevitabilmente spazi discrezionali circa il momento di rilevazione e le dimensioni dei valori, ma si vuol sottolineare che mentre le strumentalizzazioni «tipiche» della contabilità finanziaria (sopra o sotto stima delle entrate o delle uscite, impegni impropri e di conseguenza creazione di residui «di stanziamento», rinvio al futuro esercizio della evidenza finanziaria di determinati costi) erano conosciute da tutti gli attori del sistema, compresi gli organi di controllo, le nuove modalità tecniche di strumentalizzazione della contabilità economica (calcolo degli ammortamenti, valutazione delle rimanenze, rinvio di proventi e di costi a futuri esercizi, rilevazione di proventi e costi di futura manifestazione numeraria, capitalizzazione di costi, ossia le co-

siddette «valutazioni di bilancio») sono poco note agli attori del S.S.N. e in generale del settore pubblico.

È probabile, quindi, che nei primi anni di applicazione vi siano spazi di strumentalizzazione del nuovo sistema per motivazioni quali:

1) le limitate conoscenze del nuovo sistema, sia di chi deve gestirlo (occorre modificare le conoscenze di base, le competenze applicative e le abilità applicative dei «contabili» delle aziende), ma anche di coloro che devono interpretare i dati. Certo esistono sul mercato «esperti di contabilità economica» e possibilità di controllo e verifica della «qualità» delle informazioni (si pensi alle società di revisione contabile), ma è indubbio che ci si trova in una situazione in cui chi conosce la contabilità non conosce a fondo i problemi e soprattutto i comportamenti «tipici» della sanità e chi conosce a fondo la sanità molte volte non conosce a fondo il significato informativo del nuovo sistema contabile;

2) l'esercizio del «potere», in quanto è noto che le informazioni sui risultati della gestione possono influenzare il dibattito sulle responsabilità dei diversi «livelli di governo» (Stato, Regioni, enti locali) e dei diversi «organi» (responsabili di unità operative, di dipartimenti, di aree di attività, Direttore Generale, organi regionali responsabili del riparto dei fondi e dei controlli ecc.): «chi possiede l'informazione possiede il potere» scriveva J. Forrester agli albori dell'era dei sistemi informativi e questa prospettiva potrebbe aprire un nuovo «terreno di scontro» nella sanità;

3) fattori vari, quali ad esempio il collegamento tra risultati economici della gestione e livelli retributivi del Direttore Generale: è evidente che nel caso in cui fossero presenti premi o componenti incentivanti alla retribuzione legati, ad esempio, al conseguimen-

to del pareggio, i Direttori Generali sarebbero fortemente indotti a rinviare al futuro costi pur di raggiungere il pareggio contabile anche in assenza di pareggio sostanziale.

Le considerazioni circa le possibilità e i rischi di «strumentalizzazione» delle informazioni di contabilità economica secondo le tecniche del window dressing (o abbellimento dei bilanci) ben note agli esperti e analisti di bilanci di impresa, non devono essere intese come critica alla scelta innovativa fatta o come suggerimento di rallentamento. Al contrario esse sono poste per suggerire una ulteriore accelerazione del processo specificando tuttavia, i ruoli e le responsabilità che si devono assumere:

— i dirigenti, gli operatori del S.S.N. (nel caso specifico coloro che si occupano della contabilità e dei sistemi amministrativi), i consulenti che devono affrontare e risolvere i vari aspetti tecnico-contabili utilizzando il patrimonio di conoscenze accumulate con riguardo ai sistemi di contabilità economico-patrimoniale ed elaborando nuove soluzioni per gli aspetti tipici dei processi di tutela della salute;

— gli studiosi, il mondo accademico e della ricerca, chiamati a prevedere le possibili conseguenze delle applicazioni dei nuovi sistemi contabili sul piano dei comportamenti dei diversi «attori».

La funzione della ricerca scientifica e delle «teorie» non è certo quella di descrivere semplicemente «ciò che è accaduto» e di spiegarlo, ma semmai quella di fare ipotesi sui comportamenti «più probabili» a seguito di certe decisioni, di certe politiche, di certe azioni, ossia di anticipare la dinamica dei sistemi per aiutare chi ha la responsabilità di governare il sistema e di gestire i servizi a prepararsi ad affrontare i problemi. La capacità di prevedere correttamente l'evolversi del sistema (capire prima cosa potreb-

be accadere) consente agli «operatori» e ai dirigenti di prepararsi e consente agli studiosi di verificare il grado di congruenza tra le loro previsioni e i comportamenti reali e, sulla base di tale verifica e confronto, di migliorare la qualità delle loro teorie.

Nel caso specifico si può prevedere che se il processo di «rafforzamento della logica di gestione aziendale» nella sanità andrà avanti anche sul piano dell'affinamento dei sistemi contabili, potrebbero manifestarsi i fenomeni di seguito riassunti:

1) ulteriori spinte strutturali all'ampliamento della differenza tra Regioni del Nord e Regioni del Sud, tra aziende nelle quali sono presenti condizioni positive di miglioramento (compresi Direttori Generali e altri dirigenti che accettano la logica manageriale superando quella burocratica o di tipo tecnico-specialistica) e aziende nelle quali si determinano condizioni di «blocco decisionale». Tale divaricazione si avrà sia al Nord che al Sud (area questa nella quale però la divaricazione sarà più accentuata);

2) rafforzamento delle analisi che correlano proventi derivanti dalla applicazione delle «tariffe prefissate» (DRGs o altri) o di prezzi e tariffe libere (per le attività «a pagamento»), ai costi di produzione delle differenti «aree di attività». Si andrà in termini sempre più accentuati verso strutture di «conti economici» che rilevano «risultati lordi» delle diverse aree di attività (gestione ricoveri, gestione attività per outpatient, assistenza specialistica extraospedaliera, servizi di distretti, ecc.) o verso rilevazioni di contabilità analitica tali da evidenziare «aree di autosufficienza economica e aree in perdita». Ciò potrebbe attivare

o indurre ad adottare iniziative di selezione delle «aree di convenienza» sul piano economico a danno delle aree di attività che strutturalmente «assorbono risorse».

Ciò è positivo sul piano delle conoscenze, ma si sottolinea il fatto che se mancheranno interventi di governo da parte delle Regioni e adeguamenti del sistema di finanziamento in modo da sostenere le aree strutturalmente «in perdita», si potrebbero scatenare azioni di competizione negativa tra le aziende svantaggiose per i pazienti del tipo:

1) forte impegno per «attrarre» utenti per le attività con proventi superiori ai costi;

2) ostacoli, barriere, disincentivi nei confronti della domanda che determina costi superiori ai proventi;

3) l'accentuazione della competizione porterà inevitabilmente al manifestarsi di «crisi aziendali». Infatti, poiché nessun sistema sociale ha una dinamica evolutiva equilibrata, delle due l'una:

— o non si avrà competizione reale

— oppure, se si avrà competizione reale, qualche azienda si troverà presto in crisi dal punto di vista dell'equilibrio economico.

Se varrà la prima alternativa, vorrà dire che ancora una volta si sarà fatto «tanto clamore per nulla» o che si «sarà cambiato tutto per non cambiare nulla», ossia si ritornerà alla vecchia pratica di sanare i consuntivi più o meno «a piè di lista».

Se invece prevarrà la seconda alternativa, i diversi sistemi regionali dovranno attrezzarsi a gestire «le crisi aziendali» in un contesto, quello della tutela della salute, a forte sensibilità sociale e politica.

L'impressione, che spero sbagliata, è che nessuno stia pensando a queste problematiche e che quindi ci si troverà ancora una volta a gestire in condizioni di «urgenza», e senza un piano organico, situazioni largamente prevedibili.

In conclusione si può quindi dire che l'introduzione del sistema di contabilità economica rappresenta un indubbio passo in avanti sul fronte della dotazione di strumenti conoscitivi e su quello della gestione e che nel settore della sanità si è potuto fare un salto qualitativamente più avanzato rispetto agli enti locali (per i quali si è mantenuto uno stretto collegamento tra contabilità economica e contabilità finanziaria). Sistema decisamente più avanzato in quanto la contabilità economica è stata impostata, anche nelle prime esperienze applicative, autonomamente rispetto alla contabilità finanziaria, lasciando alla autonoma scelta delle singole Regioni o delle singole aziende la definizione delle forme e delle modalità tecniche di raccordo.

Ma il rafforzamento degli strumenti di gestione richiede anche il rafforzamento della capacità di utilizzarli correttamente. In caso contrario vi sarebbe il forte rischio di una inversione dei processi di influenza nel senso che i detentori di informazioni contabili potrebbero «strumentalizzare» tali informazioni per esercitare indebite influenze sulle politiche di gestione e sulle politiche sanitarie tout court. Il che non sarebbe corretto né sul piano politico generale né su quello tecnico in quanto ad ogni organo deve essere attribuito un potere d'influenza coerente con le sue funzioni e con il tipo di responsabilità ad esso attribuito.

# **Saggi e ricerche**

Sezione 1<sup>a</sup>

# LO SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIREZIONE IN UNA AZIENDA SANITARIA

di Marialisa Motta, Francesco Zavattaro (\*)

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. L'introduzione di un sistema di classificazione e di misurazione dei risultati nelle aziende sanitarie a fini di programmazione e controllo della gestione: lo schema generale di riferimento - 2. Una esemplificazione dello schema generale di riferimento: l'analisi di una divisione di geriatria - 2.1. L'applicazione del metodo dei gruppi di attività omogenee: la definizione dei processi produttivi e dei prodotti della divisione ed il confronto GAO-DRGs - 2.2. I fattori produttivi assorbiti dai processi e le prestazioni intermedie cedute alla divisione da altri centri di responsabilità.

*This article presents a general model which is intended to support the introduction of Managerial Control System in health-care organizations. More specifically, the model is intended to provide decision-makers with better information about the activities carried out by the organizations, the output produced and the resources used. To this end, the model applies the Homogeneous Activity Group method to the classification and measurement of the outputs produced by the different Responsibility Centers. This method is then compared to the DRG approach in order to highlight the different nature and goals of internally and externally-oriented measurement systems. In addition, the model analyzes the interactions between the different Responsibility Centers. Finally, it shows how to implement a cost-management information system recording the resources required to perform every single activity carried out by the organization.*

## **1. L'introduzione di un sistema di classificazione e di misurazione dei risultati nelle aziende sanitarie a fini di programmazione e controllo della gestione: lo schema generale di riferimento**

L'introduzione di sistemi di finanziamento correlati ai volumi di attività sancita dai D.L.vi n. 502/92 e n. 517/93 ha vivacizzato il dibattito relativo alla definizione dei prodotti ed alla misurazione dei risultati in sanità, contribuendo a rendere sempre più esplicite le diverse posizioni degli attori del settore (organi politico-istituzionali, dirigenti delle aziende, medici), spesso animati da interessi contrastanti e volti al perseguimento di finalità differenti.

Sono stati infatti elaborati alcuni indicatori che riflettono diversi obiettivi conoscitivi ed ai quali è possibile fare

riferimento per focalizzare un primo quadro dei sistemi di definizione e di misurazione delle attività sanitarie presenti attualmente nelle USL. Tra questi indicatori si ricordano, in particolare:

— i dati epidemiologici, utilizzati dagli organi politico-istituzionali al fine di elaborare un quadro di riferimento generale che consenta loro di formulare gli indirizzi di programmazione di medio-lungo termine (definizione delle politiche sanitarie), o dai medici a fini di ricerca clinica (predispensione di piani di screening sanitari, interventi di prevenzione su una parte o sulla generalità della popolazione etc.);

— i DRGs (o eventuali altri sistemi di classificazione e delle prestazioni ambulatoriali), presi a riferimento al fine di stabilire l'importo del finanziamento per ogni azienda;

— gli indicatori di efficacia sanitaria, elaborati dai clinici al fine di valutare qual è la capacità di un intervento medico di migliorare le condizioni di salute di un individuo o della collettività;

— i sistemi di rilevazione delle singole prestazioni eseguite, introdotti presso alcune aziende USL o ospedaliere, per lo più a fini di incentivazione del personale.

I sistemi di rilevazione delle singole prestazioni si sono tradotti nella elaborazione di elenchi molto dettagliati

---

(\*) Gli autori ringraziano il dott. Pescerelli, responsabile della divisione di geriatria dell'ospedale di Bentivoglio, coordinatore del Dipartimento anziani della USL di Bologna nord, e tutto il personale della divisione per la gentile collaborazione ed il supporto fornito e per le esemplificazioni utilizzate nel presente articolo.

delle attività eseguite da ogni singola unità organizzativa. Così, ad esempio, è possibile che un servizio di laboratorio di un presidio ospedaliero disponga di elenchi di circa duecento tipologie di esami diagnostici (numero di glicemie, azotemie, creatinine etc.) che vengono quotidianamente rilevate; allo stesso modo, a titolo esemplificativo, si può fare riferimento all'elevato numero di prestazioni rilevate presso un consultorio adulti (visite per contraccezione, visite per controlli in gravidanza, visite per desiderio di prole, visite per I.V.G. etc.).

Tutti gli indicatori individuati, proprio perché definiti da soggetti diversi dalla direzione aziendale, non rappresentano in modo soddisfacente la primaria esigenza del vertice delle USL, che è quella di riuscire a «guidare l'azienda verso il perseguimento di obiettivi definiti, in presenza di vincoli ambientali» (1). Se assumiamo quest'ultima prospettiva e ci proponiamo quale finalità essenziale quella di fornire alla direzione informazioni che siano utili al governo dell'azienda, occorre riflettere sul concetto di «prodotto sanitario», che dovrebbe essere ridefinito in modo da consentire di:

— valutare gli equilibri parziali dei singoli Centri di Responsabilità, con riferimento al rapporto tra i fattori produttivi impiegati e i prodotti/servizi erogati (misure di efficienza gestionale) ed al rapporto tra i risultati effettivamente conseguiti e gli obiettivi prefissati (misure di efficacia gestionale) (tavola 1);

— cogliere le interdipendenze tra le unità organizzative, per comprendere quali relazioni intercorrano tra l'equilibrio parziale dei singoli sottosistemi e l'equilibrio generale dell'azienda.

Elemento essenziale per la programmazione ed il controllo delle attività delle aziende è la consapevolezza che l'equilibrio complessivo non risulta dalla semplice somma degli

equilibri parziali dei singoli sottosistemi: l'effetto indotto sul sistema macroscopico dalla cooperazione delle parti risulta molto più importante dell'effetto indotto dalla somma degli elementi presi separatamente e per questo l'analisi delle interazioni e delle interdipendenze tra le unità organizzative diviene elemento essenziale per cogliere gli aspetti determinanti dello stato di equilibrio complessivo dell'azienda (2).

Dato che i sistemi di classificazione descritti nella parte iniziale del lavoro non riflettono l'esigenza del vertice direzionale della Unità sanitaria locale, che è quella di governare l'azienda perseguendo obiettivi di efficienza e di efficacia gestionali a livello di singola unità organizzativa ma soprattutto a livello complessivo di azienda, si è ritenuto necessario progettare:

a) uno specifico sistema di classificazione dei risultati, cui si leghi un sistema di misurazione degli stessi a fini di programmazione e controllo di gestione. La classificazione delle attività deve costituire il supporto informativo che consenta:

— ai responsabili delle singole unità organizzative, in sede di formulazione del budget, di esprimere i propri obiettivi in termini quantitativi;

— alla direzione aziendale, in fase di controllo, di quantificare i risultati raggiunti dalle unità organizza-

tive e di verificare gli scostamenti tra questi e gli obiettivi preventivati a budget;

b) sistemi che consentano di correlare le misure di risultato con altre tipologie di misure, quali quelle relative alle risorse assorbite da ciascun Centro di Responsabilità e quelle relative agli scambi che intercorrono tra le diverse unità organizzative interne all'azienda.

In tavola 2 si riporta lo schema logico generale per la costruzione di un sistema informativo per la direzione che raccolga e integri tutte le informazioni necessarie per la definizione di uno strumento di supporto efficace a fini di programmazione e controllo di gestione.

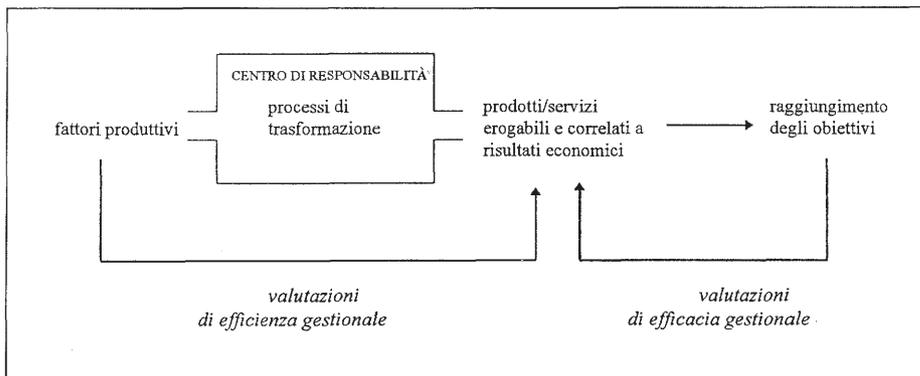
Le fasi in cui si articola il percorso seguito per la costruzione del sistema complessivo sono, nell'ordine:

1) la classificazione e la misurazione delle attività svolte dal Centro di Responsabilità (sezione A di tavola 2), applicando i criteri del metodo dei Gruppi di Attività Omogenee (GAO) (3).

I Gruppi di Attività Omogenee rappresentano i prodotti/servizi finali ed intermedi definiti a fini di programmazione e controllo delle aziende di servizi sanitari; più precisamente si ricorda che un GAO:

— risulta dalla combinazione di uno o più processi produttivi, ciascuno dei quali è definito come un insieme

**Tavola 1 - Le valutazioni di efficienza e di efficacia gestionale**



me di attività logicamente correlate al fine di produrre uno specifico risultato fisico-tecnico;

— riflette l'utilità/il valore per l'utente del prodotto-servizio fornito.

I GAO rappresentano classi di prodotti rispetto alle quali deve essere possibile formulare decisioni di:

- svolgere/non svolgere;
- potenziare/mantenere/depotenziare;
- modificare/non modificare nelle modalità di svolgimento.

Una volta classificate le attività del Centro di Responsabilità in classi omogenee, è possibile elaborare una prima misura di risultato, data dalla

somma dei casi trattati per ciascun GAO individuato.

Il rapporto tra il numero di casi effettivamente trattati e il numero di casi preventivati a budget per ciascun GAO (ad es. il numero di casi trattati in D-H per la esecuzione di accertamenti diagnostici rispetto al numero preventivato ad inizio anno), costituisce un primo indicatore di efficacia gestionale;

2) l'attribuzione dei ricoveri classificati secondo il sistema DRGs a ciascun prodotto (GAO) (ved. sezione B di tavola 2), al fine di:

— verificare il grado di correlazione tra DRGs e prodotti definiti a

fini di programmazione e controllo interni all'azienda;

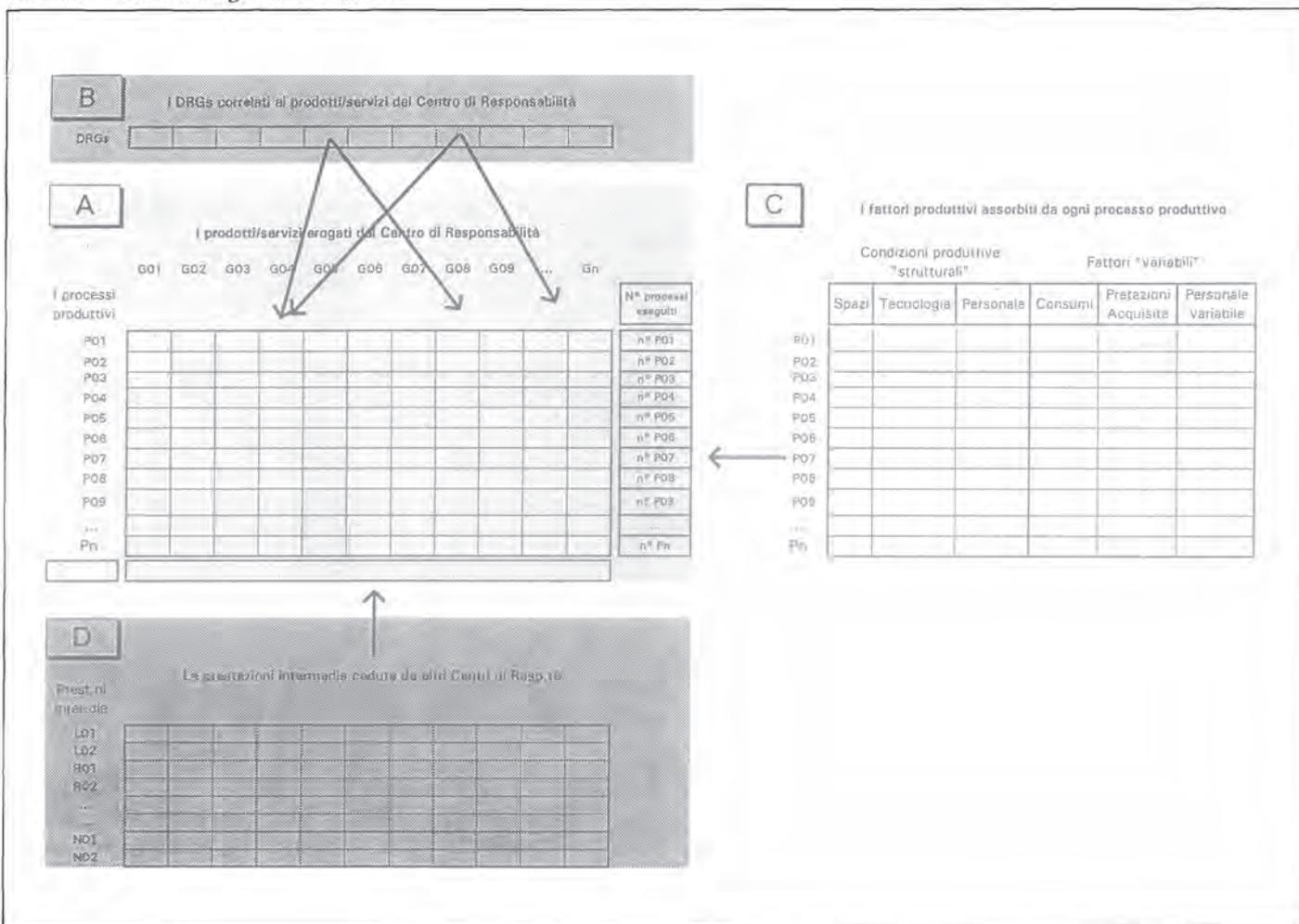
— rilevare un valore economico unitario medio per ciascun GAO, dato da:

$$\frac{\sum_{i=1}^n C_i * t}{\sum_{i=1}^n C_i}$$

$\sum_{i=1}^n C_i$  = sommatoria dei casi trattati che rientrano nel GAO considerato.

t = tariffa relativa a ciascun caso trattato che rientra nel GAO considerato.

Tavola 2 - Lo schema logico di riferimento



Le prime due fasi descritte hanno alimentato le sperimentazioni del Ce.R.G.A.S. che si sono svolte nel corso del 1994 e del 1995 presso alcune USL dell'Emilia-Romagna e della Lombardia, nell'ambito di progetti di ricerca finalizzati all'introduzione di sistemi di budget nelle aziende di servizi sanitari. Tali analisi si sono tradotte nella definizione delle classi di attività di numerose divisioni/servizi delle aziende USL, nella definizione di alcuni indicatori di efficacia gestionale e nella contestuale correlazione GAO-DRGs per tutte le attività ospedaliere svolte in regime di ricovero.

Una volta classificate le attività svolte da un Centro di Responsabilità e una volta definite, altresì, alcune prime misure di risultato, si è manifestata l'esigenza di individuare altre misure, quali quelle relative al grado di assorbimento delle risorse per la esecuzione di ciascuna attività e quelle relative alla valorizzazione delle interazioni che esistono tra i diversi C.d.R., al fine di ricostruire il quadro di funzionamento complessivo del sistema aziendale.

La costruzione di un sistema informativo complessivo per la direzione ha dunque richiesto due ulteriori fasi di analisi, che hanno comportato, in particolare:

3) la correlazione tra ciascun processo produttivo e le risorse da questo assorbite (ved. sezione C di tavola 2) distinguendo tra:

- fattori produttivi variabili;
- fattori produttivi fissi;

Rispetto ai fattori variabili è possibile calcolare:

— il grado di assorbimento di ciascuna risorsa da parte delle diverse attività, attraverso la definizione di un valore standard unitario (coefficiente di produzione);

— il valore del consumo complessivo di risorse, in relazione ai volumi di attività realizzati.

La quantità di risorse assorbite da ciascun processo (ad es. le ore infermiere impiegate per la esecuzione di un E.C.G. o di una medicazione) e il rapporto tra il numero di processi eseguiti e i prodotti erogati (ad es. il numero di E.C.G. o il numero di medicazioni effettuate per un determinato ricovero), costituiscono alcuni primi indicatori di efficienza gestionale.

Rispetto ai fattori fissi (le condizioni produttive strutturali) è invece possibile esprimere alcuni giudizi relativamente a:

— adeguatezza di ciascuna condizione produttiva (ad es. adeguatezza degli spazi, qualità e livello di sofisticazione delle tecnologie impiegate);

— il loro grado di saturazione, al fine di individuare eventuali «fattori scarsi» o «colli di bottiglia»;

4) la definizione dei prodotti/servizi intermedi ceduti da tutte le unità organizzative al C.d.R. analizzato (sezione D di tavola 2). Ciascuna prestazione intermedia individuata rappresenta un Gruppo di Attività Omogenea della divisione/servizio che la cede: così, ad esempio, un esame di chimica clinica programmato per pazienti interni all'ospedale la cui esecuzione è richiesta dalla divisione di medicina rappresenta un GAO del servizio di Laboratorio ed una prestazione intermedia per la divisione di medicina. Ugualmente per una «visita a parere», o per un esame radiologico o per una qualsiasi prestazione specialistica richiesta dal Centro di Responsabilità esaminato ad altre divisioni/servizi dell'ospedale o del distretto o ad ospedali/distretti di altre Unità sanitarie locali.

La registrazione di tutte le prestazioni come GAO sia presso le unità operative che le erogano, che

presso le unità operative che le ricevono, facilita lo sviluppo e la diffusione di un linguaggio comune all'interno dell'azienda, condiviso da tutta la struttura.

La quarta fase evidenzia come, nell'analizzare le attività svolte da un unico Centro di Responsabilità, il metodo dei Gruppi di Attività Omogenee consideri le interrelazioni tra questo e le altre unità organizzative e consenta così di ricondurre, in modo continuo e dinamico, la ricerca degli equilibri parziali dei singoli sottosistemi verso l'equilibrio complessivo dell'azienda.

La classificazione e la misurazione delle attività sanitarie secondo il metodo dei Gruppi di Attività Omogenee, sulla base della quale può essere progettato e costruito tutto il sistema informativo per la direzione, rappresenta una innovazione rispetto agli strumenti di classificazione e di misurazione dei risultati sanitari già presenti presso le aziende USL, dato che è il primo strumento specificamente definito al fine di favorire la direzione delle aziende sanitarie nel governo delle stesse.

D'altra parte occorre rilevare come il sistema complessivo elaborato, che pure presenta proprie peculiarità che riflettono la esigenza di progettare strumenti di gestione che siano congruenti con le caratteristiche delle aziende nelle quali vengono introdotti, ha alcune affinità con i contenuti sviluppati nell'ambito dei più recenti filoni di ricerca in tema di programmazione e controllo di gestione d'impresa (4), dato che focalizza l'attenzione:

— sulla definizione del prodotto sanitario come combinazione di processi produttivi e di elementi che rappresentano l'utilità/il valore del prodotto/servizio fornito per l'utenza;

— sulla individuazione dei processi produttivi e sulla quantificazione delle risorse da questi assorbite;

— sugli scambi che intercorrono tra i diversi C.d.R. e sulla valorizzazione degli stessi.

## 2. Una esemplificazione dello schema generale di riferimento: analisi di una divisione di geriatria

Al fine di rendere più agevole la comprensione del sistema complessivo proposto si riporta, di seguito, una esemplificazione del percorso seguito per la introduzione di un sistema informativo per la direzione a fini di programmazione e controllo in una divisione di geriatria di un ospedale di medie dimensioni.

L'ospedale fa parte di una Unità sanitaria locale che comprende tre distretti e tre piccoli presidi ed ha un bacino di riferimento di circa 185.000 abitanti.

In tavola 3 si riporta l'elenco complessivo delle divisioni e dei servizi attivati presso l'ospedale, mentre in tavola 4 ed in tavola 5 vengono riportati, rispettivamente, la dotazione organica della divisione di geriatria ed i principali dati di attività relativamente agli anni 1993-1994-1995.

La conoscenza del tasso di invecchiamento della popolazione locale (gli ultresettantacinquenni del bacino dell'Unità sanitaria locale sono circa 15.000 — pari all'8,22% della popolazione totale —) e l'analisi del case-mix della divisione, costituiscono elementi essenziali per fare una prima analisi dei fabbisogni sanitari ed assistenziali specifici della popolazione anziana residente nell'area di riferimento dell'Unità sanitaria locale.

A tal fine in tavola 6 è descritto il case-mix della divisione nel 1993 e nel 1994, con riferimento ai 20 DRGs più frequenti per ciascun anno. Il nu-

**Tavola 3 - Le divisioni ed i servizi attivati presso l'ospedale di Bentivoglio ed il relativo numero di posti letto**

Divisioni	Numero di posti letto attivati (per ricoveri ordinari e in regime di day hospital)
Chirurgia Ostetricia-ginecologia Medicina P.T.	40 di cui 2 di day hospital 24 di cui 2 di day hospital 92 di cui 2 di day hospital (relativi ad entrambe le unità operative)
Medicina II P. Geriatrics Pediatria	20 di cui 1 di day hospital 12 di cui 2 di day hospital
Servizi che si avvalgono di alcuni posti letto presso le altre divisioni	Numero di posti letto utilizzati
Ortopedia Oculistica Otorino	6 di cui 3 di day hospital 3 di cui 2 di day hospital 3
Altri servizi	
Radiologia Anestesia Laboratorio analisi Pronto soccorso Cardiologia Recupero e rieducazione funzionale	

**Tavola 4 - La dotazione organica della divisione di geriatria al 31 dicembre 1995**

Posizione funzionale	Numero di operatori
Medico I livello dirigit. fascia A .....	2
Medico I livello dirigit. fascia B.....	3
O.P. coordinatore (infermiere professionale).....	1
O.P. collaboratore (infermiere professionale).....	6
O.P. di II categoria (infermiere generico) .....	1

**Tavola 5 - I principali dati di attività della divisione di geriatria**

N. ricoveri in degenza ordinaria (anni 1993-1994-1995)			N. giornate in degenza ordinaria (anni 1993-1994-1995)			N. ricoveri in day hospital (anni 1993-1994-1995)			N. giornate in day hospital (anni 1993-1994-1995)		
443	453	534	8.095	8.173	7.885	103	71	63	337	210	170
Degenza media in ricovero ordinario (anni 1993-1994-1995)			Tasso di occupazione media (anni 1993-1994-1995)			Indice di turn over (anni 1993-1994-1995)			Indice di rotazione (anni 1993-1994-1995)		
17,56	17,21	14,34	88,71	93,95	91,60	2,23	1,11	1,31	18,44	19,93	23,32

mero di casi che rientrano nel campione riportato in tavola 6 relativi al 1993 è pari a 183 (41% dei 443 casi totali trattati in un anno), mentre il numero di casi che rientrano nel campione del 1994 è pari a 300 (66% dei 456 casi totali trattati in un anno).

In tavola 7 si riportano i dati relativi all'attività ambulatoriale svolta nel 1993 e nel 1994 presso gli ambulatori di geriatria e di gastroenterologia, sia per pazienti interni all'ospedale che per pazienti esterni.

### 2.1. L'applicazione del metodo dei Gruppi di Attività Omogenee: la definizione dei processi produttivi e dei prodotti della divisione ed il confronto GAO-DRGs

La prima parte del percorso, che ha comportato la definizione dei processi produttivi e dei prodotti della divisione di geriatria ed il confronto GAO-DRGs (si vedano, rispettivamente, le sezioni A e B di tavola 2), si è articolata in alcune fasi principali che sono, nell'ordine (5):

1) intervista al responsabile del C.d.R., che ha fornito una prima descrizione generale di tutte le attività svolte dalla divisione;

2) prima rilettura delle informazioni raccolte nel corso dell'intervista, alla luce dei criteri di riferimento per la individuazione delle classi di attività omogenee. L'applicazione progressiva di tutti i criteri ha consentito di scomporre la totalità delle attività individuate dal responsabile del C.d.R. in gruppi costituiti, al loro interno, da un numero di attività sempre inferiore, caratterizzate da un sempre maggior grado di uniformità. Al termine di questa fase l'esaminatore ha formalizzato il percorso seguito, elaborando una prima rappresentazione grafica dei gruppi di attività omogenee della divisione;

Tavola 6 - Analisi dei case-mix della divisione di geriatria

COD. DEG.	DRG	Numero di casi trattati 1993	Numero di casi trattati 1994	Tariffa regionale per caso trattato (lire)	Tariffa complessiva (lire) 1994
012	Disturbi degenerativi del sistema nervoso	26	54	4.488.500	242.379.000
243	Disturbi dorso	24	33	3.211.980	105.995.340
014	Disturbi cerebrovascolari, specifiche escl. TIA	5	18	5.715.200	102.873.600
245	Malattie ossa e artropatie specif. no CC	21	27	3.211.980	86.423.460
429	Disturbi organici e ritardo mentale	6	19	4.446.200	84.477.800
202	Cirrosi, epatite alcolica	0	13	6.108.120	79.405.560
426	Nevrosi depressiva	0	20	2.830.810	56.616.200
395	Anomalie globuli rossi età maggiore di 17	0	7	7.504.020	52.528.540
236	Frattura anca e pelvi	20	12	3.820.160	45.841.920
244	Malattie ossa e artropatie specifiche con CC	0	12	3.455.910	41.470.920
239	Frattura pat. TM app. osteomuscolare e connettivo	0	7	4.895.050	34.265.350
206	Dist. fegato escl. TM, cirrosi, epatite alc. no CC	12	11	2.873.110	31.604.210
132	Arterosclerosi con CC	5	8	3.567.770	28.542.560
235	Fratture femore	10	11		
134	Iperensione	5	10	2.657.850	26.578.500
133	Arterosclerosi senza CC	8	8	2.496.640	22.469.760
183	Esofagite gastroen. e misc. dist. digest. età maggiore di 17 no CC	4	9	2.489.120	22.402.080
015	TIA e occlusioni precerebrali	0	7	3.131.140	21.917.980
241	Disturbi tessuto connettivo senza CC	5	8	2.717.540	21.740.320
249	Sequela malattie app. osteomuscolare e connettivo	0	6	3.273.550	19.641.300
035	Altri disturbi sistema nervoso senza CC	6	0	2.093.380	
011	Neoplasie del sistema nervoso no CC	5	0		
294	Diabete età maggiore di 35	5	0	5.303.480	
090	Polmonite semp. e pleurite età maggiore di 17 senza CC	4	0		
127	Insufficienza cardiaca e shock	4	0	4.770.500	
205	Dist. fegato escl. TM, cirrosi, epatite alc. con CC	4	0	5.757.030	
247	Segni, sintomi app. osteomusc. e connet.	4	0		
	<b>Totale casi relativi ai 20 DRGs più frequenti</b>	<b>183</b> (41% del totale)	<b>300</b> (66% del totale)		

Tavola 7 - L'attività ambulatoriale della divisione

	Pazienti interni		Pazienti esterni	
	1993	1994	1993	1994
Attività di geriatria: numero di visite	4	3	192	188
Attività di gastroenterologia: numero di visite	143	58	103	420
numero di ecografie	2.791	2.928	2.310	2.555

3) la terza fase del percorso ha previsto la verifica da parte del personale medico dello schema elaborato, al fine di predisporre la versione definitiva. Lo schema finale deve permettere al responsabile del C.d.R. ed a tutto il personale della divisione di individuare, in modo semplice ed immediato, i prodotti ed i processi della propria unità organizzativa. Al termine

della terza fase, per ogni processo e per ogni prodotto dell'unità organizzativa, è stato definito un primo indicatore sintetico di attività;

4) nel corso della quarta fase è stato scelto un campione di casi trattati da sottoporre a rilevazione secondo i criteri del metodo dei GAO. Per la rilevazione di tutte le attività si sono utilizzate le cartelle cliniche dei pazienti

e si sono poi confrontati i risultati ottenuti (numero di casi eseguiti per ciascun GAO) con la classificazione DRGs fornita dalla Regione. I casi analizzati:

a) erano tutti riconducibili a GAO svolti in regime di ricovero (al fine di poter successivamente procedere al confronto con i DRGs relativi);

**Tavola 8 - I Gruppi di Attività Omogenee della divisione di geriatria**

FUNZIONE ASSOLTA			FUNZIONE DI EMERGENZA						FUNZIONE DI DIAGNOSI E CURA								
TIPO DI REGIME			ricovero ordinario						ricovero ordinario			ricovero D.-H.					
C.D.R. CHE SELEZIONA / PROGRAMMA LE RICHIESTE			pronto soccorso						C.d.R stesso (programmazione interna)								
FILTRO BUROCRATICO / AMMINISTRATIVO			pronto soccorso						accettazione ospedaliera								
LUOGO DI EROGAZIONE DEL PRODOTTO			divisione						divisione								
AGGREGAZIONE STABILE DI PROCESSI RILEVANTI			tratt.to ter.co e E.C.G.	tratt.to ter.co con fisiatra e E.C.G.	tratt.to ter.co e E.C.G. e ecog.	tratt.to ter.co con fisiatra e E.C.G. e ecog.	tratt.to ter.co e E.C.G. con altre prest.ni	tratt.to ter.co con fisiatra e E.C.G. con altre prest.ni	tratt.to ter.co e E.C.G.	tratt.to ter.co con fisiatra e E.C.G.	tratt.to ter.co e E.C.G. e ecog.	tratt.to ter.co con fisiatra e E.C.G. e ecog. con altre prest.ni	tratt.to ter.co con fisiatra e E.C.G. con altre prest.ni	tratt.to ter.co con ecocografia C/S biopsia e C/S prescrizione terapia interferone			
GRADO DI RINVIABILITA' DEI PAZIENTI			urgenti						programmati								
DESCRIZIONE DEI PROCESSI ESEGUITI	LUOGO DI EROGAZIONE DEI PROCESSI	FAB.GNO DI COLLINE PER PROCESSI													NUMERO DI PROCESSI SVOLTI		
<b>ATTIVITA' PRIMARIE</b>																	
tratt.to in degenza ordinaria		senza coll.ne	x		x		x		x		x		x		x		n° proc.
		coll.ne fisiatra		x					x						x		n° proc.
tratt.to in Day-Hospital		senza coll.ne														x	n° proc.
		coll.ne fisiatra															n° proc.
Esec.ne E.C.G.			si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	si/no	n° proc.
Refertazione E.C.G.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	n° proc.
esec.ne ecografie	Bentivoglio				x						x						n° proc.
	S. Pietro																n° proc.
esec.ne biopsie epatiche ecoguidate	c/o sala ecografica di Bentivoglio	coll.ne altri H per esame istologico					si/no	si/no					si/no	si/no	si/no		n° proc.
esec.ne med.ni decubito							si/no	si/no					si/no	si/no			n° proc.
esec.ne paracentesi							si/no	si/no					si/no	si/no			n° proc.
esec.ne di toracentesi							si/no	si/no					si/no	si/no			n° proc.
esec.ne coordinaz.ne lesioni epatiche		con anestesista					si/no						si/no				n° proc.
esec.ne di emogasanalisi							si/no						si/no				n° proc.
esec.ne di M.M.S.							si/no	si/no					si/no				n° proc.
esec.ne di emotrasfusione							si/no						si/no				n° proc.
presc.ne e colloquio																	n° proc.
presc.ne terapia interf.ne															si/no		n° proc.
esec.ne prima visita																	n° proc.
visite v. di controllo																	n° proc.
esec.ne visite U.V.G.		con ass.te soc. e inf. distretto															n° proc.
esec.ne visite di cons.	c/o altri C.d.R.	con altri C.d.R.															n° proc.
<b>ATTIVITA' DI SUPPORTO</b>																	
cessione di ore al P.S.		con P.S.															n° proc.
attività amministrativa			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	n° proc.
NUMERO DI PRODOTTI EROGATI			N° GAO 01	N° GAO 02	N° GAO 03	N° GAO 04	N° GAO 05	N° GAO 06	N° GAO 07	N° GAO 08	N° GAO 09	N° GAO 10	N° GAO 11	N° GAO 12	N° GAO 13		
FINALI																	



gazione di questo GAO inoltre, può o meno essere eseguito (si/no) un E.C.G da parte del personale della divisione di geriatria (nel caso in cui questo processo non sia compreso nel GAO della divisione di geriatria esso viene eseguito da un infermiere della cardiologia e pertanto rappresenta una prestazione ceduta dalla cardiologia alla geriatria) ed è altresì richiesta (x) l'esecuzione di alcune attività amministrative di supporto (accettazione del paziente presso la divisione, apertura della cartella clinica).

Ad ogni colonna della griglia corrisponde un GAO della divisione, che

può essere un prodotto finale o un prodotto intermedio in funzione del tipo di beneficiario della prestazione. A fianco ed in fondo alla griglia si riportano alcuni primi possibili indicatori di processo e di prodotto.

La denominazione completa dei gruppi di attività omogenee della divisione di geriatria analizzata viene riportata in tavola 9.

Nel corso della IV fase, al fine di verificare la coerenza tra lo schema dei gruppi di attività omogenee elaborato e le attività effettivamente svolte dalla divisione di geriatria ed al fine di verificare, altresì, la correlazione

esistente tra i GAO individuati ed i DRGs attribuiti alla divisione, il gruppo di lavoro ha scelto un campione di casi da sottoporre a rilevazione sia secondo i criteri del metodo dei GAO, che secondo i criteri del metodo DRGs.

L'analisi ha considerato quale oggetto di osservazione un campione di pazienti che hanno effettuato un ricovero ordinario presso la divisione di geriatria, dimessi nel periodo marzo-giugno 1995 ed è stata svolta rileggendo le cartelle cliniche di ciascun paziente alla luce dei criteri del metodo dei GAO e richiedendo alla Direzione

**Tavola 9 - L'elenco dei prodotti (GAO) della divisione di geriatria**

Cod. GAO	Descrizione del GAO	Tipo di risultato
01	Ricovero in emergenza con trattamento in degenza ordinaria senza fisiatra e con ECG per pazienti urgenti ammessi dal P.S.	finale
02	Ricovero in emergenza con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra e con ECG per pazienti urgenti ammessi dal P.S.	finale
03	Ricovero in emergenza con trattamento in degenza ordinaria senza fisiatra, con ECG e con ecografia per pazienti urgenti ammessi dal P.S.	finale
04	Ricovero in emergenza con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra, con ECG e con ecografia per pazienti urgenti ammessi dal P.S.	finale
05	Ricovero in emergenza con trattamento in degenza ordinaria senza fisiatra, con o senza altre prestazioni per pazienti urgenti ammessi dal P.S.	finale
06	Ricovero in emergenza con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra e con o senza altre prestazioni per pazienti urgenti ammessi dal P.S.	finale
07	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura con trattamento in degenza ordinaria senza fisiatra e con E.C.G. per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera	finale
08	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra e con E.C.G. per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera	finale
09	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura con trattamento in degenza ordinaria senza fisiatra, con E.C.G. e con ecografia per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera	finale
10	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra, con E.C.G. e con ecografia	finale
11	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura con trattamento in degenza ordinaria senza fisiatra e con o senza altre prestazioni per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera	finale
12	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra e con o senza altre prestazioni per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera	finale
13	Ricovero in day hospital. a fini di diagnosi e cura con esecuzione di ecografia, con o senza biopsia e con o senza prescrizione di terapia interferone per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera	finale
14	Visita geriatrica ambulatoriale svolta presso l'ambulatorio di Bentivoglio con o senza prescrizione di terapia interferone per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dal C.U.P.	finale
15	Visita U.V.G. in regime ambulatoriale svolta presso l'ambulatorio di Bentivoglio per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dal C.U.P.	finale
16	Ecografia in regime ambulatoriale svolta presso l'ambulatorio di Bentivoglio per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dal C.U.P.	finale
17	Ecografia in regime ambulatoriale svolta presso l'ambulatorio di S. Pietro in Casale per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dal C.U.P.	finale
18	Visita geriatrica ambulatoriale svolta presso l'ambulatorio di S. Pietro in Casale con o senza prescrizione di terapia interferone per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dal C.U.P.	interm.
19	Visita U.V.G. in regime ambulatoriale svolta presso l'ambulatorio di S. Pietro in Casale per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dal C.U.P.	interm.
20	Visita geriatrica in regime domiciliare con o senza medicazione da decubito, con o senza prescrizione terapia interferone e con o senza colloquio per pazienti programmati dal C.d.R. stesso registrata presso la direzione sanitaria	finale
21	Visita U.V.G. in regime domiciliare con o senza medicazione da decubito, con o senza prescrizione terapia interferone e con o senza colloquio per pazienti programmati dal C.d.R. stesso registrata presso la direzione sanitaria	finale
22	Visita geriatrica svolta presso le case protette con o senza medicazione da decubito, con o senza prescrizione terapia interferone e con o senza colloquio per pazienti programmati dal C.d.R. stesso registrata presso la direzione sanitaria	finale
23	Visita U.V.G. svolta presso le case protette con o senza medicazione da decubito, con o senza prescrizione terapia interferone e con o senza colloquio per pazienti programmati dal C.d.R. stesso registrata presso la direzione sanitaria	finale
24	Attività di consulenza programmata dal C.d.R. stesso svolta a favore di altri C.d.R.	interm.
25	Cessione di ore al Pronto soccorso	interm.

Sanitaria i dati relativi ai DRGs dello stesso periodo, che erano stati forniti all'azienda dalla Regione.

I GAO ed i DRGs rilevati vengono riportati, rispettivamente, in tavola 10 ed in tavola 11, mentre in tavola 12 viene mostrato il risultato della rilevazione dei gruppi di attività omogenee in corrispondenza del DRG 243 (Disturbi dorso).

L'osservazione dei dati riportati nelle tavole 10, 11 e 12, consente alcune immediate riflessioni. In particolare, è possibile rilevare che:

— la classificazione DRGs risulta molto più analitica della classificazione secondo il metodo dei GAO: la dispersione dei casi trattati rispetto ai singoli DRGs, anche facendo riferimento soltanto ai DRGs più frequenti del quadrimestre (si vedano tavola 6 e tavola 11), rende difficile pensare alla elaborazione di un sistema di programmazione e controllo delle attività fondato su tale classificazione;

— i processi produttivi sono trasversali rispetto alle classi individuate dai DRGs e pertanto i criteri di classificazione DRGs, in primo luogo la diagnosi di dimissione, non possono essere considerati significativi a fini di programmazione del fabbisogno delle risorse tecnologiche e professionali necessarie all'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni (per verificare tale osservazione si veda, in particolare, la tavola 12 in corrispondenza della colonna «particolari processi produttivi eseguiti»). Le eventuali previsioni di incremento/decremento delle attività del Centro di Responsabilità fondate sulla classificazione DRGs permetterebbero di cogliere solo deboli implicazioni in termini di condizioni organizzative e logistiche che sarebbe necessario predisporre in azienda per realizzare i programmi desiderati.

La non correlazione tra GAO e DRGs e, dunque, tra prodotti classificati in relazione alle finalità di governo dell'azienda e prodotti classificati secondo il tariffario regionale, viene ulteriormente confermata quando verificiamo non solo che ad un unico

DRG corrispondono GAO differenti (tavola 12), ma anche che a DRGs tra loro differenti possono corrispondere gli stessi GAO.

Questo si rileva, ad esempio, se consideriamo che, nel periodo analizzato, i casi classificati entro i DRGs:

**Tavola 10 - GAO in regime di ricovero ordinario relativi ad un campione di pazienti dimessi dalla divisione di geriatria nel quadrimestre marzo-giugno 1995**

Codice GAO	Numero di GAO rilevati
01	33
02	4
03	7
04	4
05	18
06	1
07	27
08	38
09	6
10	10
11	12
12	3
13	3
<b>Totale GAO rilevati</b>	<b>166</b>

**Tavola 11 - DRGs relativi ad un campione di pazienti dimessi dalla divisione di geriatria nel quadrimestre marzo-giugno 1995**

Codice DRGs	N. di DRGs rilevati	Codice DRGs	N. di DRGs rilevati	Codice DRGs'	N. di DRGs rilevati
12	12	132	1	254	3
13	2	134	3	271	1
14	9	135	2	277	1
15	1	139	6	281	1
16	1	140	3	284	1
19	5	142	2	294	1
29	1	175	3	297	1
34	1	177	1	346	1
35	1	180	1	367	1
47	2	182	2	395	2
64	1	183	6	404	1
65	3	202	3	419	1
69	1	203	3	426	1
82	2	206	1	429	3
88	3	208	1	430	1
89	2	235	6	449	1
97	3	236	3	470	1
121	1	240	1	477	1
123	1	243	8	478	1
127	9	244	3	487	1
129	4	245	8		
130	1	249	8		
				<b>Totale DRGs rilevati</b>	<b>166</b>

Tavola 12 - Rilevazione dei GAO corrispondenti al DRG 243 (Disturbi dorso, tariffa di lire 3.211.980) (\*)

Cod. GAO	Descrizione del GAO	Particolari processi tecnici eseguiti	Numero di pazienti
02	Ricovero in emergenza per pazienti urgenti ammessi dal Pronto Soccorso con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra e con E.C.G.	Tratt.to con fisiatra Ref.ne E.C.G.	1
05	Ricovero in emergenza per pazienti urgenti ammessi dal Pronto soccorso con trattamento in degenza ordinaria senza fisiatra con E.C.-G. e con o senza altre prestazioni	Tratt.to senza fisiatra Ref.ne E.C.G. Ecografia Toracentesi ecogui data	1
08	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra e con E.C.G.	Tratt.to con fisiatra Ref.ne E.C.G.	3
10	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra, con E.C.G. e con ecografia	Tratt.to con fisiatra Ref.ne E.C.G. Ecografia	1
12	Ricovero ordinario a fini di diagnosi e cura per pazienti programmati dal C.d.R. stesso ammessi dall'accettazione ospedaliera con trattamento in degenza ordinaria con fisiatra con E.C.G. e con o senza altre prestazioni	Tratt.to con fisiatra Ref.ne E.C.G. Alcoolizzazione lesioni epatiche Toracentesi ecogui data	2

(\*) Tariffe applicate dal tariffario regionale (tavola 6).

— 245 (malattie ossa e artropatie specifiche no CC, tariffa di L. 3.211.980);

— 202 (cirrosi, epatite alcoolica, tariffa di L. 6.108.120);

— 235 (frattura femore, tariffa di L. 2.340.000);

— 014 (disturbi cerebrovascolari specifici escluso TIA, tariffa di L. 5.715.200);

— 127 (insufficienza cardiaca e shock, tariffa di L. 4.770.500);

— 249 (sequele malattie apparato osteomuscolare e connettivo, tariffa di L. 3.273.550),

sono rientrati tutti nel GAO 07: *ricovero per diagnosi e cura per pazienti programmati con trattamento senza fisiatra e con E.C.G.*

Questa osservazione riconferma l'esigenza di disporre di criteri che sappiano distinguere gruppi di attività per le quali sia necessario disporre di tecnologie, professionalità, spazi, condizioni organizzative peculiari e che riflettano i differenti fabbisogni dell'utenza, al fine di favorire lo sviluppo di sistemi e programmazione e controllo interni all'azienda.

L'esito di tali rilevazioni conferma altresì l'ipotesi secondo la quale per un corretto governo complessivo dell'azienda, la direzione debba far riferimento al sistema di classificazione DRGs al fine di misurare l'ammontare del finanziamento erogato dalla Regione, che costituisce il vincolo esterno con cui l'Unità sanitaria locale deve costantemente misurarsi per

operare in condizioni di economicità e, al contempo, debba fare riferimento ad un sistema quale quello dei Gruppi di Attività Omogenee, al fine di (i) effettuare valutazioni relative a problemi di allocazione delle risorse economiche e delle risorse reali tra i diversi Centri di Responsabilità, (ii) analisi di convenienza economica particolare a partire dalle quali ricostruire il quadro delle convenienze economiche generali ed al fine di (iii) introdurre sistemi di valutazione della qualità delle prestazioni, dato che il metodo dei GAO può costituire la base per focalizzare l'attenzione sulle modalità di esecuzione dei processi e sugli elementi che danno valore alla produzione.

2.2. I fattori produttivi assorbiti dai processi e le prestazioni intermedie cedute alla divisione da altri Centri di Responsabilità

La fase successiva alla definizione dei processi produttivi e dei prodotti della divisione di geriatria ha previsto la quantificazione dei fattori produttivi assorbiti dai singoli processi eseguiti (sezione C di tavola 2) e la individuazione delle prestazioni intermedie cedute alla divisione da altri Centri di Responsabilità (sezione D di tavola 2).

In prima approssimazione è possibile affermare che le analisi relative all'assorbimento delle risorse (da parte di un prodotto, un servizio o un processo produttivo) distinguono tra:

— costi variabili, il cui ammontare complessivo varia al variare dei livelli di attività;

— costi fissi (o condizioni produttive strutturali), che non mutano nel loro ammontare globale al variare dei volumi di produzione.

Sulla base di tale distinzione di fondo, necessaria per la assunzione di diverse tipologie di decisioni, si sono effettuate alcune interviste al primario della divisione ed alla caposala, ai quali si è chiesto di individuare sia le condizioni produttive «strutturali» (spazi, tecnologie e personale), sia i fattori produttivi variabili di volta in volta impiegati per la esecuzione di ciascun processo.

Le informazioni raccolte sono state riportate in tavola 13, dove per cia-

Tavola 13 - I fattori produttivi assorbiti dai processi

PROCESSI ESEGUITI	CONDIZIONI PRODUTTIVE STRUTTURALI						COSTI VARIABILI		
	SPAZI		TECNOLOGIE		PERSONALE		Consumi	Acquisto di prestazioni esterne	Personale conv.to
	Tipologia di spazi impiegati	Adeguatezza/ Fungibilità/ Grado di saturazione	Tipologia di tecnologie impiegate	Adeguatezza/ Fungibilità/ Grado di saturazione	Contributo al processo	Adeguatezza qualitativa/ quantitativa			
ATTIVITÀ PRIMARIE									
tratt.to in degenza ordinaria	senza coll.ne	buona, senza problemi di saturazione	solleva pazienti elettrico e doccia barella	buona, senza problemi di saturazione	giro letti primario 2 medici + 1 infermiere + caposala (2h. circa)	buona	farmaci	consulto fisiatra	
tratt.to in Day-Hospital	senza coll.ne	buona, senza problemi di saturazione			visita (20') 1 medico + 1 infermiere + 1 OTA	buona	farmaci	consulto fisiatra	
Esec.ne E.C.G.		buona	1 apparecchio per E.C.G.	buona	esecuzione da parte di 1 infermiere (10')	buona			
Refertazione E.C.G.		buona				buona			
esec.ne ecografie	Bentivoglio	buona		buona	medico (15')	buona			h. infermiere cardiologia (10')
	S. Pietro				medico (15')	buona			
esec.ne biopsie epatiche ecoguidate	coll.ne altri H. per esame istologico	buona			1 medico + 1 infermiere (30')	buona			esame istologico da altri H.
esec.ne med.ni decubito		buona			infermiere (30'), se semplice medico (20-30') + infermiere (90'), se complessa	tempo infermiere come fattore scarso			
esec.ne paracentesi		buona			medico (15') + infermiere (15') + OTA	buona			
esec.ne di toracentesi		buona			infermiere (15') + OTA	buona			
esec.ne alcoolizz.ne lesioni epatiche	con anestesista	buona			medico (1h.)	buona			h. anestesista
esec.ne di emogasanalisi		buona			medico (10')	buona			analisi di laboratorio
esec.ne di M.M.S.		buona			1 medico (30')	buona			
esec.ne di emotrasfusione		buona			1 medico (20')	buona			
pren.ne e colloquio		buona			medico (20')	buona			
prescrizione terapia inter.ne		buona			1 medico + 1 inf. (10')	buona			
esec.ne visite	prima visita	buona			1 medico + 1 inf. (40')	buona			
	visita controllo	buona			1 medico + 1 inf. (25')	buona			
esec.ne visite U.V.G.	con ass.te soc. e infermiere del distretto	buona			1 medico (45' - 60')	tempo medici come fattore scarso			h. ass.te soc.le e h. infermiere
esec.ne visite di cons.	con altri C.d.R.	buona			1 medico (30')	buona			
ATTIVITÀ DI SUPPORTO									
cessione di ore al P.S.		buona			24 h. medico/ settimana	buona			
attività amministrativa		buona			inf.(20') + medico (1h.)	buona			

POSSIBILE VARIABILE

scun processo si sono individuate le risorse variabili e le risorse fisse impiegate.

In particolare, con riferimento alle risorse variabili, si sono definite le tipologie di fattori produttivi assorbiti da ciascun processo (ad es. farmaci per il trattamento in degenza, presidi medico-chirurgici per la esecuzione di biopsie, per medicazioni da decubito, per esecuzione di paracentesi, etc.) e si sono individuate, altresì, le tipologie di prestazioni che è necessario acquisire all'esterno per completare la erogazione di ciascun processo produttivo (ad es. il consulto del fisiatra per alcuni trattamenti in degenza, l'esame istologico richiesto ad ospedali esterni per l'analisi del tessuto prelevato in seguito alla esecuzione di una biopsia epatica etc.).

Con riferimento alle risorse fisse, oltre a richiedere informazioni relativamente alle tipologie ed al numero di condizioni produttive strutturali impiegate, si è richiesto un giudizio relativamente alla adeguatezza ed al grado di saturazione di ciascuna di queste.

Le tecnologie e gli spazi impiegati per la esecuzione dei processi produttivi si sono rivelati adeguati, anche in considerazione del fatto che la divisione non ha l'esigenza di disporre di dotazioni tecnologiche particolarmente sofisticate (ad oggi dispone, come uniche attrezzature, di un apparecchio per la esecuzione di E.C.G., che viene utilizzato in caso di urgenza, di un solleva pazienti elettrico e di una doccia barella).

Più critica si è rivelata essere, invece, la disponibilità di personale. Una volta definito il contributo di ciascun operatore per la esecuzione dei processi produttivi individuati (così, ad es., 15 minuti di tempo medico per la esecuzione di una ecografia, 15 minuti di tempo medico e 15 minuti di infermiere per la esecuzione di una paracentesi, etc.), si è richiesto un giudizio

in termini di adeguatezza del personale nella esecuzione delle proprie mansioni ed in termini di grado di saturazione degli operatori. Se la adeguatezza del personale è stata giudicata soddisfacente dal punto di vista delle competenze, si è invece rilevato un problema di saturazione di alcuni operatori (medici ed infermieri) rispetto alla esecuzione di alcuni processi, che richiedono un tempo di esecuzione elevato ed il cui numero ha registrato, negli ultimi due anni, un incremento.

Così, in particolare, si sono rilevati alcuni problemi relativamente a:

— la esecuzione delle visite U.V.G. (Unità di Valutazione Geriatrica), che richiedono 45-60 minuti di tempo del medico (le visite U.V.G. vengono svolte presso gli ambulatori divisionali, ma anche presso il poliambulatorio di S. Pietro in Casale, presso le strutture protette e al domicilio del paziente e richiedono pertanto un consistente impiego di tempo per gli spostamenti) ed il cui numero è passato da circa 750 visite totali nel 1994 a 1056 nel corso del 1995 e per le quali si prevede un ulteriore incremento;

— la esecuzione delle medicazioni delle piaghe da decubito, relativamente al tempo impiegato dagli infermieri. Per la esecuzione di una medicazione complessa è necessario un impiego di circa 90 minuti di tempo-infermiere e questo preclude all'operatore la esecuzione di qualsiasi altra attività. Il ricovero di più pazienti che necessitano contemporaneamente di medicazioni da decubito complesse crea problemi alla programmazione delle attività di tutti gli operatori tecnico-professionali della divisione. La presenza di un sistema di rilevazione quale quello dei Gruppi di Attività Omogenee, che evidenzia, tra i processi produttivi, quello della «esecuzione di medicazioni da decubito» dovrebbe consentire di calcolare il numero di medicazioni che vengono complessivamente svolte nel

corso di un determinato periodo e dovrebbe, altresì, consentire di calcolare il numero di medicazioni da decubito eseguite per ciascun paziente, favorendo una migliore programmazione delle attività degli operatori della divisione.

La quantificazione delle risorse può essere utile:

— in fase di analisi dei costi, per la determinazione dei costi di processo, dei costi di prodotto, dei costi propri di tutto il Centro di Responsabilità;

— per il calcolo dei margini di ogni prodotto (GAO), che vengono ottenuti sottraendo i costi variabili relativi a ciascun GAO alla tariffa attribuibile secondo il sistema DRGs;

— per il calcolo del margine complessivo del Centro di Responsabilità, che consente di esprimere giudizi relativamente all'equilibrio economico dell'unità organizzativa nel suo complesso (valutazione dell'equilibrio come rapporto tra totale dei «ricavi» del Centro di Responsabilità sulla base del sistema di tariffazione DRGs e costi complessivi del C.d.R.).

La quantificazione delle risorse e il calcolo dei margini costituiscono, di fatto, la base per elaborare analisi e valutazioni utili al processo di programmazione e controllo interno all'azienda. Questo consente, in particolare, di formulare:

— decisioni di convenienza economica comparata tra prodotti (individuazione dei GAO più convenienti da realizzare);

— decisioni con riguardo alla possibilità di eliminare o di aggiungere alcune linee di prodotto (introdurre nuovi GAO o, eventualmente, sospendere la erogazione di altri);

— decisioni di *make or buy* (relative alle scelte di produzione all'interno o di acquisto all'esterno di determinate prestazioni).

In tavola 14 si riporta lo schema di riferimento per la definizione delle

principali configurazioni di margine relative ai singoli prodotti ed al Centro di Responsabilità nel suo complesso. Nella tavola si è operata una distinzione tra valori che è possibile calcolare «a consuntivo» (rappresentati nelle caselle a sfondo bianco) e valori che può essere utile calcolare in sede di programmazione (rappresentati nelle caselle a sfondo grigio).

In particolare, leggendo tavola 14 si rileva che a consuntivo è possibile calcolare:

— il margine di contribuzione unitario di ciascun prodotto, ottenuto come differenza tra la tariffa di ciascun GAO ed il costo variabile specifico, dato dalla valorizzazione delle risorse riportata nelle ultime tre colonne di tavola 13;

— il primo margine di contribuzione complessivo alla copertura dei costi fissi della divisione, ottenuto moltiplicando il margine di contribuzione unitario di prodotto per il volume di produzione effettuato nel corso dell'anno;

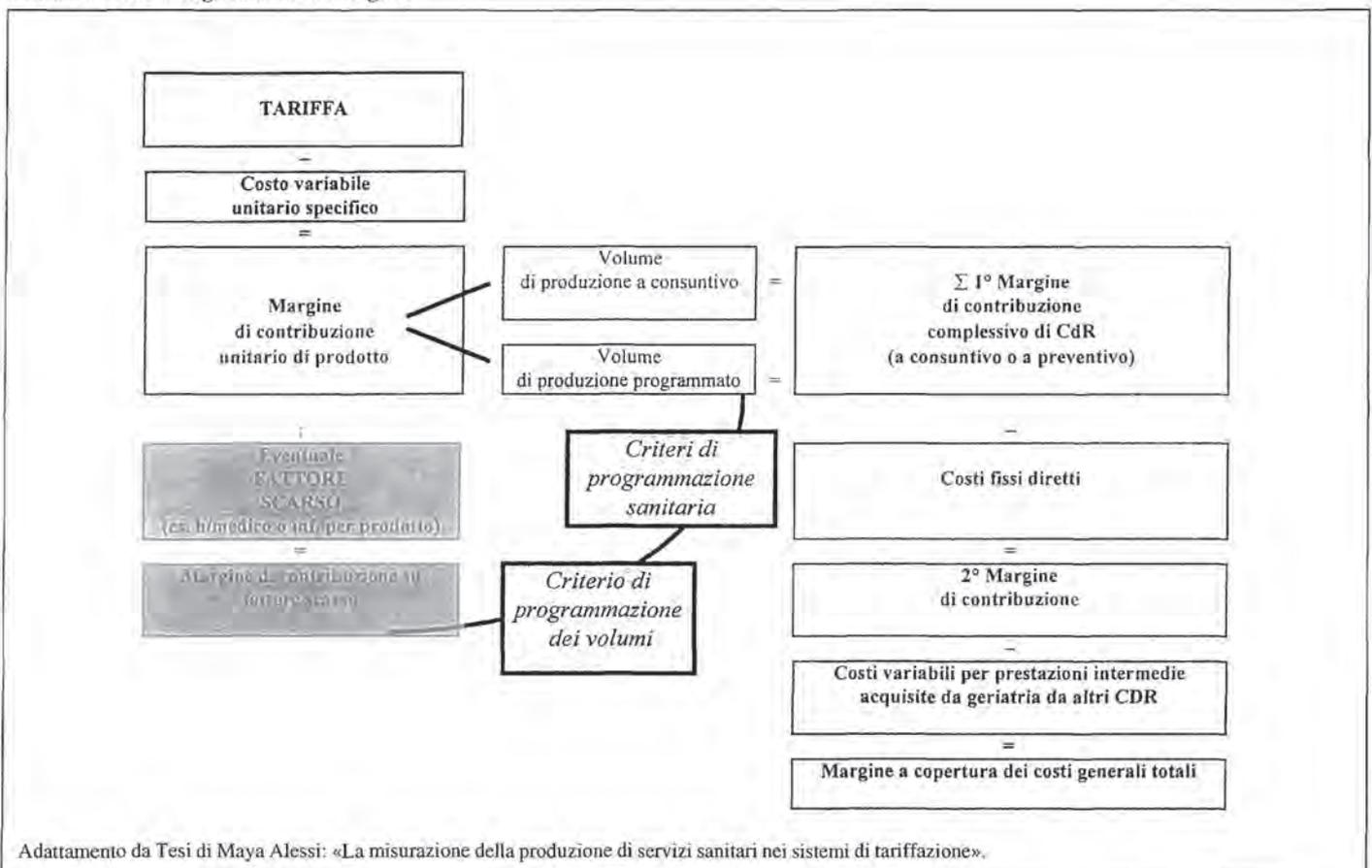
— il margine a copertura dei costi totali generali della USL, ottenuto dalla sottrazione dal primo margine di contribuzione di:

costi fissi diretti, propri della divisione;

costi variabili per l'acquisto di prestazioni intermedie cedute alla divisione da altri Centri di Responsabilità (sezione D di tavola 2). L'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi dalla divisione di geriatria nel quadrimestre marzo-giugno 1995 ha

consentito di rilevare non solo le prestazioni (i GAO) della divisione di geriatria, ma anche le prestazioni (i GAO) ceduti dagli altri Centri di Responsabilità. Le principali prestazioni cedute alla divisione di geriatria sono, ad esempio, quelle del servizio di radiologia (ad es. RX torace per pazienti interni programmati con richiesta dalla divisione di geriatria), quelle cedute dal servizio di laboratorio (ad es. esami di chimica-clinica urgenti per pazienti interni con richiesta dalla divisione di geriatria), quelle acquistate dalle altre divisioni dell'ospedale (tipicamente «visite a parere» dall'ortopedia, dalla chirurgia, dal servizio di anestesia e rianimazione, dalla cardiologia etc.) e le prestazioni acquistate da ospedali esterni (così, ad esempio,

Tavola 14 - Le configurazioni di margine



le TAC dall'ospedale Malpighi o da alcuni Centri Diagnostici Privati, le scintigrafie, l'RMN etc.).

Al fine di calcolare il margine a copertura dei costi generali totali, tali prestazioni dovrebbero essere valorizzate definendo prezzi di trasferimento interni all'azienda.

La lettura di tavola 14 consente inoltre di rilevare che, al fine di formulare i piani di sviluppo delle attività (si vedano le caselle a sfondo grigio) può essere rilevante calcolare:

— il margine di contribuzione «su fattore scarso», per comprendere quali GAO sia più conveniente produrre per la divisione in presenza di capacità produttiva limitata.

Per decidere quali sono i GAO più convenienti da erogare infatti, non è sufficiente calcolare il rapporto tra la tariffa ed il costo variabile di ciascun prodotto (6), ma occorre anche considerare qual è il fattore che condiziona in modo prioritario la capacità produttiva della divisione e determinare quindi il margine di contribuzione per ogni unità di fattore scarso impiegato dai singoli GAO.

Nel caso della divisione di geriatria occorrerà tenere conto del tempo-medico per la esecuzione delle visite U.V.G. e del tempo-infermiere per medicazione da decubito quali fattori scarsi principali, al fine di individuare quali GAO sfruttano meglio la scarsità di risorse, ovvero quali presentano il più elevato margine di contribuzione unitario rispetto al fattore scarso.

Le valutazioni basate sulle analisi dei margini di contribuzione su fattore scarso sono essenziali per la programmazione dei volumi di attività che il Centro di Responsabilità intende effettuare. I piani di sviluppo delle attività fondate su tali valutazioni verranno poi opportunamente filtrati da altri criteri, quali quelli di programmazione sanitaria (volontà o obbligo dell'azienda sanitaria di erogare determina-

te prestazioni), la cui considerazione può, di fatto, sovvertire le scelte legate alle semplici analisi di convenienza economica fondate sul calcolo dei margini di contribuzione per fattore scarso.

Tutte le configurazioni di margine riportate in tavola 14 presuppongono che si decida di adottare un sistema di contabilità direzionale di tipo «direct costing». Nel caso in cui si intenda introdurre un sistema di contabilità direzionale di tipo «full costing» occorre rilevare che i criteri del metodo dei Gruppi di Attività Omogenee sono tali da permettere di formulare un'ipotesi di correlazione diretta tra ciascuna condizione produttiva «strutturale» impiegata ed i processi produttivi eseguiti; per questo, nel caso in cui si progetti un sistema di contabilità che vuole attribuire ai processi ed ai prodotti il «costo pieno» degli stessi, il metodo dei GAO può essere utilizzato per creare un legame diretto tra processo eseguito e condizione strutturale impiegata per il suo svolgimento. A tale proposito, in corrispondenza delle condizioni produttive strutturali del C.d.R., riportate in tavola 13, si è inserita la colonna «possibile variabilizzazione»: la attribuzione di quote di costi fissi del C.d.R. ai singoli processi e prodotti e altresì l'attribuzione a ciascun processo e prodotto dei costi variabili per prestazioni intermedie acquisite dalla geriatria da altri C.d.R., consentirebbe di pervenire alla definizione di un costo pieno di prodotto, che escluderebbe soltanto i costi generali di struttura della USL. La analisi dei fattori produttivi assorbiti da ciascun processo, la individuazione dei prodotti/servizi scambiati tra le diverse unità organizzative ed il calcolo delle differenti configurazioni di margine può agevolare la direzione della USL nelle scelte di allocazione delle risorse reali ed economiche tra i diversi Centri di Responsabilità, fornendole

un supporto informativo significativo per la assunzione delle decisioni. La stessa base informativa, con l'aggiunta di alcuni dati relativi al «funzionamento operativo» della divisione, agevola i responsabili delle unità organizzative nella definizione degli obiettivi che si prefiggono di raggiungere, nel perseguimento di migliori livelli di efficienza, di efficacia gestionale e sanitaria (7), nella valutazione delle implicazioni organizzative e gestionali legate alle scelte cliniche.

---

(1) Amigoni (1987).

(2) Per una lettura del concetto in chiave generale si rimanda alla letteratura che approfondisce il tema dei «sistemi complessi»: si veda, in particolare, Bocchi, Ceruti (1985); con specifico riferimento alla letteratura di economia aziendale si vedano Airoldi Brunetti Coda (1989), Ferrero (1980); per una più approfondita trattazione nell'ambito dell'economia delle aziende composte pubbliche e, in particolare, delle aziende di servizi sanitari, si vedano Borgonovi (1996), Zavattaro (1988).

(3) Per una descrizione completa dei criteri e del percorso operativo da seguire per la applicazione del metodo dei Gruppi di Attività Omogenee si vedano, nell'ordine, Anessi, Bergamaschi, Zavattaro (1993), Campo, Motta, Rappini, Zavattaro (1995), Damiani, Motta, Saba, Zavattaro (1995) e Campo, Motta, Rappini, Zavattaro (1995).

(4) Tra i principali filoni di sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo direzionali si ricordano:

— activity based costing e activity based management;

— strategic cost management, life cycle cost management, JIT;

— process reengineering, process costing, process value analysis;

— quality costing.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda ad alcuni testi che rientrano nell'ambito della copiosa letteratura elaborata negli ultimi anni relativamente a questi temi. Si vedano, in particolare: Bergamin Barbato (1991) e per una rassegna bibliografica completa Toscano (1995).

Per quanto riguarda le peculiarità delle aziende sanitarie rispetto alla introduzione dei sistemi citati si ricordano, ad esempio, quali principali problemi legati alla introduzione «tout court» dell'Activity Based Costing nelle aziende di servizi sanitari:

— le implicazioni legate alla definizione di un sistema di contabilità analitica che non rispecchi la distribuzione delle responsabilità gestionali in azienda: l'A.B.C., come anche l'A.B.M., focalizzando l'attenzione sulle attività aziendali svolte da più unità organizzative, rendono più difficile il processo di responsabilizzazione, che nelle aziende USL è invece, oggi, uno degli obiettivi prioritari da perseguire;

— la introduzione di un sistema di contabilità «a costo pieno», quale è quello dell'A.B.C., può motivare e orientare il comportamento degli operatori solo in aziende all'interno delle quali sia ampiamente diffusa una solida cultura gestionale (Bubbio, 1991) e rischia invece, in strutture come quelle delle aziende USL, di generare comportamenti di resistenza alla introduzione di strumenti di programmazione e controllo. Inoltre, l'utilizzo di determinanti di costo per ripartire sui prodotti i costi delle varie attività, pur se scelti secondo il criterio del «cost driver», risulta sempre altamente soggettivo e può indurre una ulteriore de-responsabilizzazione degli operatori.

Per una analisi critica completa relativamente alla introduzione dell'A.B.C. nelle aziende di servizi sanitari si veda Francesconi (1993).

(5) Soprattutto questa prima parte della analisi ha richiesto una stretta collaborazione tra il gruppo di lavoro del Ce.R.G.A.S. ed i medici della divisione, dato che è stato necessario acquisire informazioni specifiche relativamente a determinate attività e procedure cliniche. Il coinvolgimento del personale dell'unità organizzativa presso la quale si sta svolgendo l'e-

sperienza rappresenta, d'altra parte, uno dei presupposti fondamentali del metodo dei Gruppi di Attività Omogenee, che è quello di agevolare ai medici ed agli altri operatori della divisione la comprensione e la interiorizzazione delle finalità e delle modalità di applicazione di questo strumento.

(6) Per una analisi completa relativa alle decisioni di convenienza economica comparata tra prodotti si veda Negri-Clementi (1988).

(7) Per un approfondimento relativamente ai concetti di efficacia gestionale e di efficacia sanitaria si veda Borroni (1996) e per una lettura dei concetti relativamente al tema della introduzione del metodo dei Gruppi di Attività Omogenee nelle aziende di servizi sanitari si veda Damiani, Motta, Saba, Zavattaro (1995).

#### BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V., *Lezioni di Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- AMIGONI F., *I sistemi di controllo direzionale*, Milano, Giuffrè 1989.
- ANESSI E., BERGAMASCHI M., ZAVATTARO F., *L'introduzione dei sistemi gestionali nelle aziende sanitarie: l'esperienza della Regione Emilia-Romagna*, **Mecosan** 1993, 10.
- BERGAMIN BARBATO M., *Programmazione e controllo in ottica strategica*, Torino, UTET 1991.
- BOCCHI G., CERUTI M. (A CURA DI), *La sfida della complessità*, Feltrinelli 1995.
- BORRONI E., *Principi e sistemi aziendali per l'amministrazione pubblica*, Milano, EGEA 1996.

CAMPO B., MOTTA M., RAPPINI V., ZAVATTARO F., *L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari*, **Mecosan** 1994, 12.

CAMPO B., MOTTA M., RAPPINI V., ZAVATTARO F. (1995), *A Comparison Between the DRG Classification System and the GAO Method: Experience of the Urology Division of Melegnano*, ACTA Urolog. Ital. 1995, 9.

DAMIANI G., MOTTA M., SABA A., ZAVATTARO F., *L'applicazione della metodologia dei Gruppi di Attività Omogenee nei servizi di igiene pubblica, il caso della USL n. 4 di Olbia*, **Mecosan** 1994, 13.

FERRERO G., *Impresa e management*, Milano, Giuffrè 1980.

FRANCESCONI A., *L'Activity-Based Costing nei servizi sanitari*, *Economia e Management* 1993, 1.

NEGRI-CLEMENTI A., *I costi rilevanti nelle decisioni di gestione operativa: alcune situazioni tipiche*, in *Misurazioni d'azienda Programmazione e Controllo*, Milano, Giuffrè 1995.

TOSCANO G., *L'analisi dei costi e del valore degli attributi e delle caratteristiche del prodotto: innovare le logiche della contabilità direzionale orientandola verso il cliente e il mercato*, AIDEA Giovani, Atti del Convegno del dicembre 1995.

ZAVATTARO F., *Il controllo di gestione delle organizzazioni professionali complesse: il caso della sanità*, in: *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, Milano, McGraw-Hill 1988.

# LA FUNZIONE MANAGERIALE DELLE PROFESSIONI NON MEDICHE NELLE AZIENDE SANITARIE

di Cristina Filannino

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. Premessa - 2. Il ruolo della Regione nel processo di aziendalizzazione - 3. Gli spazi di autonomia dell'azienda sanitaria - 4. La collocazione organizzativa ed il ruolo delle professioni sanitarie non mediche nelle aziende sanitarie - 4.1. L'autonomia delle professioni sanitarie - 4.2. La situazione preesistente e i fabbisogni connessi ai cambiamenti introdotti dalla riforma sanitaria - 4.3. Le proposte di riorganizzazione - 5. Considerazioni conclusive: criteri di scelta per l'attuazione delle diverse soluzioni organizzative.

*This article analyses the role of non-medical health managers in health organizations after the National Health Service reform law 502/92. It covers the new relations between regional governments and health organizations, new organizational models to optimise quality and economic viability. Consequent changes in management roles of non-medical managers will also be examined. Five key organizational roles among Nurse Managers within the macro-structure of the company will be outlined, all of which will have their own responsibilities concerning different issues of organizational design. The impact of changes at top management level on middle and lower levels of management — after the reform — will also be covered.*

## 1. Premessa

Il decreto legislativo n. 502/92, modificato con il decreto legislativo n. 517/93, delinea il riordino del Servizio Sanitario Nazionale, prefigurando nuovi assetti organizzativi, contabili e gestionali.

Le scelte sostanziali del legislatore nazionale comportano modifiche strutturali nel servizio sanitario al fine di conseguire risultati più efficaci ed efficienti, tra tutte si evidenziano:

— la possibilità di adottare soluzioni organizzative innovative per le nuove unità di base di gestione ed erogazione dei servizi che, secondo la nuova legislazione, sono definite aziende;

— l'introduzione del principio della responsabilizzazione economica sull'andamento gestionale delle unità organizzative nelle quali è articolato il sistema.

I modelli organizzativi innovativi, se da un lato consentono di attuare al meglio le finalità aziendali (definendo

ruoli e mansioni che riflettono le caratteristiche dell'Ospedale o della USL) e di valorizzare le circostanze ambientali nelle quali si trovano, dall'altro rappresentano una reale possibilità di rivalutare l'apporto delle diverse figure professionali che, se opportunamente integrate, concorrono alla realizzazione delle politiche aziendali finalizzate alla soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

Il ruolo e le funzioni svolte dai professionisti all'interno delle aziende sanitarie vengono ad assumere caratterizzazioni peculiari in funzione dell'autonomia organizzativa che gli si attribuisce e che si manifesta nella collocazione nella struttura che viene loro riconosciuta, con conseguenze rilevanti sulle modalità di svolgimento dei processi di produzione e consumo nell'ambito delle aziende stesse.

Partendo dagli spunti offerti dalla riforma del Servizio Sanitario, dal nuovo ruolo interpretato dalle Regioni in questo processo di cambiamento,

nonché dall'autonomia riconosciuta ad ogni singola azienda di identificare la soluzione organizzativa più idonea a responsabilizzare gli operatori sull'uso delle risorse e sui risultati da conseguire, in questo articolo si suggeriscono alcune indicazioni sul ruolo svolto dal personale sanitario non medico (1) nel contesto della «Azienda Sanitaria», e sulle conseguenze organizzativo/gestionali per le aziende stesse a seguito delle possibili configurazioni della macro struttura.

## 2. Il ruolo della Regione nel processo di aziendalizzazione

I decreti sopra citati impongono alle Regioni di compiere numerose scelte attuative che devono concretizzare la filosofia di fondo del disegno di riforma del SSN.

L'articolo 2 della legge, definendo le competenze regionali, attribuisce alle Regioni stesse un ruolo fondamentale nella gestione della sanità, sia

sotto il profilo del controllo della qualità dei servizi erogati che sotto il profilo dell'economicità del sistema nel suo complesso; tali fattori sono poi gli esiti delle strategie autonomamente perseguite dalle aziende appartenenti al suo ambito territoriale.

La capacità di attuare questi presupposti sarà, probabilmente, il vero fattore su cui si giocherà il miglioramento del sistema sanitario pubblico in quanto le Regioni disciplinano le modalità organizzative e le modalità di funzionamento delle aziende sanitarie mediante la realizzazione di più documenti di indirizzo (es. Piano Sanitario Regionale, piani attuativi, ordinamenti di organizzazione, ecc...) nei quali sono definiti:

- tipologie e livelli di servizi da erogare in funzione delle esigenze della domanda e delle effettive risorse a disposizione;

- gli indirizzi tecnici e le funzioni delle USL e degli Ospedali, nonché gli ambiti organizzativi ritenuti più idonei allo svolgimento di tali attività;

- i criteri di riparto delle risorse finanziarie date dal Fondo Sanitario Nazionale.

Questi indirizzi si devono manifestare in un ambito di assoluta autonomia gestionale da parte delle singole aziende sanitarie (aziende USL e/o aziende Ospedaliere), che saranno valutate, sulla base di pochi ma significativi indicatori di verifica, sullo svolgimento dell'attività e sulla capacità di conseguire risultati nell'ambito di processi organizzativi/gestionali.

In questo contesto gli articoli 3 e 4 che enunciano i criteri di organizzazione delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere affermano, infatti, che queste sono aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e che il Direttore Generale, espressione dell'unicità di co-

mando all'interno della struttura, ha tutti i poteri di gestione che consistono nel «verificare la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, nonché di verificare l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa (2)».

In questo contesto il nuovo ruolo e le nuove funzioni delle Regioni si esplicano:

- in qualità di capo gruppo di aziende dotate di autonomia gestionale non governabili con rigidi vincoli stabiliti a priori, ma anche mediante la nomina di direttori capaci, in possesso di moderni strumenti manageriali con i quali organizzare, avvalendosi di diverse professionalità sanitarie, una risposta esauriente al bisogno dell'utente;

- in qualità di promotrice dello sviluppo e dell'applicazione di nuovi sistemi gestionali nell'ambito di USL e Ospedali al fine di definire gli orientamenti strategici per migliorare il rapporto con l'utente e per ricercare maggiore qualità nelle prestazioni.

La Regione, quindi, non deve dare rigide indicazioni organizzative, ma deve proporre, o lasciare spazio a progetti sperimentali che, opportunamente controllati, possono mettere in evidenza vantaggi e svantaggi, punti di forza e di debolezza dei differenti approcci organizzativi e delle differenti modalità di soluzione ai problemi gestionali, stimolando, valutando e premiando le concrete sperimentazioni in tali ambiti (3). Tale finalità si deve concretizzare in sistemi di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie, che facciano evolvere l'intervento regionale di tipo preminentemente amministrativo verso una azione di confronto delle scelte organizzativo/strategiche e dell'efficienza complessiva delle aziende.

### 3. Gli spazi di autonomia dell'azienda sanitaria (4)

Il concetto di azienda è qualificato dalla dottrina come «svolgimento coordinato di attività economica» (5), ossia di produzione e trasferimento della ricchezza e del suo impiego nel soddisfacimento dei bisogni, che si attua tramite un continuo e dinamico adattamento alle condizioni esterne ed interne in cui l'attività stessa si svolge. La logica aziendale, quindi, consiste nell'adottare «prefigurati modelli di funzionamento» e nel perseguire una «combinazione dei fattori e delle condizioni produttive» idonee a realizzare i massimi livelli di efficienza consentiti dalle conoscenze tecniche (in campo della salute) ed organizzative disponibili e nel perseguire un adattamento alle caratteristiche quali-quantitative della domanda nel rispetto dei requisiti strutturali dell'azienda, che sono:

- considerazione unitaria di tutti i processi posti in essere (necessità di valutare gli effetti di certe scelte sul complesso dell'azienda);

- coordinazione ed interdipendenza dei vari processi tra cui quelli legati alla gestione dell'organizzazione;

- proprie regole di funzionamento (autonomia);

- attitudine a durare nel tempo (6).

L'individuazione delle specificità della realtà sanitaria consente di ritrovare le caratteristiche proprie dell'azienda (definibile come un sistema organizzativo complesso, dinamico, articolato, coerente al suo interno e finalistico), facendo emergere la necessità di adottare un modello di funzionamento estremamente complesso che ha bisogno di adeguati investimenti in termini organizzativi e gestionali per produrre risultati positivi.

In questo contesto assume particolare importanza il ruolo del professionista nell'ambito della struttura sanitaria che è chiamato ad occuparsi an-

che di problemi organizzativi e gestionali in quanto parte di un sistema sempre più complesso e diversificato, dove i risultati positivi dipendono da supporti molteplici e differenziati (7).

Il professionista sanitario (medico, infermiere, tecnico sanitario, ostetrico, ecc...) viene ad assumere un ruolo con responsabilità organizzative e con funzioni in parte diverse da quelle tradizionali date dalla necessità di:

— sovrintendere processi decisionali di ordine gestionale e non solo di ordine clinico/assistenziale;

— gestire complesse attività caratterizzate dalla compresenza di rilevanti e diversificate risorse;

— controllare i risultati raggiunti anche in termini di efficienza nell'uso delle risorse;

— motivare le persone verso specifici obiettivi che si intendono perseguire;

mediante avanzati strumenti manageriali.

Proprio perché l'efficacia dei processi sanitari viene a dipendere anche da condizioni di ordine organizzativo è evidente che la struttura e le regole di funzionamento interne all'Ospedale e all'USL influenzano il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali, creando le condizioni di efficienza e di efficacia gestionale più rispondenti agli obiettivi dell'azienda stessa.

La realizzazione di questo modello ha come presupposto forte che le aziende sanitarie abbiano proprie prerogative e autonomia per governare le variabili organizzative in funzione di risultati programmati come stabilito dalla legge di riordino.

L'autonomia delle aziende deve essere ripetutamente confermata e le condizioni entro cui far sviluppare questa autonomia devono essere continuamente cercate e riconosciute come prerogativa dei vertici aziendali. Le loro scelte organizzative, infatti, hanno un forte riscontro sui comporta-

menti degli operatori (dalla dirigenza al nucleo operativo), i quali devono garantire risultati economici e performance di efficacia.

Il processo di cambiamento deve diffondere nell'azienda una cultura volta alla «responsabilità e orientamento ai risultati», e l'uniformità tra Ospedali e USL deve essere ricercata rispetto al livello di risultati raggiunti sulla base di criteri di valutazione regionali. In questo scenario, dunque, la collocazione organizzativa dell'organo a cui sono demandate funzioni di organizzazione del personale sanitario, non medico, nonché il governo dei loro processi di lavoro, non è da cercare tra gli indirizzi regionali per quanto riguarda le forme/soluzioni da utilizzare o le risorse da impiegare, ma nella capacità dell'alta direzione di vedere in essa la possibilità di realizzazione delle strategie dell'azienda stessa.

Tale affermazione è valida sul piano organizzativo:

— la definizione di rigide e determinate strutture;

— l'identificazione di meccanismi burocratici di controllo;

— la limitata possibilità di innovative sperimentazioni in campo gestionale;

significano non valorizzare il potenziale umano e la «creatività organizzativa» di ogni struttura sanitaria, e non ricercare le soluzioni che sempre meglio possano dare risposte complete agli utenti nel rispetto delle diverse professionalità presenti nel contesto ospedaliero o di USL. Le scelte riguardanti l'assetto organizzativo, infatti, influenzano direttamente i livelli di «innovatività», di «creatività» e di «imprenditorialità» espressi dalle persone operanti nelle aziende.

Le leggi regionali di riorganizzazione delle aziende sanitarie identificano alcuni criteri a cui le singole aziende dovranno attenersi per la realizzazione della propria struttura orga-

nizzativa; strutture che possono e/o devono essere diverse nelle molteplici realtà sanitarie per rispondere alle specificità locali, per valorizzare la creatività dei responsabili aziendali e per confermare il contributo di tutti i professionisti nella soluzione di problemi di salute.

L'utilizzo di meccanismi di valutazione del livello di risultato conseguito a fronte del livello di innovazione organizzativa è l'elemento sostanziale del processo di responsabilizzazione aziendale condotto dalle amministrazioni regionali, grazie al quale diventa possibile verificare la volontà del decentramento delle responsabilità organizzativo/gestionali su Ospedali e USL. Tale capacità innovativa, non sempre realizzabile nel breve periodo, deve comunque essere rilevata dalla Regione che deve valorizzare lo sforzo imprenditoriale delle aziende a fronte, magari, di risultati ancora poco incisivi in termini di reale cambiamento della gestione dell'organizzazione sanitaria.

#### **4. La collocazione organizzativa ed il ruolo delle professioni sanitarie non mediche nelle aziende sanitarie**

Come già evidenziato nella prima parte dell'articolo, le soluzioni ed i processi organizzativi costituiscono uno strumento per la realizzazione delle finalità dell'azienda sanitaria. Ne consegue che la funzione manageriale deve articolarsi all'interno dell'azienda stessa secondo le modalità più consone al raggiungimento degli obiettivi propri dell'azienda, più funzionali ad una efficacia e tempestività nei processi decisionali, nonché ad una maggiore efficienza nell'uso delle risorse.

Non pare opportuno, in questa sede, definire compiutamente le competenze e le funzioni attribuite al dirigente

nell'ambito delle aziende sanitarie in quanto il ruolo della dirigenza è univoco (legittimazione della professione) e la direzione della professione stessa si esplica a livello di:

- programmazione operativa;
- responsabilità sui risultati «intermedi» al servizio finale provenienti dalla professione;
- garanzia delle condizioni organizzative/gestionali d'azienda per l'esercizio della professione.

È invece necessario sottolineare come il ruolo e le funzioni stesse dei vari livelli direttivi sono in larga misura connesse ed influenzate dalle scelte in ordine all'assetto organizzativo ed in particolare alla struttura organizzativa; quest'ultima, peraltro come già ricordato nei precedenti paragrafi, definita autonomamente dall'azienda in funzione delle scelte strategiche e delle contingenze operative stabilite a livello regionale.

Due considerazioni di carattere generale vanno tuttavia evidenziate:

1) la presenza di professionisti a livello di nucleo operativo (8) rendono le aziende sanitarie strutture «policentriche» (ossia caratterizzate da numerosi e diffusi centri di influenza e di decisionalità sul livello di servizio erogato e di risorse utilizzate);

2) gli elementi di competitività introdotti nel sistema dalla riforma sanitaria e la continua pressione dell'opinione pubblica verso il miglioramento della qualità dei servizi offerti stimolano le aziende ad assumere una gestione maggiormente orientata all'utente e quindi a diffondere fra gli operatori una cultura del servizio.

Da tali considerazioni emerge una conseguenza rilevante in ordine alle logiche di articolazione della funzione manageriale, la quale deve sempre più improntarsi ad una diffusione della responsabilità fra i diversi livelli organizzativi e fra i diversi profili professionali portatori di specifiche e distin-

tive competenze per l'organizzazione della risposta ai bisogni di salute dei pazienti. Obiettivi così ambiziosi richiedono di disporre di personale dotato di grande cultura di base, capace di fornire un servizio responsabile e competente in grado di attuare la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la cura del malato e la sua riabilitazione.

#### 4.1. *L'autonomia delle professioni sanitarie*

Uno degli aspetti che qualificano i moderni sistemi sanitari è rappresentato dalla strutturale tendenza all'ampliamento dell'area delle attività di carattere professionale.

Quando la capacità di guarire era l'unico fattore in grado di attribuire a chi la detenesse la qualifica di «professionista», ossia di persona cui è attribuita piena autonomia decisionale con riguardo ai propri atti, tale caratterizzazione era riconosciuta esclusivamente al medico, capace di rispondere ai bisogni di salute in quanto in possesso di conoscenze, competenze, e abilità di diagnosi e cura che gli consentivano di modificare la condizione di benessere fisico e psichico della persona. Il ruolo degli altri operatori sanitari era di supporto all'espletamento della diagnosi e della cura con compiti e funzioni precise, caratterizzate da una limitata o inesistente autonomia di scelta da parte di chi li svolgeva.

L'esigenza degli utenti di avere servizi sanitari di qualità sempre maggiore e la crescente complessità dei fattori che influenzano il bisogno di salute ha fatto sì che la risposta sanitaria richieda oggi molteplici prestazioni garantite da differenti campi di conoscenze, competenze, abilità. Tali capacità consentono di identificare altre professioni che si caratterizzano per aver autonomia decisionale, i cui ope-

ratori sempre meno «eseguono» compiti esclusivamente sulla base di indicazioni altrui, ma lavorano utilizzando un bagaglio di conoscenze specifiche da applicare con discrezionalità e sulla cui base assumersi la responsabilità dei risultati raggiunti.

Queste caratteristiche, proprie dei modelli professionali (9), hanno bisogno di operatori sanitari (medici e non):

— dotati di mentalità «risolutrice di problemi»;

— capaci di assumersi responsabilità e comportamenti volti a rivendicare un maggior spazio nell'ambito delle organizzazioni sanitarie;

— in possesso di percorsi formativi che gli conferiscano un proprio specifico professionale, e, secondo il parere di chi scrive, di un corpo dirigente che rappresenti il nucleo operativo e sia in grado di incidere nella realtà aziendale.

La possibilità per questi professionisti di occupare posizioni organizzative consone alle loro capacità è connessa all'esigenza che sia rivista l'organizzazione del lavoro, i modelli organizzativi in cui sono inseriti e le modalità di funzionamento che li regolano, che devono permettere di:

— diffondere lo sviluppo di conoscenze avanzate;

— diffondere le competenze e le conoscenze tra un numero elevato di persone;

— motivare le persone per favorire atteggiamenti positivi nei confronti dell'organizzazione;

— riconoscere ambiti di autonomia sui risultati direttamente influenzabili;

— sviluppare una propensione all'innovazione e alla ricerca di migliori soluzioni dei problemi;

— creare mentalità volte alla presa di decisioni e al raggiungimento di obiettivi e non mentalità solo volte ad erogare prestazioni assistenziali.

**4.2. La situazione preesistente e i fabbisogni connessi ai cambiamenti introdotti dalla riforma sanitaria**

L'attuazione della riforma sanitaria ha provocato una serie di ripercussioni significative nelle modalità di governare la sanità italiana in ordine all'assetto istituzionale, all'assetto organizzativo degli enti e delle strutture deputate all'erogazione di servizi sanitari, identificando nuovi spazi e funzioni manageriali per le componenti professionali giudicate fondamentali per l'Ospedale e/o per ottenere migliori performance aziendali.

Nella situazione precedente alla riforma le professioni sanitarie non mediche erano tradizionalmente, ma lo

sono ancora in molti casi, organizzate nei livelli direttivi, con un Ufficio (10) in staff alla Direzione Sanitaria (cfr. figure 1 e 1 bis). Con riguardo alle sue competenze e alla sua composizione due erano le soluzioni prevalenti:

- organo espressione delle sole figure infermieristiche;
- organo espressione di più professioni sanitarie.

Specificando ulteriormente le competenze, sia nell'uno che nell'altro caso esse erano funzionali alle seguenti esigenze:

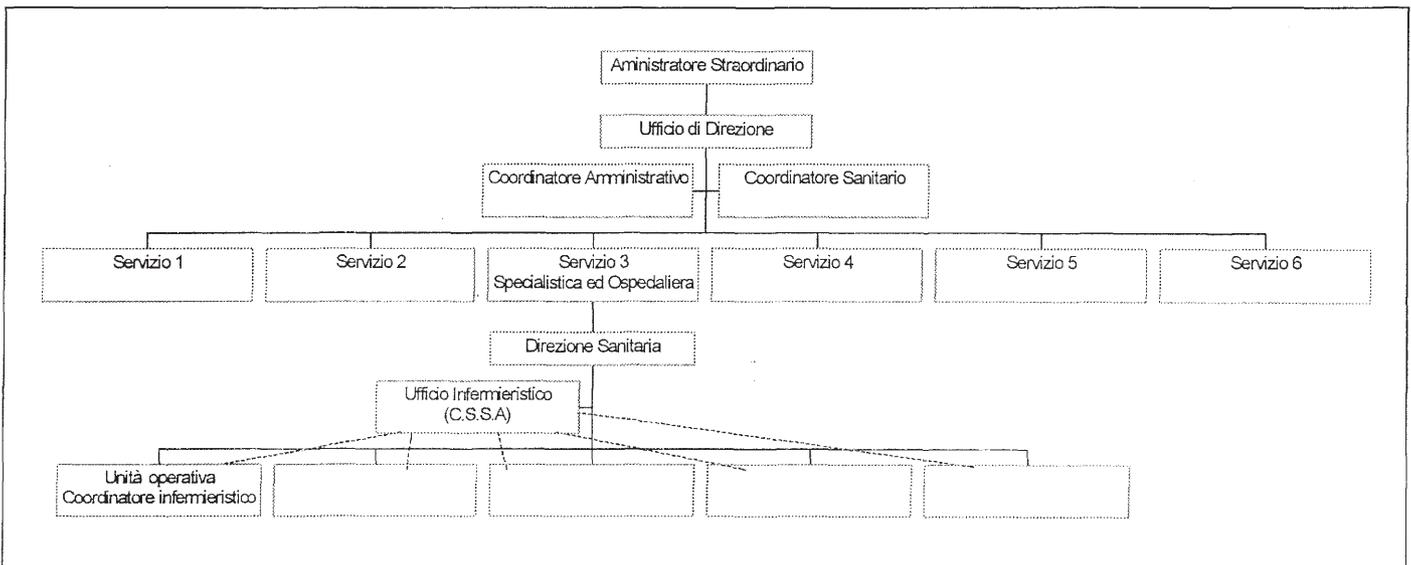
- attivazione dei differenti meccanismi di gestione del personale: programmazione, selezione, inserimento, socializzazione, formazione, valutazione, ecc. (gestione di persone);

— programmazione e controllo dell'attività di assistenza infermieristica (gestione di attività e processi).

In un contesto organizzativo di questo tipo i coordinatori a livello di Unità operative (Operatori Professionali Coordinatori, O.P.C) dipendono funzionalmente dal Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari (C.S.S.A, non sempre Operatori Professionali Dirigenti, O.P.D), mentre la linea di dipendenza gerarchica è fra Responsabile dell'Unità operativa (Primario o equivalente) e Caposala.

Per quanto riguarda invece gli operatori appartenenti agli altri gruppi professionali (ostetriche, assistenti sanitarie, vigilatrici d'infanzia, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, te-

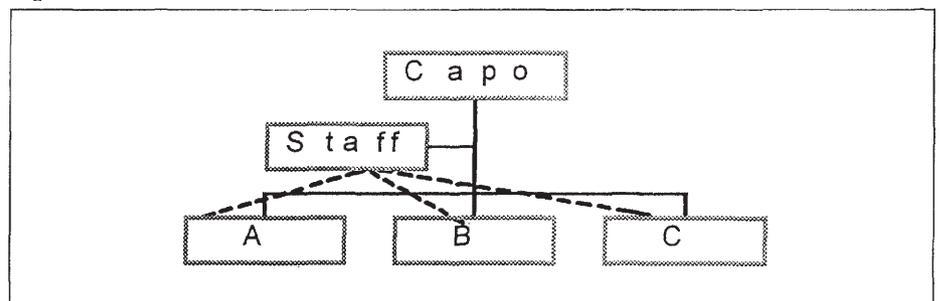
**Figura 1**



rapisti della riabilitazione, ecc.), in alcuni casi essi dipendono direttamente dalla Direzione Sanitaria, mentre in altri dall'Ufficio Infermieristico, dove talora possono ricoprire posizioni di responsabilità.

Questa soluzione ha inequivocabilmente evidenziato nel tempo e nelle diverse realtà aziendali alcuni punti di debolezza in termini di:

**Figura 1 bis**



— funzionalità complessiva dell'ente ed efficace governo dei processi di lavoro;

— motivazione del personale sanitario non medico.

Tali aspetti problematici possono essere, seppure in modo non esaustivo, ricondotti:

— alla scarsa partecipazione di questa componente professionale sanitaria ai processi decisionali e gestionali dell'ente dovuta, in prima battuta, alla limitata autonomia (11) decisionale di cui gode l'Ufficio;

— al conseguente rischio di modesta attenzione alle problematiche inerenti le attività svolte da tali figure professionali e alla destinazione di un limitato ammontare di risorse economiche, materiali ed umane per la direzione di queste aree di attività (e alla ricerca e sperimentazione di modelli organizzativi innovativi);

— allo scarso riconoscimento e legittimazione nell'ambito aziendale della figura del dirigente, talora in ragione di inadeguate capacità manageriali dello stesso, talora per la «debolezza» intrinseca del mandato organizzativo derivante dalla collocazione in staff. Tale debolezza è da collegare al fatto che le relazioni organizzative connesse alla posizione in staff sono, infatti, meno definite e forti rispetto a quelle della linea operativa e presuppongono quindi capacità di rapportarsi, legittimandosi, a figure dirigenziali apicali ed intermedie in ragione non già dell'autorità gerarchica e del potere organizzativo, bensì a motivo della competenza, dell'autorevolezza e della capacità collaborativa;

— ai conseguenti conflitti con i coordinatori di U.O., che non riconoscono le competenze del dirigente e non lo ritengono punto di riferimento per la professione, il che si evidenzia nelle frequenti situazioni di provvedimenti elaborati dall'Ufficio Infermieristico assunti dalla Direzione Sanita-

ria e disattesi a livello di Unità operativa (12);

— al basso grado di specializzazione delle attività svolte all'interno dell'Ufficio Infermieristico riconducibile alla scarsa legittimazione dello stesso. Posto che il mandato organizzativo di uno «staff specializzato» è quello di contribuire ai processi aziendali attraverso l'apporto di conoscenze, qualificazioni, preparazione e competenze specifiche nel campo di interesse, è opportuno chiedersi se tradizionalmente l'Ufficio Infermieristico abbia saputo assolvere questo compito. La «core competence» dell'Ufficio Infermieristico consiste nel dominio di principi, tecniche e logiche di organizzazione, gestione dell'attività assistenziale e delle persone ad essa dedicate, che, pur dotate di un contenuto grado di autonomia professionale dovuto al primato della professione medica, non operano «soltanto ricevendo istruzioni, (...) ma sulla base della loro iniziativa» (13) dettata dalla loro capacità di discernimento rispetto al caso trattato;

— alla mancanza di un riferimento preciso nell'ambito della dirigenza nonché di competenze adeguate per le figure tecniche (nonché per tutti i professionisti non infermieri).

La situazione sopra evidenziata è, attualmente, la modalità organizzativa più diffusa nell'ambito delle nuove aziende sanitarie che hanno ereditato soluzioni organizzative non improntate ad una gestione aziendale e che non consentono la responsabilizzazione delle figure professionali sul conseguimento dei risultati (14).

L'evoluzione del quadro istituzionale e delle fondamentali logiche di governo delle aziende sanitarie connesse alla riforma, evidenzia l'esigenza di nuove soluzioni organizzative, in quanto:

1) muta la configurazione degli organi di alta direzione (non più di na-

tura collegiale ma di carattere monocratico) e le caratteristiche del rapporto di lavoro con l'ente di appartenenza (contratti a tempo determinato rinnovabili a seguito dei risultati aziendali raggiunti e della dimostrata capacità di governo dell'azienda da parte della dirigenza);

2) aumenta il grado di responsabilizzazione degli operatori afferenti ai diversi livelli della struttura organizzativa (dovuti ad un'esigenza di maggiore efficienza, orientamento all'utente, controllo sui risultati, autonomia finanziaria);

3) muta il ruolo del Direttore Sanitario, che in molte realtà assume sempre più la connotazione di «direttore tecnico della produzione aziendale» (15), cioè di colui che presidia l'efficacia, l'efficienza e l'economicità complessiva dei processi sanitari. Tale caratterizzazione del ruolo è da imputare alla necessità di una figura di sintesi e di riferimento per tutta l'attività sanitaria, nonché ai mutati criteri di finanziamento con i quali la Regione distribuisce le risorse per remunerare l'attività di USL e Ospedali. A tale proposito vale la pena ricordare che le attuali condizioni economico-finanziarie delle USL, attribuibili ad alcuni criteri di gestione non del tutto soddisfacenti dovuti sia alle modalità di finanziamento utilizzate (riparto sulla base della spesa storica e ripiano dei disavanzi a piè di lista) che alle condizioni tecniche ed organizzative delineate dalla L. n. 833/78, sono anche da imputare alla mancanza in sanità di una cultura manageriale che oggi è invece richiesta a strutture di natura aziendale (quali Ospedali e USL); in particolare tale mancanza si evidenzia per quanto riguarda i sistemi di misurazione dell'attività svolta. In tale contesto l'introduzione di meccanismi di responsabilizzazione su risorse e risultati ai diversi livelli di governo è ritenuto fattore indispensabile, al quale,

però, deve corrispondere una adeguata autonomia e gestionale (16) e finanziaria dell'azienda.

#### 4.3. Le proposte di riorganizzazione

Per definire nuovi modelli organizzativi con riguardo alla dirigenza infermieristica o delle professioni sanitarie non mediche è necessario ricordare l'architettura del sistema aziendale nel suo complesso e quindi definire:

— la collocazione del «Servizio» (17) e del dirigente (Infermieristico/delle Professioni Sanitarie non Mediche) all'interno della macrostruttura;

— l'articolazione organizzativa interna del Servizio (microstruttura);

— le relazioni organizzative con gli altri livelli organizzativi e gli altri profili professionali;

— l'opportunità o meno di attribuire al Servizio competenze esclusivamente infermieristiche o anche di altre categorie professionali.

Questi quattro aspetti sono, ad evidenza, strettamente interrelati fra loro e possono essere progettati ed introdotti:

1) nell'ambito di un modello organizzativo complessivo di carattere tradizionale, tipicamente la struttura funzionale;

2) nell'ambito di soluzioni organizzative del tutto innovative (ad esempio strutture dipartimentali, strutture a matrice, strutture per progetti, strutture per processi).

Qualunque sia l'alternativa scelta, l'assetto organizzativo che configura ogni USL ed Ospedale deve essere quello più rispondente ai fabbisogni organizzativi (18) dell'azienda, nei quali si evidenziano le relazioni di complementarità tra la struttura organizzativa ed i sistemi operativi. Tale relazione, propria della progettazione organizzativa, si manifesta nella ricerca:

— dell'efficienza delle attività aziendali garantita dal perseguimento del fabbisogno di coordinamento, multidimensionalità, dinamicità, differenziazione;

— della soddisfazione dei prestatori di lavoro, garantita dal perseguimento del fabbisogno di identità, stabilità, sviluppo.

Il criterio su cui individuare il modello organizzativo che meglio valorizza le peculiarità manageriali dei professionisti non medici nell'ambito dell'azienda è quello della migliore rispondenza della soluzione organizzativa a tali fabbisogni e la progettazione del Servizio deve ricercare la coerenza della struttura e dei sistemi operativi con i fabbisogni, riconducibili alle finalità di efficienza e di soddisfazione (19).

Nel rispetto di tale premessa, nel presente articolo si è ritenuto opportuno centrare maggiormente l'attenzione sulla prima linea d'intervento che già presuppone significativi cambiamenti in termini di cultura organizzativa e tuttavia è più realisticamente perseguibile nel breve periodo.

Su questa linea, per altro, sono possibili diverse soluzioni (in questo scritto ne sono identificate quattro).

#### 1) Modelli organizzativi tradizionali

Soluzione A (cfr. figura 3)

Il Servizio Infermieristico/PSNM è un organo in staff al Direttore generale

(ipotesi perseguita in alcune aziende sanitarie della Regione Umbria, della Regione Lombardia e della Regione Friuli) e può configurarsi — qualora si perseguisse l'ipotesi del Servizio PSNM — come Servizio pluriprofessionale retto da un coordinatore (primus inter pares) (20).

Con riguardo a tale ipotesi si possono fare le seguenti considerazioni:

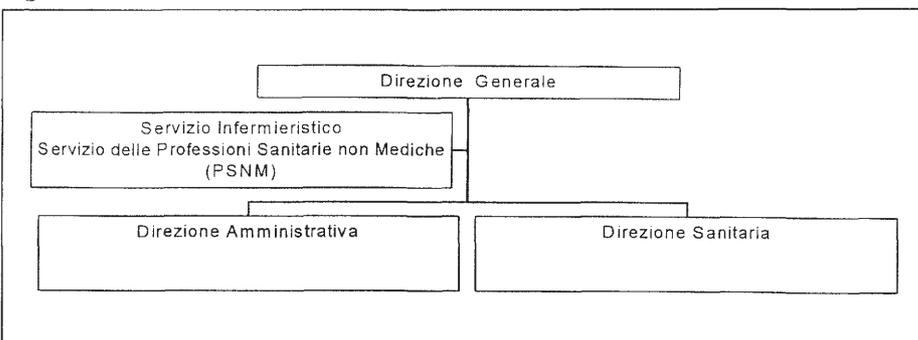
— il Servizio Infermieristico/PSNM è fuori dal contesto sanitario e possono pertanto essere penalizzate alcune importanti relazioni organizzative che riflettono flussi di interdipendenza nei processi di lavoro. In questo caso il Direttore Sanitario non si configura come direttore della produzione poiché non è in grado di governare tutte le risorse necessarie alla produzione del servizio;

— in ragione della natura di organo di staff, al Servizio sono attribuite funzioni tipiche di tecnostuttura, ossia di presidio e di supporto ai processi organizzativi, quali formazione, programmazione, ecc.;

— il Servizio è organo in staff e quindi i diversi O.P.C non dipendono gerarchicamente dal Servizio. Tale collocazione organizzativa attribuisce, però, una maggiore legittimazione dei dirigenti sanitari non medici, consentendo di superare i problemi ricorrenti nella situazione pre riforma (D.L.vo n. 502/92) (21);

— la collocazione organizzativa qui delineata evidenzia un ruolo del

Figura 3



Servizio nella definizione di politiche e strategie di gestione del personale, e/o nella progettazione di particolari iniziative; tuttavia mostra un diverso trattamento della componente sanitaria non medica rispetto a quella medica che può essere giustificato:

per un arco di tempo delimitato (organo temporaneo che connota una fase transitoria della vita aziendale);

quale esito della storia dell'ente (ad esempio situazioni di forte conflitto tra classe medica e gruppi professionali non medici o di forte autonomia di questi ultimi);

come modalità per perseguire obiettivi di crescente potenziamento della funzione infermieristica e tecnico sanitaria ritenute estremamente critiche nell'erogazione del servizio, ma poco sviluppate rispetto ai fabbisogni organizzativi;

— essendo il Servizio responsabile di definire politiche di indirizzo, le scelte gestionali di ordine più operativo (turni, ecc.) possono far capo direttamente alla Direzione oppure possono essere attribuite ad ogni singola divisione (ad esempio tramite l'autogestione) con un maggior potere degli OPC conferitogli mediante una maggiore delega. Ne consegue che il «vuoto» organizzativo che si crea nell'azienda deve essere colmato con una adeguata progettazione dei sistemi operativi che devono collegare ed integrare organi posti al vertice della struttura (dirigenza in staff alla Direzione generale) e organi impiegati nel processo operativo (nucleo operativo in linea alla Direzione sanitaria), consentendo di sviluppare il management a medio livello su problemi di gestione generale. Tali opportunità sono da individuare in funzione di scelte di accentramento o di decentramento (22) perseguite dall'azienda sia nella gestione dei processi sanitari che nell'organizzazione del personale sanitario non medico, la cui valutazione deve

essere fatta alla luce di concrete situazioni organizzative di importanza strategica per l'azienda (23). Le scelte in termini di accentramento e decentramento delle funzioni del Servizio, quindi, devono rispondere all'esigenza di coordinamento del lavoro e di specializzazione dello stesso (principio della coerenza dinamica e contingente tra le variabili organizzative e variabili di contesto), in quanto fattori che congiuntamente regolamentano l'attività aziendale.

#### Soluzione B (cfr. figura 4)

Il Servizio Infermieristico/PSNM è un organo in staff al Direttore Sanitario (ipotesi perseguita in alcune aziende sanitarie della Regione Marche). Tale soluzione che potrebbe essere simile alla situazione pre-riforma, in realtà si differenzia per alcuni aspetti sostanziali qualora l'azienda riesca ad evidenziare i cambiamenti voluti dal mutato contesto sanitario (responsabilizzazione degli operatori sanitari su risorse e su risultati), nonché la diversità nel contenuto dei ruoli direttivi dell'organizzazione.

Infatti:

— i mutamenti organizzativi introdotti tendono a semplificare i processi decisionali interni all'azienda in quan-

to la legge di riforma evidenzia gli organi ai quali attribuisce tutti i poteri di gestione, la responsabilità del servizio all'utente, nonché la rappresentanza dell'USL o dell'Ospedale;

— aumentano gli spazi di azione del Direttore Sanitario (24) in quanto responsabile dei livelli di produzione conseguiti dall'azienda e degli indirizzi scelti per perseguire le strategie sanitarie di USL e/o Ospedale;

— aumentano conseguentemente i margini di manovra ed il potere organizzativo concessi all'organo in staff al Direttore Sanitario.

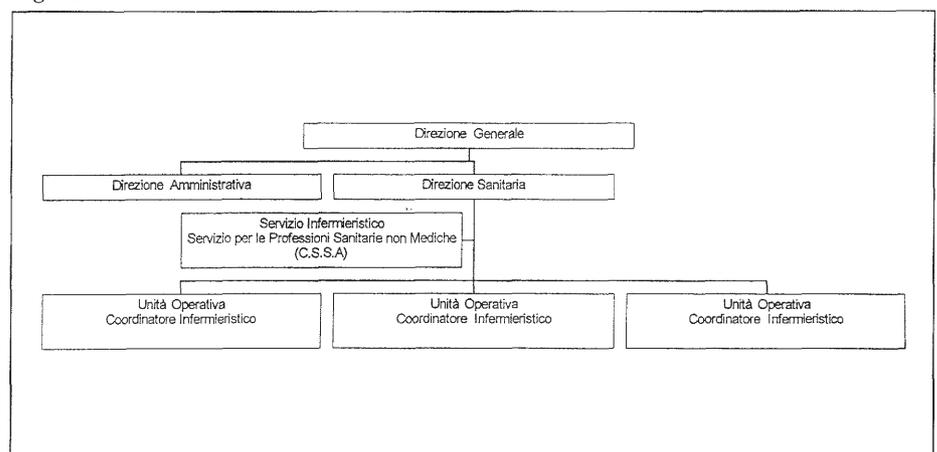
Con riguardo a tale ipotesi si possono fare le seguenti considerazioni:

— in quanto organo in staff valgono le valutazioni (positive e negative) già richiamate in precedenza;

— questa scelta organizzativa può risultare rafforzata se la reale distribuzione del potere interno all'azienda è tale da riconoscere al Servizio «autorità funzionale» (25), cioè configura concretamente una linea di dipendenza funzionale dei coordinatori e dei responsabili delle unità operative dall'organo in staff per quanto concerne il contenuto dei rapporti di consulenza e supporto (cfr. richiamo nella nota 12);

— a seguito della crescente complessità dell'attività sanitaria i rappor-

Figura 4



ti tra le Unità Operative ed il Servizio (ma questa affermazione è valida anche per tutti gli altri organi di staff) sono sempre più volte alla collaborazione, alla richiesta e distribuzione di dati, informazioni o assistenza specializzata su processi specifici. Questa forte dinamicità che caratterizza l'attività, unitamente allo status funzionale e scalare (26) del dirigente del Servizio Infermieristico/PSNM (grazie anche all'autorità funzionale di cui gode) fa sì che anche la struttura debba essere recepita in senso dinamico, come insieme di rapporti tra diversi organi che non possono rigidamente

essere catalogati come organi di linea o di staff. Il dirigente sanitario appare di volta in volta in posizione di linea o di staff nei confronti delle altre persone/organi con i quali si relaziona a seconda delle funzioni nelle quali interviene in quel momento, «arricchendo» notevolmente la sua posizione organizzativa: di linea o di staff, dunque, non sono le singole persone o unità in se per la loro posizione nella struttura, bensì solamente i rapporti che di volta in volta si istituiscono tra esse per garantire livelli ottimali di performance in virtù di una autonomia riconosciuta sui risultati o, come in questo caso,

sulla scelta delle modalità per svolgere le proprie mansioni e funzioni.

Soluzione C (cfr. figure 5 e 5 bis)

Il Servizio Infermieristico/PSNM o Direzione dei Servizi Sanitari (DSS, figura 5 bis) è un organo in linea, accanto al Direttore Amministrativo e Sanitario. Tale collocazione era stata ipotizzata dalla Regione Toscana, la quale aveva previsto una terza direzione, costituendo un Servizio Infermieristico in linea al Direttore Generale.

Dal direttore del Servizio dipendono gerarchicamente i coordinatori di

Figura 5

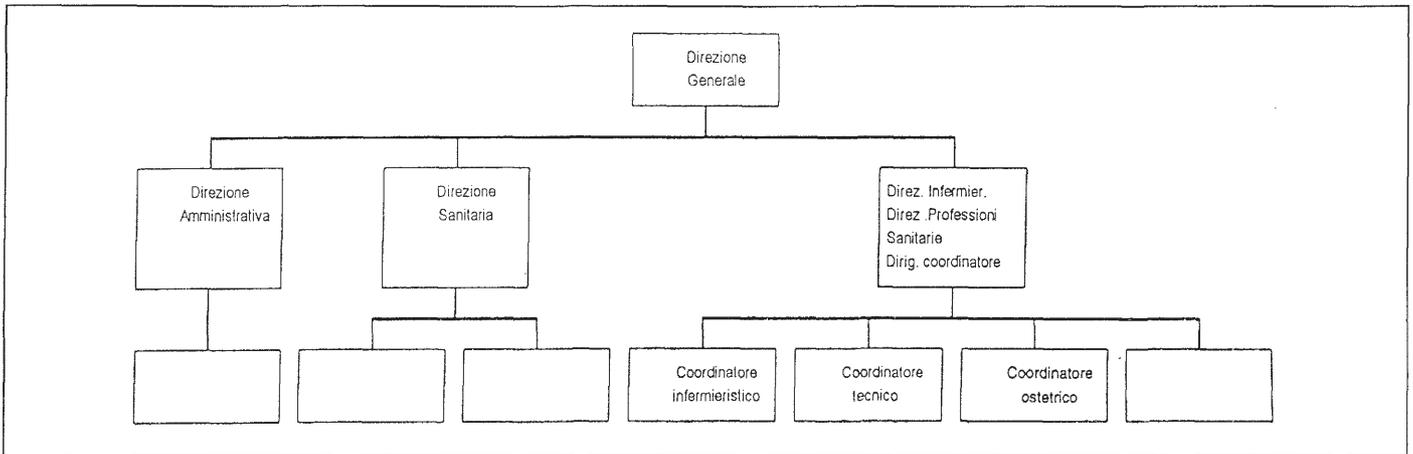
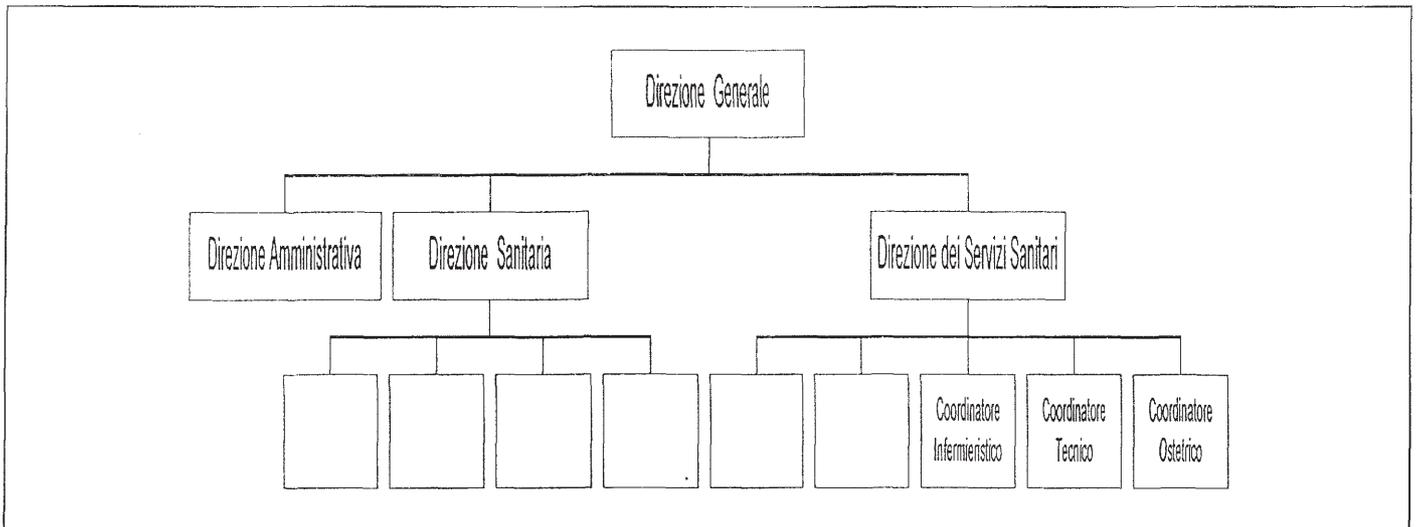


Figura 5 bis



unità operative e le funzioni attribuite al Servizio non sono più di presidio specializzato di processi di supporto all'attività caratteristica, ma di responsabilizzazione su aree di risultati (prestazioni e servizi).

Escludendo il caso in cui la direzione sia esclusivamente infermieristica (Servizio Infermieristico), la soluzione identificata come Direzione dei Servizi Sanitari prevede un'organizzazione interna del Servizio non rigidamente articolata per gruppi professionali (caso del SPNM), ma suddivisa per aree di attività alcune delle quali da sempre sono state trattate all'interno della Direzione Sanitaria, ma tradizionalmente svolte dal personale sanitario non medico (es. organizzazione del trasporto interno, supervisione del funzionamento della Centrale di Sterilizzazione, ecc.).

Con riguardo a tale ipotesi si possono fare le seguenti considerazioni:

— il livello di complessità del «servizio» erogato è presidiato solo dal Direttore Generale, ossia da un centro decisionale assai lontano dal punto in cui si manifestano operativamente i problemi. Di conseguenza al Direttore Generale viene attribuito un ruolo caratterizzato da un'elevata commistione di funzioni e competenze e precisamente dalla definizione delle strategie al coordinamento operativo delle attività;

— si presuppone un notevole riconoscimento delle conoscenze e delle competenze dei gruppi professionali sanitari non medici tale da rimuovere il primato della pratica medica sulle attività di questi ultimi. La soluzione prospettata (specie nella figura 5 bis) presenta tre direzioni di pari livello dal punto di vista formale, ma sul piano sostanziale l'attribuzione di responsabilità ad «alto livello» sulle condizioni di erogazione del servizio alla nuova Direzione può portare la stessa ad avere una forte possibilità di influenza an-

che sulle decisioni e scelte della Direzione Sanitaria;

— gli operatori sanitari all'interno delle U.O dipendono, si è detto, gerarchicamente dall'OPC, il quale dipende a sua volta gerarchicamente dal Direttore Infermieristico, o dal Direttore dei Servizi Sanitari o dal Direttore delle Professioni Sanitarie non Mediche. All'interno delle U.O è riconosciuta un'autorità funzionale del responsabile (primario o altro) sul quadro intermedio in modo da rispettare lo specifico professionale di ogni gruppo che in questo caso è molto sviluppato. La configurazione della funzione manageriale a «canne d'organo» (ossia con figure dirigenziali specifiche per ciascun gruppo professionale sanitario) rischia tuttavia di diminuire drasticamente o di compromettere il livello di integrazione fra i diversi gruppi pro-

fessionali, elemento, invece, sempre più indispensabile nelle organizzazioni complesse quali quelle sanitarie;

— la scelta del Servizio per le Professioni Sanitarie Non Mediche può risultare problematica e originare conflitti tra gli operatori, proprio perché il forte sviluppo professionale e l'autonomia dei singoli gruppi potrebbe non sufficientemente legittimare un dirigente non-membro (es. tecnico sanitario dirigente responsabile del servizio e personale infermieristico afferente al servizio stesso).

Soluzione D (cfr. figure 6 e 6 bis)

Il Servizio Infermieristico/PSNM è un organo in line al Direttore Sanitario con un dirigente responsabile di pari livello del dirigente medico ed amministrativo previsti in ogni presidio

Figura 6

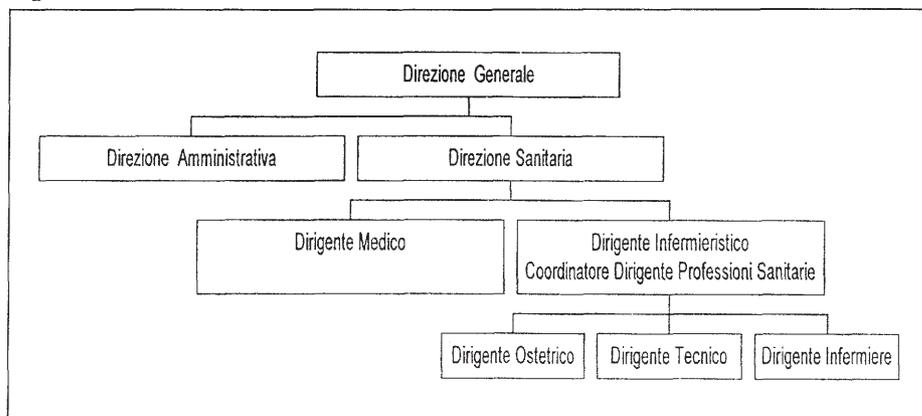
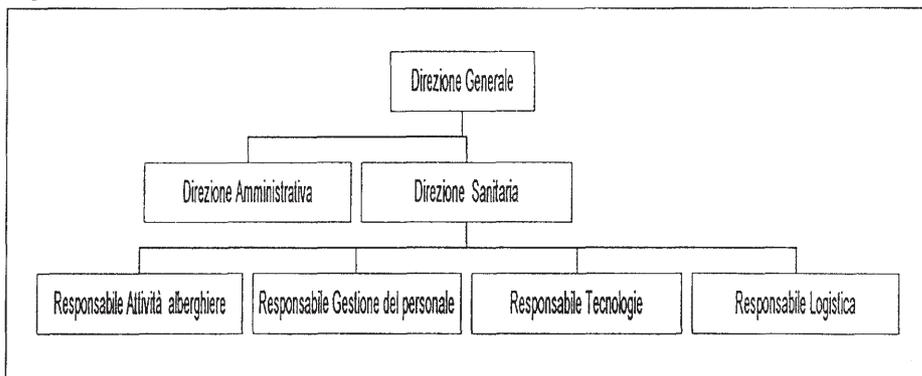


Figura 6 bis



(ipotesi perseguita dalle aziende della Provincia Autonoma di Bolzano ed in alcune aziende sanitarie della Regione Lazio). In questo caso il Direttore Sanitario si configura come direttore della produzione aziendale, ed in quanto tale ha il governo di tutti i processi, di tutte le risorse sanitarie dell'azienda, nonché la responsabilità dei risultati sanitari conseguiti.

In tale contesto la soluzione proposta nell'ipotesi D1 (figura 6) deve considerarsi come modello organizzativo tradizionale, mentre la soluzione D2 (figura 6 bis) chiede un ripensamento organizzativo di carattere globale, nonché di sposare tendenze organizzative decisamente innovative.

Per quanto riguarda la proposta D1 si osserva che:

— al Servizio Infermieristico/PSNM sono prevalentemente attribuite funzioni di gestione del personale sanitario non medico (come per l'attuale C.S.S.A) e di programmazione e controllo dell'attività svolta, anche se più correttamente all'organo in line dovrebbero essere assegnate competenze su aree di risultati da conseguire. La mancanza di criteri per misurare l'attività svolta, soprattutto in ambito infermieristico, rende spesso difficoltoso assolvere tale funzione;

— nel caso in cui il Servizio comprenda tutte le professionalità sanitarie non mediche, per un maggior rispetto dell'autonomia professionale, si può ipotizzare, come già richiamato in precedenza, una figura di dirigente coordinatore (*primus inter pares*) che rappresenta il gruppo dei dirigenti verso l'esterno, ma da cui i dirigenti non dipendono gerarchicamente (in quanto fanno diretto riferimento al Direttore Sanitario);

— questa scelta, come per certi aspetti la precedente n. 5 (Direzione PSNM) può apparire alquanto forzata, poco rispettosa dell'unità e della funzionalità aziendale, quanto più incline

a far proprie le istanze dei diversi gruppi professionali. Tale frammentarietà, assolutamente non accettabile a livello di terza direzione, è in questo caso superabile grazie alla funzione di governo dei processi sanitari svolta dalla Direzione Sanitaria, responsabile, secondo quanto definito in precedenza, dell'integrazione delle attività dell'azienda. Se la soluzione organizzativa proposta non avrebbe alcuna ragione di esistere in una impresa, le caratteristiche di burocrazia professionale la rendono percorribile nelle aziende sanitarie, in funzione, anche, del livello in cui è prevista all'interno dell'organizzazione. Sostiene infatti H. Mintzberg con riguardo ai criteri di aggregazione delle attività e quindi di progettazione organizzativa: «In effetti, nel caso dei professionisti, la loro formazione li differenzia sia per le conoscenze e le capacità, sia per i processi di lavoro che utilizzano, il che li porta a essere raggruppati in modo contemporaneo in base a queste due modalità (...) in questi tipi di aziende (...) nelle quali i professionisti servono direttamente i propri clienti, raggruppare tali professionisti in base alle conoscenze, alle capacità, ai processi di lavoro e ai clienti rappresenta la stessa cosa» (27).

Per quanto riguarda la proposta D2 si osserva che:

— in questo modello organizzativo dal Direttore Sanitario dipendono un certo numero di dirigenti (medici, infermieri, tecnici, ostetrici) che sono responsabilizzati su ambiti di processi, alcuni di carattere sanitario (clinico, assistenziale, innovazione scientifica), altri di supporto a questi (alberghiera e logistica, gestione delle risorse umane, tecnologia, controllo di qualità, ecc...), secondo le nuove teorie della Reingegnerizzazione dei Processi Aziendali o «Business Process Reengineering» (B.P.R.) (28);

— non esiste più un Servizio Infermieristico o Servizio per le Professioni Sanitarie non Mediche e tali funzioni sono assorbite in parte dal responsabile della gestione delle risorse umane, in parte dal responsabile dell'assistenza;

— l'accesso a tali posizioni dirigenziali è aperta a ciascun profilo professionale, nella misura in cui la persona dimostra capacità manageriali.

## 2) Modelli organizzativi innovativi

Anche con riguardo alle soluzioni che presuppongono modelli organizzativi innovativi per l'azienda (si veda pag. 28) si possono ipotizzare molteplici soluzioni. A titolo di esempio se ne propongono due:

1) la struttura a matrice, dove:

— le competenze del Servizio Infermieristico/PSNM tagliano trasversalmente l'organizzazione;

— il dirigente del Servizio è allo stesso livello del dirigente di unità operativa o del dirigente di dipartimento;

— il personale sanitario non medico dipende gerarchicamente dal responsabile del Servizio e funzionalmente dal responsabile dell'unità operativa o dipartimento in cui è allocato;

— si sviluppano capacità direttive e tecniche relazionali negli appartenenti all'organizzazione;

— si offrono maggiori opportunità di crescita professionale in quanto esistono molteplici posizioni di tipo manageriale con i relativi spazi di autonomia decisionale;

2) struttura per progetti, dove:

— il Servizio Infermieristico/PSNM è inteso come organo gestore e responsabile di progetti particolari e complessi che investono il personale sanitario non medico, con la partecipazione di più professionalità presenti nell'azienda (ad esempio, l'istituzione di sistemi di incentivazione,

l'applicazione del contratto, la regolamentazione della libera professione per il personale non laureato, ecc...);

— le competenze del Servizio tagliano trasversalmente l'organizzazione nell'ambito dei progetti gestiti dallo stesso;

— il dirigente del Servizio Infermieristico/PSNM ha autorità gerarchica nei confronti dei componenti del team di progetto;

— i responsabili di progetti sono dirigenti allo stesso livello degli altri dirigenti dell'azienda, se così previsto dal Direttore Generale.

In ragione delle funzioni attribuite al Servizio sarà poi necessario individuare criteri per l'articolazione interna delle responsabilità secondo una logica di questo tipo:

— individuazione della «mission» del Servizio e del ruolo che deve svolgere all'interno dell'azienda;

— individuazione delle funzioni attribuite e conseguentemente delle attività che devono essere svolte;

— individuazione delle dimensioni rilevanti delle attività svolte, ossia dei fattori che consentono di differenziare tali attività; ad esempio per tecnica (programmazione dell'assistenza richiede competenze e tecniche differenti rispetto alle attività di controllo e ispezione), per segmento di utenti (interno o esterno), per collocazione geografica (ospedale verso territorio);

— individuazione dei principali flussi di interdipendenza tra le attività stesse.

##### **5. Considerazioni conclusive: criteri di scelta per l'attuazione delle diverse soluzioni organizzative**

Alla luce delle considerazioni fin qui emerse si può affermare che la scelta del «dove» collocare il nuovo Servizio nell'ambito della struttura organizzativa non è di immediata e facile soluzione in quanto ogni alternativa

prospetta presenta punti di forza e di punti di debolezza. Poiché non esistono modelli organizzativi ottimali, ma vi sono semplicemente modelli organizzativi che più di altri in un determinato contesto consentono di raggiungere le finalità e gli obiettivi aziendali, è necessario non tanto indicare una strada percorribile o migliore di altre, quanto dei criteri di scelta.

Questi criteri, che non si escludono reciprocamente ma sono integrabili tra loro, sono la base sulla quale decidere la localizzazione delle unità operative/Servizi, fermo restando la responsabilità e l'autonomia di ogni azienda sanitaria di scegliere la soluzione più rispondente alle caratteristiche peculiari di ogni singolo caso.

Ricordando quanto scritto in riferimento ai criteri guida per la progettazione organizzativa, ogni scelta di macro (e di micro) struttura deve essere cercata e perseguita nel rispetto:

— della soddisfazione degli operatori (fabbisogni individuali);

— del raggiungimento dell'efficienza aziendale (fabbisogni aziendali);

— che devono trovare entrambi risposta e congruità negli assetti organizzativi progettati in quanto il livello di performance dell'azienda è la sintesi delle scelte dei vertici in funzione di condizioni ambientali e condizioni organizzative interne.

Due considerazioni sono a questo punto necessarie:

1) l'implementazione di soluzioni organizzative (aspetti di macro e micro struttura) che soddisfino le esigenze dei professionisti sanitari non medici è fortemente legata alla possibilità che tali assetti siano la concretizzazione di un reale cambiamento nella cultura e nella gestione delle aziende sanitarie da parte dall'alta dirigenza.

Se non si risponde a tale presupposto, sulla base del quale costruire struttura e regole organizzative, non si realizza il principio della «coerenza

interna» dell'azienda, nonché l'integrazione tra le diverse professionalità che la compongono. In tale contesto la soluzione organizzativa migliore per questi operatori (ma il principio è valido per tutti) è quella che consente loro di essere più visibili all'interno dell'Ospedale/USL e di avere sempre maggior peso ed influenza nelle decisioni aziendali (ad esempio ipotesi del Servizio Infermieristico o Servizio per le Professioni Sanitarie come terza direzione). Ciò significa, di fatto, disattendere le spinte al cambiamento propuginate dalla legge di riforma del Servizio Sanitario, non ragionare secondo logiche manageriali e di orientamento all'utente, ma cercare esclusivamente di soddisfare aspettative e interessi di gruppo in un ottica di rivendicazione professionale.

Se invece la volontà di attuare il cambiamento in sanità è tale da superare le vecchie logiche gestionali e di potere consolidato, tutte le soluzioni organizzative sopracitate identificano il dirigente non medico come un ruolo attivo con facoltà decisionale, propulsore di innovazioni in campo manageriale, con spazi di manovra rilevanti che soddisfano appieno i suoi fabbisogni individuali. In questo contesto egli non è un esecutore acritico di processi di lavoro, ma interprete delle strategie aziendali con la possibilità di incidere sui risultati o di gestire risorse in virtù di competenze, posizione, e professionalità riconosciuta nel sistema organizzativo a cui appartiene;

2) se la soddisfazione delle aspirazioni individuali è un fattore fondamentale nella scelta degli assetti organizzativi delle aziende, anche la ricerca della migliore efficienza interna rispetto alle condizioni ambientali e alle condizioni che governano i processi di lavoro sono elementi critici a cui dare una risposta in sede progettuale.

Cercare le condizioni affinché si possano soddisfare tali fabbisogni si-

gnifica delineare struttura organizzativa e meccanismi operativi che siano consoni con l'esigenza di efficienza di ogni USL ed Ospedale, intesa come la «necessaria coerenza tra risorse impiegate nei processi di lavoro e risultati ottenuti».

Con riferimento al punto precedentemente ricordato se le aziende sanitarie continuano a gestire la sanità secondo criteri tradizionali, non tutti i modelli organizzativi descritti garantiscono una uguale motivazione del personale. Da ciò ne consegue che bisognerà identificare di volta in volta la macro (e la micro) struttura del Servizio in grado di coniugare i diversi fabbisogni organizzativi. Al contrario, se si riconosce una dimensione manageriale nella gestione delle realtà sanitarie, a parità di soddisfazione degli operatori, bisognerà scegliere quel modello organizzativo che meglio permette di raggiungere l'efficienza aziendale rispondendo anche alle sollecitazioni provenienti dall'ambiente circostante.

Naturalmente perseguire l'efficienza ponendo attenzione alle caratteristiche dell'ambiente e delle combinazioni produttive significa superare le soluzioni parziali per cercare soluzioni globali. Tali soluzioni, infatti, oltre a prevedere risposte esaurienti alle esigenze degli operatori, devono essere in grado di conciliare condizioni organizzative, anche differenti, per rappresentare le peculiarità e specificità dei diversi organi che compongono l'azienda sanitaria, le loro finalità e la possibilità di fronteggiare le variabili critiche dell'ambiente, nel rispetto dell'unico fine dell'Ospedale e/o USL.

Infatti le teorie ed i modelli organizzativi tendono a trattare separatamente i problemi derivanti dall'analisi dell'ambiente e della strategia da quelli derivanti dall'analisi delle variabili individuali e sociali. Ciò significa considerare i problemi di progettazione della struttura organizzativa e dei sistemi

operativi in modo disgiunto e sequenziale: la struttura è progettata in funzione delle variabili ambientali, strategiche, tecniche e successivamente posizioni e ruoli devono essere ricoperti con persone adatte a svolgere determinati compiti previsti dalla struttura grazie ad adeguati meccanismi operativi (es. gestione del personale, tra cui incentivazione, selezione, programmazione del lavoro, ecc...).

Tale visione significa far prendere coscienza agli operatori, in questo caso il personale sanitario non medico, che sono parte di una realtà più ampia e che le loro finalità, obiettivi, soddisfazioni sono da cercare e conseguire in un contesto di azienda formata da più parti e soggetta a numerose spinte, pressioni e richieste.

È convinzione di chi scrive, comunque, che la naturale evoluzione delle organizzazioni sanitarie in contesti con managerialità diffusa spinge le aziende ad adottare soluzioni organizzative dove il Servizio è un organo di linea, e soprattutto di linea alla Direzione Sanitaria (ipotesi D). Ciò consente di rispettare l'autonomia della funzione infermieristica, tecnico sanitaria, ecc..., che si realizza grazie ad una responsabilità su risultati assistenziali e sulla direzione di personale, e di sottolineare il ruolo del Direttore Sanitario, coordinatore di tutti i processi sanitari dell'azienda, in un'ottica di integrazione e complementarietà delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Ricerca l'equilibrio nelle risposte a quei fattori che rientrano nei fabbisogni organizzativi volti alla ricerca dell'efficienza aziendale, significa quindi valutare:

- le dimensioni dell'azienda;
- i flussi di interdipendenza delle attività svolte per l'espletamento delle funzioni aziendali e del Servizio;
- le strategie/politiche aziendali e criticità attribuita alle diverse funzioni (29);

— le competenze manageriali presenti a livello di dirigenti Infermieri/PSNM e di tutta l'azienda;

— la cultura organizzativa diffusa in USL ed Ospedali;

— i costi connessi al funzionamento del modello in rapporto alla complessità delle attività governate;

— il grado di autonomia professionale conseguita dagli operatori dei diversi gruppi e il riconoscimento dello sviluppo professionale da parte degli appartenenti ad altri profili, in particolare dei medici.

La ricerca, quindi, della soddisfazione personale degli operatori unitamente al conseguimento dell'efficienza aziendale richiede uno sviluppo verticale ed orizzontale della professionalità (30) di infermieri, tecnici sanitari, ostetriche, ecc... tale da presidiare tutte le posizioni che ne emergono, siano queste spinte sul versante prettamente specialistico o sul versante prettamente manageriale. Significa, inoltre, cercare e sperimentare tutte le soluzioni intermedie innovative (31) che coniugano entrambi gli aspetti se utili per il perseguimento delle finalità e strategie dell'azienda sanitaria. Ne consegue che applicare ad USL e Ospedali modelli organizzativi preconstituiti non è la soluzione migliore per valorizzare le competenze ed il peso «organizzativo» dei diversi gruppi professionali, ma soprattutto dimostra la poca lungimiranza, la poca conoscenza manageriale la scarsa attitudine alla dirigenza di coloro che propugnano tale possibilità e che non si dimostrano in grado di interpretare cosa chiede loro l'azienda e come meglio conseguirlo nel rispetto di un contesto di cui sono parte integrante.

(1) In questo scritto si fa riferimento alla funzione manageriale riconosciuta e svolta da tutte le professioni sanitarie non mediche e al ruolo della loro dirigenza nella struttura organizzativa dell'Ospedale/USL. Per tanto le di-

verse soluzioni organizzative di seguito identificate si riferiscono al Servizio Infermieristico, qualora si perseguisse la strada della sola dirigenza infermieristica, o ad un Servizio per tutte le Professioni Sanitarie non Mediche (qui indicato con la tale dicitura), qualora si optasse per un organo pluriprofessionale.

(2) Articolo 3, D.L.vo n. 517/93, punto 6.

(3) Con riferimento ai criteri di progettazione organizzativa si vedano i capitoli 20, 21, 22 di Airoidi, Brunetti, Coda 1989.

(4) Su questo argomento si veda Zangrandi, 1993.

(5) Si veda C. Masini 1979.

(6) Su questo argomento si veda Elio Boronovi 1989.

(7) A seguito della crescente complessità delle organizzazioni sanitarie e della crescente rilevanza dell'economicità nella gestione, gli operatori sanitari devono essere responsabilizzati non solo su aspetti tecnici relativi al loro specifico professionale, ma anche sul perseguimento dell'equilibrio dei valori dell'azienda, risultato che dipende anche dalla loro responsabilizzazione economica.

(8) Con tale termine si suole identificare gli operatori che, alla base dell'organizzazione, svolgono l'attività fondamentale per l'ottenimento dei prodotti e per la fornitura dei servizi. Gli altri livelli presenti nell'organizzazione sono: il vertice strategico, la linea intermedia. A tal fine si rimanda all'analisi del modello di burocrazia professionale proposto da H. Mintzberg, 1985.

(9) A tale proposito si veda il saggio «Un modello professionale per l'assistenza infermieristica» di E. Boronovi tratto da *Dirigere i Servizi Infermieristici*, a cura di A. Massei, CUSL Edizioni, 1989.

(10) In questa sede il termine Ufficio connota un'unità organizzativa priva di autonomia, attribuita invece, seppure con gradi differenti nelle diverse realtà al Servizio.

(11) «... Per autonomia s'intende l'ampiezza delle fasi decisionali pertinenti all'insieme dei compiti svolti. Nei sistemi organizzativi non si ha piena autonomia per ciascuna mansione: il lavoro organizzato si svolge in condizioni di interdipendenza stretta e, quindi, in condizioni di autonomia ridotta per tutti gli operatori. In concreto, tuttavia, il concetto di autonomia designa la misura in cui sono presenti, accanto a compiti di esecuzione, compiti di programmazione e controllo, nell'ambito dei vincoli di discrezionalità tecnica, o anche la presenza di compiti con ampia discrezionalità tecnica». A. Ruggiadini 1979, pag 254.

(12) «Secondo la concezione tradizionale gli organi di staff studiano un problema e suggeriscono all'organo gerarchico da cui dipen-

dono le soluzioni da adottare. È l'organo gerarchico che, se ritiene accettabile le soluzioni proposte dallo staff, le sanziona formalmente con la sua autorità impartendo alle unità operative e alle persone sottostanti gli ordini e le istruzioni necessarie per l'esecuzione. Gli specialisti intervengono per spiegare al personale come attuare gli ordini stessi e fornire l'assistenza tecnica necessaria. Questa soluzione appesantisce notevolmente la procedura. Infatti il più delle volte l'organo gerarchico non possiede la competenza indispensabile per valutare la proposta dello staff: la sua approvazione ha quindi solo un valore formale e non entra nel merito. È molto più semplice allora ammettere che l'organo di staff, dopo aver elaborato i piani di azione abbia l'autorità di tradurli in atto per mezzo di ordini e istruzioni con efficacia vincolante». Cfr. A. Zerilli 1994.

(13) Pur nell'assoluta convinzione e dimostrabilità che l'infermiere è un «professionista», ossia dispone di una specifica conoscenza e preparazione teorica (di cui i non professionisti non dispongono o dispongono in grado più limitato) nel valutare i bisogni reali e le risposte appropriate, la relazione attuale tra la categoria medica, la categoria infermieristica, la categoria dei tecnici sanitari è di «primazia» della prima sulla seconda e terza, in quanto professione che, in linea di principio, ne include altre.

L'evoluzione della disciplina infermieristica e tecnico sanitaria ed il riconoscimento di ciò in termini di percorsi formativi possono spezzare tale rapporto di primariato nella misura in cui si rendono maggiormente evidenti le conoscenze distintive che caratterizzano il professionista infermiere, ostetrico e tecnico sanitario e si differenzia ulteriormente la loro pratica da quella medica. Si veda Jacques, opera citata.

(14) A tale proposito bisogna però ricordare che alcune realtà pilota già negli anni '80 — ad esempio Regione Toscana — hanno sperimentato modelli organizzativi volti ad attribuire maggior responsabilità alla funzione infermieristica, costituendo, appunto, il Servizio Infermieristico, il cui responsabile partecipava all'Ufficio di Direzione. Nonostante questo riconoscimento tale soluzione non ha portato reali vantaggi organizzativi a causa di una errata concezione delle funzioni del Servizio stesso, nonché per l'inadeguata preparazione manageriale delle figure responsabili.

(15) Con tale definizione si intende che il Direttore Sanitario avendo un ruolo di «direzione dei servizi sanitari per quanto attiene al profilo organizzativo ed igienico-sanitario ...» (articolo 3, D.L.vo n. 502) è responsabile delle scelte in ordine all'andamento della gestione dei processi sanitari e di indirizzare e condurre

l'azienda ai livelli di efficacia, efficienza ed economicità identificati e richiesti dal Direttore Generale in funzione della «mission» dell'Ospedale/USL (mission aziendale).

(16) Si ricordano, molto brevemente, i tre momenti del processo di finanziamento del SSN:

a) il F.S.N viene finanziato con i canali tradizionali, i contributi dei lavoratori, i ticket nazionali e attraverso il Bilancio dello Stato;

b) il riparto del F.S.N ai F.S.R avviene in base alla quota capitaria moltiplicata per il numero dei residenti di ogni Regione, valutando (...);

c) il riparto dei F.S.R secondo meccanismi regionali secondo quanto stabilito dall'articolo 2 del D.L.vo n. 502 «... i criteri di finanziamento ... rientano nelle competenze delle Regioni» e precisamente:

— le aziende ospedaliere: esse devono ricevere una quota del F.S.R che copra una percentuale dei costi delle prestazioni che l'azienda è in grado di erogare. I rimanenti costi devono essere coperti dall'azienda ospedaliera stessa grazie alle tariffe per prestazione che verranno definite a livello nazionale;

— le USL: per queste aziende sono previsti quattro criteri alternativi:

1) finanziamento in base alla spesa storica;

2) finanziamenti in base ai livelli di attività;

3) finanziamenti in base alla quota capitaria;

4) finanziamento in base ad un modello misto, intermedio tra le istanze precedenti.

Per una maggiore analisi si veda «Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L.vo n. 502/92» di M. Del Vecchio e F. Longo 1993.

(17) Il termine servizio così scritto (S maiuscola) non deve essere confuso con il Servizio quale unità organizzative di primo livello.

(18) Per un maggior approfondimento dell'argomento si veda Airoidi, 1980.

(19) A tale proposito si veda la matrice della progettazione organizzativa di Airoidi, Brunetti, Coda in «Lezioni di Economia Aziendale», pag. 472.

(20) A tale proposito, però, è opportuno ricordare che seconda taluni autori l'autonomia professionale attribuita ai diversi gruppi limita la possibilità di ricorrere a figure dirigenziali non membri del gruppo stesso. Si veda per esempio E. Jaques «Il Servizio Sanitario» ETAS Libri, 1981 pag. 79: «Chiaramente più un gruppo (...) professionale si sviluppa, più è difficile ad un non membro, per quanto possa disporre di capacità generica, assolvere in modo adeguato a queste funzioni direttive».

Esistono tuttavia alcune realtà sanitarie che smentiscono questo principio di attribuzione di ruoli direttivi secondo la specificità professionale. Ciò può trovare giustificazione nella forte capacità del dirigente di presidiare i processi organizzativi, più ancora delle specificità professionali.

(21) A tal proposito si veda quanto scritto nel precedente paragrafo 2 nel testo e nella nota 6.

(22) Con il termine accentrato si definisce la condizione in cui i livelli della gerarchia di una organizzazione detengono l'autorità di prendere la maggior parte delle decisioni; per decentramento (o delega) si intende la condizione in cui l'autorità di prendere decisioni specifiche e determinate è devoluta a unità componenti o livelli gerarchici più bassi.

(23) «I vantaggi dell'accentrato sono così riassumibili:

1) facilita il coordinamento delle attività gestionali da parte della direzione e consente un migliore apprezzamento della coerenza delle varie politiche;

2) facilita l'ottimizzazione della gestione evitando sub-ottimizzazioni;

3) consente una riduzione dei costi di struttura dovuti a costi di supervisione, evitando duplicazioni di specializzazione e consentendo maggiori sinergie fra le varie unità;

4) consente, in condizioni critiche, di concentrare potere, autorità, prestigio nelle posizioni chiave e di reagire con modalità più rapide e coordinate.

I vantaggi del decentramento, invece, sono:

1) consente di ridurre il sovraccarico decisionale che si verifica per l'alta direzione;

2) consente flessibilità e risposte rapide ad esigenze di cambiamento a livello operativo, dato che le decisioni non eccezionali non devono essere sottoposte a superiore approvazione;

3) consente di prendere decisioni nei punti in cui la conoscenza dei problemi è più diretta ed immediata;

4) può consentire controlli più efficaci ed una precisa misura dei risultati delle varie attività dal momento che le unità componenti sono responsabili delle proprie operazioni e quindi le sfere di responsabilità sono più chiare e definite;

5) consente una migliore motivazione e un maggior coinvolgimento dei dirigenti», in G. Bernardi-C. Sordi 1979.

(24) Secondo quanto riportato in manuali di organizzazione del lavoro i compiti e le funzioni del Direttore Tecnico della Produzione (Direzione dei Servizi Tecnici) sono così descritte: «... Al Direttore dei Servizi tecnici sono affidati i servizi produttivi dell'azienda, i servizi di manutenzione degli impianti ed ausiliari, il controllo e la custodia delle materie prime, del-

le scorte e la loro utilizzazione. Egli è quindi responsabile dei beni aziendali investiti nella produzione, degli immobili, degli impianti, delle macchine nonché del personale destinato alla produzione ed ai servizi di manutenzione, che dovrà coordinare e dirigere nei modi più adatti per conseguire i migliori risultati qualitativi e quantitativi della produzione, la massima efficienza dei mezzi ed i minimi costi. Gli sono pertanto affidate le seguenti mansioni direttive:

— stabilire, nell'ambito degli impianti e dei mezzi a disposizione, i metodi e gli schemi generali di lavorazione degli articoli di normale produzione, modificandoli quando le circostanze lo richiedono onde ottenere la massima produttività;

— predisporre i piani generali di manutenzione degli impianti affidatigli, coordinandoli nell'ambito delle esigenze produttive complessive;

— disporre schemi generali di funzionamento dei servizi ausiliari, in armonia con le esigenze produttive dell'azienda;

— proporre al Consiglio di amministrazione i movimenti del personale addetto ai Servizi Tecnici necessari per una più efficiente utilizzazione dello stesso e dei mezzi disponibili;

— stabilire piani di addestramento del personale addetto ai Servizi Tecnici per migliorarne l'efficienza (...).

Gli sono inoltre affidate le seguenti mansioni di controllo:

— controlli qualitativi e di rendimento della produzione;

— controlli dello stato di efficienza delle attrezzature;

— controlli quali-quantitativi delle materie prime e delle scorte acquistate e della loro rispondenza tecnica;

— controlli sull'addestramento, sulla disciplina e sul grado di efficienza del personale del Servizio.

(25) Di norma l'autorità funzionale viene conferita ad un organo limitatamente ai settori specifici di decisione in cui esso ha una riconosciuta competenza tecnica di cui nessun altro dispone nell'ambito della struttura.

(26) Con il termine status scalare ci si riferisce al livello occupato dal singolo nella gerarchia, mentre con il termine status funzionale ci si riferisce alla funzione o attività da questi svolta.

(27) Cfr. H. Mintzberg 1985, pag 105.

(28) La reingegnerizzazione dei processi aziendali è una metodologia che consente di riprogettare completamente i processi nell'ambito delle organizzazioni, al fine di conseguire un sostanziale miglioramento nelle prestazioni. A riguardo si vedano U. Racheli e V. Perrone 1995, A. Bellucci, A. De Maio, R. Mutti 1993.

(29) Per esempio se il processo di controllo della qualità è ritenuto dall'azienda essenziale per il conseguimento dei suoi obiettivi il relativo organo può essere alle dirette dipendenze della Direzione Generale; se invece è ritenuto importante ma non al punto di influenzare direttamente il conseguimento di obiettivi aziendali primari, può essere inserito nella struttura ad un livello più basso.

(30) A tale proposito si veda Vaccani 1989.

(31) A tale proposito si veda Massei 1989.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *L'Azienda Sanità*, Regione Emilia-Romagna, Franco Angeli, 1988.
- AIROLDI G., *I sistemi operativi*, Giuffrè, 1980.
- AIROLDI, CODA, BRUNETTI, *Lezioni di Economia Aziendale*, Il Mulino, 1989.
- BELLUCCI A., DE MAIO A., MUTTI R., *Organizzare per processi*, in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 136, marzo-aprile 1993.
- BERNARDI G., SORDI C., *Come progettare la struttura aziendale*, ETAS Libri, 1979.
- BORGONOV E., *Gestione Aziendale per la Sanità*, tratto da *Azienda Pubblica 1/89*, Giuffrè Editore, Milano.
- BORGONOV E., *Un modello professionale per l'assistenza infermieristica*, tratto da *Dirigere i Servizi Infermieristici*, a cura di A. Massei, CUSL Edizioni, 1989.
- Decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93.
- DEL VECCHIO M., LONGO F., *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.L 502/92*, *Mecosan* n. 6, aprile-giugno 1993.
- JACQUES E., *Il Servizio Sanitario*, ETAS Libri, 1978.
- MASINI C., *Lavoro e Risparmio*, UTET, 1979.
- MASSEI A., *Il sistema infermieristico: un contributo per la presentazione di un sistema di ruoli*, tratto da *Dirigere i Servizi Infermieristici*, a cura di A. Massei, CUSL Edizioni, 1989.
- MINTZBERG H., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, 1985.
- RACHELI U., PERRONE V., *Reingegnerizzazione dei processi aziendali. Metodi, linguaggi e modelli*, tratto da *Economia & Management*, n. 1, gennaio 1995, ETAS Libri.
- RUGIADINI A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè Editore, 1979.
- VACCANI R., *Un modello di analisi della professionalità*, tratto da *Dirigere i Servizi Infermieristici*, a cura di A. Massei, CUSL Edizioni, 1989.
- ZANGRANDI A., *Quale ruolo per le Regioni?* tratto da *Mecosan* n. 7, luglio-settembre 1993.
- ZERILLI A., *La struttura organizzativa*, Franco Angeli, 1994.

# MANAGEMENT IN SANITÀ: CONOSCENZE, ATTITUDINI E BISOGNI FORMATIVI DEI MEDICI ITALIANI

Gualtiero Ricciardi<sup>1</sup>, Italo Francesco Angelillo<sup>2</sup>, Nicola Nante<sup>3</sup>, Roberto Gasparini<sup>3</sup>, Maria De Giusti<sup>4</sup>, Elisabetta De Vito<sup>1</sup>, Maria Pavia<sup>2</sup>, Vincenzo Renzini<sup>4</sup>, Paolo Villari<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Cattedra di igiene, Dipartimento di scienze sociali, Università degli Studi di Cassino

<sup>2</sup> Cattedra di igiene, Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università degli Studi di Reggio Calabria

<sup>3</sup> Istituto di igiene, Università degli Studi di Siena

<sup>4</sup> Cattedra di igiene, Dipartimento di medicina sperimentale e patologia, Università degli Studi di Roma La Sapienza

<sup>5</sup> Istituto di igiene, Università degli Studi di Napoli Federico II

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Materiali e metodi - 3. Risultati - 4. Discussione.

*Health systems are facing demographic and epidemiological modifications and continuous growth in health services costs in most of industrialized countries.*

*Some of these countries are introducing reforms aimed at improving effectiveness and efficiency of services increasing competition between providers or focusing on the improvement of management efficiency.*

*Doctors are often bewildered and unprepared to such changes.*

*A multicentric survey was set up to assess knowledges and attitude of Italian doctors towards health services management.*

*The survey was carried out by postal administration of a questionnaire organized in six sections.*

*Questionnaire was sent to 1800 doctors randomly sampled from College of Physicians lists of eight Provinces in five Regions in North, Middle and Southern Italy.*

*883 doctors responded to the questionnaires.*

*73% of them answered to have bad knowledge about management techniques, but 58% thought this knowledge could be useful for their work and future career and showed a very high interest in being trained in management.*

*Knowledges about Health economics, financial and human resources management techniques showed similar percentages.*

*78% of responders judged doctor's role in Italian health system being inadequate.*

*Most of Italian doctors think that health services should be managed by doctors trained in management, rather than by ordinary managers.*

## 1. Introduzione

I sistemi sanitari della maggior parte dei Paesi industrializzati sono alle prese con problemi legati alle mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche ed alla continua crescita dei costi.

A queste esigenze si è cercato di rispondere avviando processi di riforma che, pur con peculiari caratteristiche nei singoli Paesi, hanno in comune il tentativo di rendere i servizi sanitari più rispondenti ai bisogni delle popolazioni servite e di razionalizzare l'uso delle risorse, migliorando l'efficienza gestionale e ponendo le strutture erogatrici di servizi sanitari in competizione tra loro (Dixon, 1993; Fitzge-

rald *et al.*, 1992, Angelillo *et al.*, 1996).

Queste innovazioni hanno posto l'accento sull'importanza di un'attenta gestione delle risorse umane e finanziarie ed hanno acceso un intenso dibattito tra i fautori di una ferrea «gestione manageriale» dei servizi sanitari, che limiti la «discrezionalità» con cui i medici tradizionalmente svolgono il loro lavoro e coloro che sostengono «l'autonomia professionale» della classe medica, indipendente da ogni considerazione di carattere economico-finanziario (Duran Arenas *et al.*, 1992; Hunter, 1992; O'Connor *et al.*, 1992).

L'analisi comparata dell'andamen-

to e dei risultati delle riforme sanitarie nei Paesi che già da diversi anni hanno superato questa fase «polemica» suggerisce che il futuro dei sistemi evoluti volgerà probabilmente verso una direzione a metà tra le due opzioni precedenti, con la partecipazione sempre più intensa dei medici alla gestione dei servizi sanitari, naturalmente dopo adeguati percorsi formativi che li dotino degli strumenti e delle tecniche di management necessari (Sutherst *et al.*, 1994).

In Italia, il processo di revisione degli assetti organizzativi e funzionali dei servizi sanitari e di ridefinizione delle modalità di finanziamento delle strutture del Servizio sanitario nazionale è appena iniziato ed è parso pertanto utile ed interessante svolgere

un'indagine multicentrica sulle conoscenze, le attitudini e le opinioni di un campione di medici italiani in tema di gestione manageriale dei servizi sanitari e sulle relative esigenze di formazione professionale.

## 2. Materiali e metodi

Per lo svolgimento dell'indagine è stato eseguito un campionamento random di 1800 medici dagli Albi degli iscritti agli Ordini professionali delle Province di Savona, Siena, Roma, Frosinone, Napoli, Reggio Calabria, Cosenza, Catanzaro.

Per ogni Provincia sono stati reclutati 150 medici iscritti all'Ordine nel 1980 e 150 medici iscritti nel 1990. Per le Province di Savona, Siena e Frosinone, la cui quota annuale di iscritti è inferiore alle 150 unità, il numero prefissato di medici è stato raggiunto reclutando gli iscritti ai rispettivi ordini negli anni vicini al 1980 e 1990. Per la Regione Calabria il campionamento è stato invece effettuato dall'universo degli iscritti agli ordini delle tre province.

A ciascun medico è stato inviato un questionario anonimo a domande chiuse e semiaperte, con busta preaffrancata per la risposta.

Il questionario è stato articolato nelle seguenti sezioni (figura 1):

- 1) dati anagrafici e professionali;
- 2) domande sulla conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale;
- 3) domande sulla conoscenza delle tecniche di gestione manageriale;
- 4) domande sulla conoscenza dell'economia sanitaria e delle tecniche di gestione finanziaria;
- 5) domande sulla conoscenza delle tecniche di gestione del personale;
- 6) domande sulle modalità di formazione dei medici nel management in sanità;

**Figura 1**

Questionario anonimo	
Sesso:	M    F
Anno di nascita:	
Anno di laurea:	
Specializzazione/i:	
Posizione professionale:	
<p>1. <i>Conoscenza del servizio sanitario nazionale</i></p> <p>1.1. Il suo livello di conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo</p> <p>1.2. Per lo svolgimento della sua professione questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna importanza <input type="checkbox"/> di modesta importanza <input type="checkbox"/> importante <input type="checkbox"/> molto importante</p> <p>1.3. Per lo sviluppo della sua carriera questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna utilità <input type="checkbox"/> di modesta utilità <input type="checkbox"/> utile <input type="checkbox"/> molto utile</p> <p>1.4. Il bisogno che avverte di formazione ed aggiornamento in questo settore è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> modesto <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> molto intenso</p> <p>2. <i>Conoscenza delle tecniche di gestione manageriale</i></p> <p>2.1. Il suo livello di conoscenza delle tecniche di gestione manageriale in sanità (es.: budget, contabilità per centri di costo, case-mix, etc.) è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo</p> <p>2.2. Per lo svolgimento della sua professione questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna importanza <input type="checkbox"/> di modesta importanza <input type="checkbox"/> importante <input type="checkbox"/> molto importante</p> <p>2.3. Per lo sviluppo della sua carriera questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna utilità <input type="checkbox"/> di modesta utilità <input type="checkbox"/> utile <input type="checkbox"/> molto utile</p> <p>2.4. Il bisogno che avverte di formazione ed aggiornamento in questo settore è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> modesto <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> molto intenso</p> <p>3. <i>Conoscenza dell'economia sanitaria e delle tecniche di gestione finanziaria</i></p> <p>3.1. Il suo livello di conoscenza dell'economia sanitaria e delle tecniche di gestione finanziaria in sanità (es.: analisi costo-efficacia, analisi costi-benefici, lettura ed elaborazione di bilanci etc.) è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo</p> <p>3.2. Per lo svolgimento della sua professione questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna importanza <input type="checkbox"/> di modesta importanza <input type="checkbox"/> importante <input type="checkbox"/> molto importante</p> <p>3.3. Per lo sviluppo della sua carriera questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna utilità <input type="checkbox"/> di modesta utilità <input type="checkbox"/> utile <input type="checkbox"/> molto utile</p>	
<p>3.4. Il bisogno che avverte di formazione ed aggiornamento in questo settore è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> modesto <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> molto intenso</p> <p>4. <i>Conoscenza delle tecniche di gestione del personale</i></p> <p>4.1. Il suo livello di conoscenza delle tecniche di gestione del personale in sanità (es.: inserimento, incentivazione, motivazione, sanzionamento, aggregazione etc.) è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo</p> <p>4.2. Per lo svolgimento della sua professione questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna importanza <input type="checkbox"/> di modesta importanza <input type="checkbox"/> importante <input type="checkbox"/> molto importante</p> <p>4.3. Per lo sviluppo della sua carriera questa conoscenza è:</p> <p><input type="checkbox"/> di nessuna utilità <input type="checkbox"/> di modesta utilità <input type="checkbox"/> utile <input type="checkbox"/> molto utile</p> <p>4.4. Il bisogno che avverte di formazione ed aggiornamento in questo settore è:</p> <p><input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/> modesto <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> molto intenso</p> <p>5. <i>Opinione sulle modalità di formazione e/o perfezionamento del medico in tema di managerialità in sanità</i></p> <p>5.1. Ritiene che il modo migliore per formare e/o perfezionare i medici sul tema del management in sanità sia:</p> <p><input type="checkbox"/> corsi intensivi a tempo pieno per 1-3 mesi <input type="checkbox"/> corsi di una settimana al mese per 6-9 mesi <input type="checkbox"/> corsi di una settimana una volta l'anno <input type="checkbox"/> corsi di due/tre giorni una volta l'anno <input type="checkbox"/> corsi per corrispondenza <input type="checkbox"/> congressi <input type="checkbox"/> altro (specificare)</p> <p>5.2. Quale istituzione/organizzazione ritiene più idonea per l'organizzazione di questi corsi?</p> <p><input type="checkbox"/> Ministero della sanità <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Regione <input type="checkbox"/> Unità sanitaria locale <input type="checkbox"/> Ordine dei medici <input type="checkbox"/> organizzazioni private <input type="checkbox"/> altro (specificare)</p> <p>6. <i>Opinione sul ruolo del medico nella gestione manageriale della sanità</i></p> <p>6.1. Ritiene che attualmente il medico abbia nel nostro servizio sanitario nazionale un ruolo:</p> <p><input type="checkbox"/> adeguato <input type="checkbox"/> inadeguato <input type="checkbox"/> se inadeguato perché:</p> <p>6.2. Ritiene che la gestione dei servizi sanitari debba essere affidata a:</p> <p><input type="checkbox"/> managers provenienti dalla pubblica amministrazione <input type="checkbox"/> managers provenienti dall'industria privata <input type="checkbox"/> medici adeguatamente preparati nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari <input type="checkbox"/> altro (specificare)</p> <p>6.3. Ritiene che la formazione pre-laurea nel settore del management sanitario sia nel nostro paese:</p> <p><input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> ottima</p> <p>6.4. Ritiene che la formazione post-laurea, sempre nello stesso settore, sia:</p> <p><input type="checkbox"/> scarsa <input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buona <input type="checkbox"/> ottima</p>	

7) domande sul ruolo del medico nella gestione manageriale in sanità.

Dopo l'invio del questionario, è stato spedito un «remind» a distanza di un mese, per sollecitare coloro che non avessero risposto a fornire il loro contributo all'indagine.

Per valutare le differenze tra proporzioni è stato usato il test chi-quadrato.

L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando il software statistico Stata (1993).

### 3. Risultati

#### 1) Le caratteristiche dei responders

Hanno risposto al questionario 883 medici, con una partecipazione globale pari al 49% degli interpellati.

La percentuale più alta di responders si è avuta nella Provincia di Savona, con il 67%, mentre quella più bassa è stata registrata nella Provincia di Napoli (33%).

Percentuali intermedie si sono avute a Siena (57,3%), Frosinone (47,3%), Roma e nelle province calabre (44,7%).

Degli 883 medici che hanno risposto al questionario, 617 erano di sesso maschile (69,9%), 266 di sesso femminile (30,1%); il range di età dei responders è stato di 40 anni (min 28 anni-max 68 anni; età media 40 anni).

Di questi il 47,2% aveva conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia prima del 1981 ed il 52,8% negli anni 1981-1992 (tabella 1).

La distribuzione dei partecipanti secondo la posizione professionale è riportata in tabella 2.

#### 2) Le conoscenze, le attitudini ed i bisogni formativi dei responders

Per quanto riguarda le domande sulle conoscenze del Servizio sanitario nazionale, soltanto il 21% dei par-

tecipanti ritiene di avere conoscenze «scarse» in materia, mentre il 46% degli intervistati ritiene di avere conoscenze «sufficienti», il 29% «buone» ed il 3,4% «ottime».

Il 73,3% dei responders ritiene che tali conoscenze siano «importanti» o «molto importanti» per la professione ed il 67,8% le ritiene «utili» o «molto utili» per lo sviluppo della carriera.

Il bisogno di formazione in merito è «intenso» o «molto intenso» per il 60,6% degli intervistati (tabella 3).

Per quanto concerne il gruppo di domande riguardanti la conoscenza delle tecniche di gestione manageriale, ben il 73,7% degli intervistati ha ri-

sposto di avere conoscenze «scarse» sull'argomento.

Il 53,9% ritiene che tali conoscenze siano «importanti» o «molto importanti» per la professione, mentre il 36,6% gli attribuisce «modesta importanza» ed il 9,3% «nessuna importanza».

Il 58,1% ritiene poi che le conoscenze di tecniche di gestione manageriale siano «utili» o «molto utili» alla progressione di carriera, il 30% gli attribuisce «modesta utilità», l'11,7% le ritiene, infine, di «nessuna utilità».

Il bisogno di formazione avvertito in questo campo è «intenso» o «molto intenso» per il 48,8% degli intervista-

Tabella 1 - Composizione per sesso, data di nascita e data di laurea dei gruppi di medici responders

	Data di nascita		Data di laurea	
	M	F	M	F
<1950	62	21	2	
1951-1960	378	141	3	
1961-1970	175	106	6	1
1971-1980	2	—	296	109
1981-1990	—	—	277	133
>1990	—	—	33	23
	617	266	617	266

Tabella 2 - Distribuzione dei medici responders secondo la posizione professionale

Posizione professionale	N.	%
Vice-direttore sanitario.....	4	0,5
Primario ospedaliero.....	13	1,5
Aiuto ospedaliero.....	160	18,1
Assistente ospedaliero.....	92	10,4
Dirigente secondo livello territorio.....	6	0,7
Dirigente primo livello territorio.....	21	2,4
Medico di base.....	88	10
Pediatra di base.....	27	3,1
Medico di guardia medica.....	37	4,2
Specialista ambulatoriale esterno.....	55	6,2
Specializzando borsista.....	46	5,2
Ricercatore universitario.....	7	0,8
Libero professionista.....	205	23,2
Medico aziendale.....	2	0,2
Altro.....	77	8,7
Non indicata.....	43	4,2
<b>Totale.....</b>	<b>883</b>	<b>100</b>

ti, «modesto» per il 38,8%, «scarso» per il 12,1% (tabella 3).

Le conoscenze in tema di Economia sanitaria e tecniche di gestione finanziaria sono ritenute «scarse» dal 61,4% degli intervistati ed «importanti» o «molto importanti» per la professione dal 59,3% di essi. Il 58,2% le ritiene anche «utili» o «molto utili» per la carriera.

Il bisogno di formazione in merito è «intenso» o «molto intenso» per il 49,4% dei responders, «modesto» per il 35,3%, «scarso» per il 13,6% (tabella 3).

Per quanto riguarda il gruppo di domande sulla conoscenza delle tecniche di gestione del personale, il 59,6% dei medici intervistati dichiara di avere «scarse» conoscenze sull'argomento, mentre il 56,3% ritiene tali conoscenze «importanti» o «molto importanti» per la professione.

Il 56,3 % degli intervistati ritiene poi queste conoscenze «utili» o «molto utili» per lo sviluppo della carriera.

Il bisogno di formazione in questo settore è infine «intenso» o «molto intenso» per il 48,4% degli intervistati (tabella 3).

Per quanto attiene le opinioni degli intervistati sulle modalità con cui svolgere attività di formazione e/o perfezionamento in tema di management sanitario, la maggioranza relativa dei medici responders (34,6%) ritiene che il modo migliore sia organizzare corsi settimanali da tenersi una volta al mese per un periodo di 6-9 mesi.

Il 24,2% ritiene invece che siano sufficienti corsi di una settimana all'anno, il 15,2% corsi intensivi di 1-3 mesi, l'11,9% corsi di 2-3 giorni una volta l'anno (tabella 4).

L'istituzione a cui demandare la formazione è per il 30,1% degli intervistati l'Università, seguita dal Ministero della sanità con il 22,6%, dagli Ordini dei medici (13,1%), dalle Regioni (10,4%), dalle Aziende sanitarie locali (10,2%).

### 3) Il ruolo e la formazione del medico nel management sanitario

Alla domanda sull'adeguatezza del ruolo del medico nel nostro Servizio sanitario nazionale il 78,4% degli intervistati ha risposto che attualmente esso è inadeguato.

I pareri sulle ragioni di tale condizione sono molteplici, quelli più frequenti sostengono che il contributo

del medico nell'organizzazione sanitaria italiana è ignorato o sottovalutato e che il medico svolge solo una funzione marginale nella gestione e nell'organizzazione della sanità. Diffusa è anche la convinzione che l'esclusione derivi dalla scarsa preparazione e dallo scarso interesse dei medici per queste problematiche.

Alla domanda sulla figura professionale a cui affidare la gestione dei

**Tabella 3 - Risposte dei medici interpellati sulla conoscenza del Servizio sanitario nazionale, delle tecniche di gestione manageriale e del personale, sull'economia sanitaria e relativa importanza, utilità e bisogno formativo**

	Scarso (%)	Sufficiente (%)	Buono (%)	Elevato (%)
<i>Servizio sanitario nazionale</i>				
Conoscenza	21	46	29	3,4
Importanza	3,2	23,2	54,7	18,6
Utilità	9,9	22,1	48,8	19
Bisogno formativo	6,6	32,4	49,2	11,3
<i>Tecniche di gestione manageriale</i>				
Conoscenza	73,8	19,6	5,9	0,5
Importanza	9,3	36,6	43,4	10,5
Utilità	11,6	30	46,5	11,5
Bisogno formativo	12,1	38,8	39,6	9,2
<i>Economia sanitaria</i>				
Conoscenza	61,4	25,5	11,2	0,9
Importanza	8	32,5	47,7	11,6
Utilità	13,1	28,3	46,8	11,4
Bisogno formativo	13,6	35,3	40,3	9,1
<i>Tecniche di gestione del personale</i>				
Conoscenza	59,5	25	12,5	1,5
Importanza	14,8	27,3	43	13,2
Utilità	16,5	25,6	42,5	13,8
Bisogno formativo	17,9	32	38,7	9,6

**Tabella 4 - Modalità ritenute più idonee per la formazione dei medici in management sanitario**

Corsi intensivi a tempo pieno per 1-3 mesi.....	15,2%
Corsi di 1 settimana al mese per 6-9 mesi.....	34,6%
Corsi di 1 settimana una volta l'anno.....	24,3%
Corsi di 2-3 giorni una volta l'anno.....	11,9%
Corsi per corrispondenza.....	3,5%
Congressi.....	5,1%
Altro.....	5,4%
<b>Totale.....</b>	<b>100%</b>

servizi sanitari, l'80,7% dei medici intervistati ritiene che debba essere quella del medico adeguatamente preparato nella programmazione ed organizzazione sanitaria, mentre solo il 14,4% dei responders ritiene adatti a questo compito i managers, pubblici o privati (figura 2).

Infine dalle domande sulla qualità della formazione pre e post laurea in management sanitario emerge un pressoché totale accordo nel definirle «scarse» entrambe, quella pre laurea per il 95,6% degli intervistati e quella post laurea per il 91,8%.

#### 4) Le differenze tra le province studiate

È stata osservata una differenza statisticamente significativa tra le province in relazione ai bisogni formativi sul Servizio sanitario nazionale ( $\chi^2 = 27.74$ ;  $p < 0.001$ ) e sulle Tecniche di gestione del personale ( $\chi^2 = 11.35$ ;  $p = 0.045$ ). In entrambi i casi più elevati bisogni formativi sono percepiti in Calabria e, complessivamente, nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali. Relativamente ai bisogni di formazione in Economia Sanitaria e sulle tecniche manageriali non

sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra le diverse province.

La distribuzione delle risposte, consente di osservare che, in Calabria, la formazione nei diversi settori del management sanitario è ritenuta particolarmente importante. I medici di questa Regione sono infatti costantemente al primo posto nel manifestare la necessità di avviare adeguati programmi formativi in tutti i settori del management sanitario, in particolare, per quanto concerne la conoscenza del Servizio sanitario nazionale (78,4% degli intervistati).

È comunque da rilevare che, in tutte le Province studiate, l'esigenza di formazione su questo argomento è costantemente più elevata di quella avvertita per gli altri settori del management sanitario (range 51.2% Savona - 67% Napoli).

I bisogni di formazione in tali discipline sono avvertiti con intensità variabile di Provincia in Provincia.

In quella di Savona, i medici responders attribuiscono grande importanza alla formazione in Economia sanitaria (48,8%), seguita da quelle nelle tecniche di gestione del personale

(48,3%) e di gestione manageriale (45,3%).

I medici iscritti all'Ordine di Siena attribuiscono grande importanza alla formazione nel settore delle tecniche di gestione manageriale (48,3%), seguita da quella in Economia sanitaria (46,5%) e nelle tecniche di gestione del personale (41,9%).

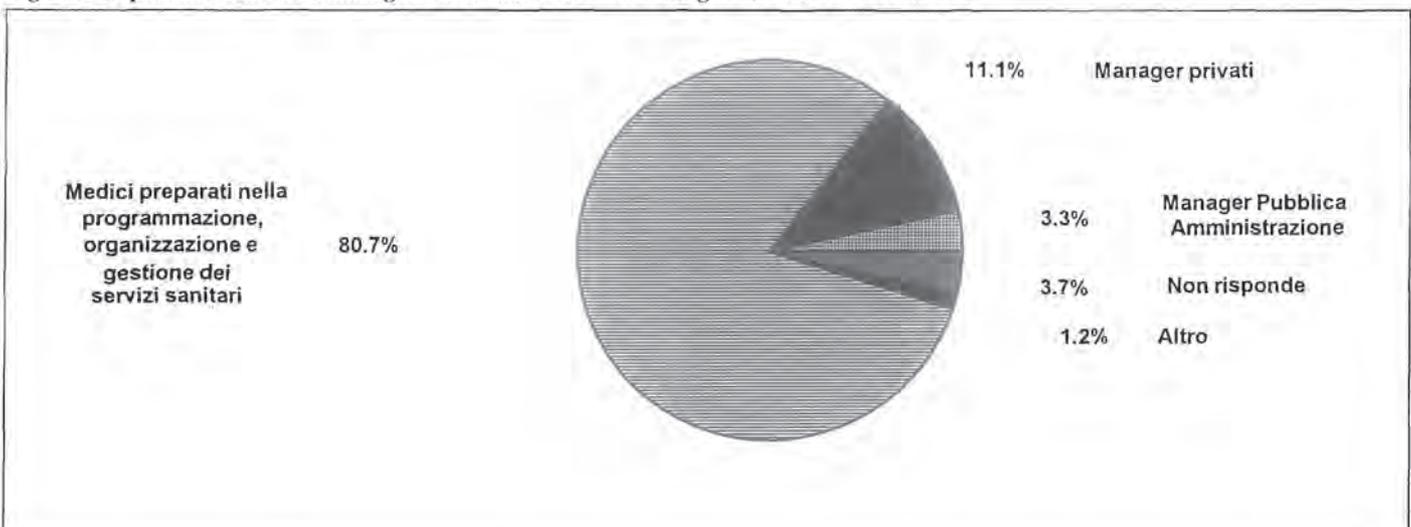
I medici della Capitale pongono al primo posto la formazione nel settore delle tecniche di gestione manageriale (48,5%), seguita da quella nelle tecniche di gestione del personale (44,8%) e da quella in Economia sanitaria (41,8%).

Nella Provincia di Frosinone il bisogno più intenso è per il settore della gestione del personale (52,1%), seguito dall'Economia sanitaria (48,6%) e dalle tecniche di gestione manageriale (46,5%).

A Napoli l'interesse più forte è per l'Economia sanitaria (52%), seguita dalle tecniche di gestione manageriale (48%) e da quelle di gestione del personale (45%).

Nella Province calabre, infine, l'esigenza di formazione più sentita è per l'Economia sanitaria (60,4%), seguita da quella nelle tecniche di gestione del

Figura 2 - Opinioni dei medici sulla figura a cui andrebbe affidata la gestione dei servizi sanitari



personale (59%) e di gestione manageriale (58,2%) (figura 3).

5) *Le differenze tra generazioni di medici e tra categorie professionali*

Per quanto concerne la distribuzione delle risposte secondo l'anno di laurea, non si osservano differenze significative tra i pareri degli iscritti all'Ordine nel 1980 e quelli iscritti nel 1990, fatta eccezione per la conoscenza del SSN e delle tecniche di gestione del personale. In entrambi i casi, infatti, i soggetti di maggiore anzianità riferiscono un maggiore grado di conoscenza ( $\chi^2 = 28.59; p < 0.001$  -  $\chi^2 = 11.14; p < 0.001$ ).

Per quanto attiene le risposte in funzione delle categorie professionali, i medici responders sono stati accorpati in tre gruppi:

- medici con rapporto di lavoro dipendente;
- medici con rapporto di lavoro convenzionato;
- liberi professionisti.

È stata evidenziata una differenza statisticamente significativa in relazione alla posizione professionale, sia per la conoscenza di tutti gli argomenti considerati che per i bisogni formativi.

In tutti i casi importanza maggiore per la professione e più elevati bisogni formativi sono stati riferiti dai medici dipendenti, seguiti generalmente dai convenzionati ed infine dai liberi professionisti.

Il trend è costante sia per quanto attiene le risposte sulla importanza per la professione che quelle riguardanti l'utilità per la carriera delle diverse discipline manageriali che i medici dipendenti considerano rilevanti in maniera costantemente superiore rispetto ai colleghi operanti con differenti rapporti di lavoro.

L'unica eccezione riguarda l'importanza attribuita alla conoscenza del

Servizio sanitario nazionale da parte dei medici convenzionati, più alta rispetto agli altri due gruppi.

Anche i bisogni di formazione sono avvertiti in maniera più accentuata dai medici dipendenti rispetto ai medici convenzionati ed ai liberi professioni-

sti. Questi ultimi mostrano un livello di interesse per la formazione costantemente inferiore rispetto alle altre due categorie ad eccezione della formazione nella gestione del personale in cui l'interesse minore è manifestato dai medici convenzionati (figura 4).

Figura 3 - Distribuzione percentuale delle esigenze formative dei medici, secondo la sede di provenienza

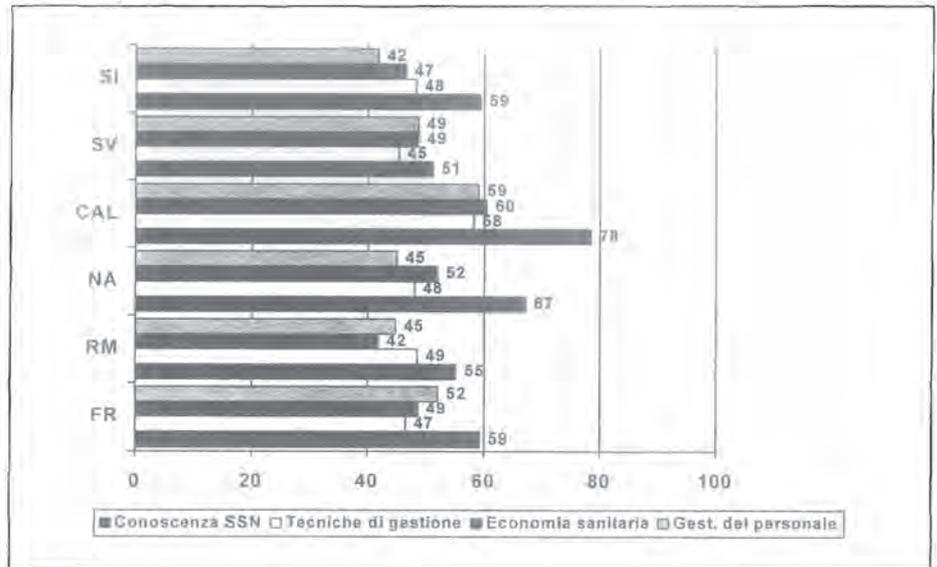
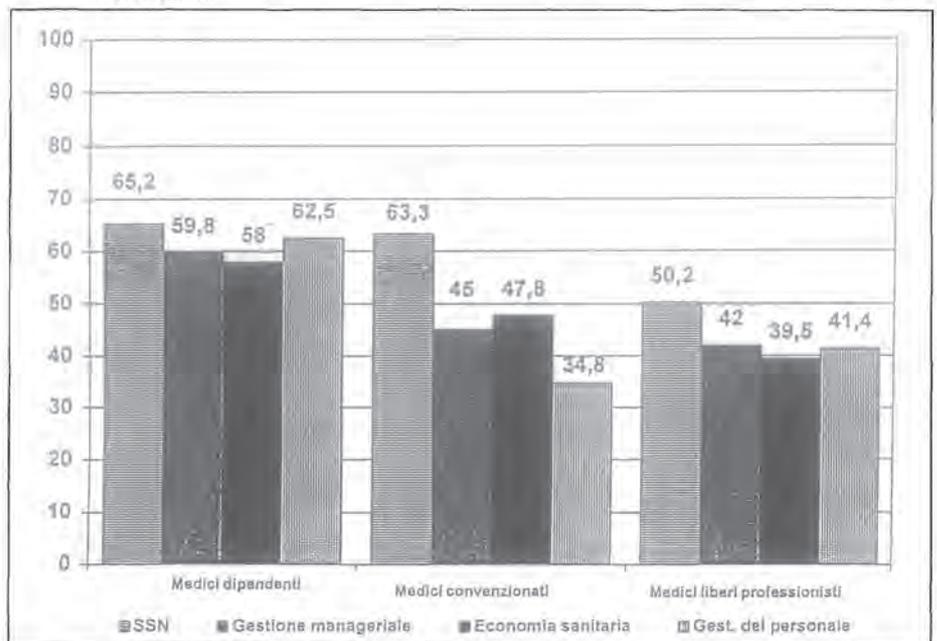


Figura 4 - Interesse per la formazione nei diversi settori del management per categoria professionale



#### 4. Discussione

Il campione di medici italiani che ha partecipato all'indagine, sebbene non possa essere considerato rappresentativo della situazione italiana, ha fornito indicazioni inequivocabili su una diffusa e riconosciuta inadeguatezza del livello di conoscenza nei diversi settori del management sanitario indagati.

Ad eccezione infatti del settore riguardante l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, che la maggior parte dei responders ritiene di conoscere in maniera adeguata, solo una minima percentuale dei medici italiani interpellati dichiara di avere sufficienti conoscenze sulle tecniche di gestione dei servizi e del personale e sull'Economia sanitaria.

Purtuttavia, queste discipline sono ritenute importanti per lo svolgimento della professione e per gli sviluppi di carriera dalla maggior parte dei professionisti che hanno risposto al questionario.

È evidentemente per questo che la maggior parte dei medici responders rappresenta l'esigenza di un'attività di formazione, specificamente studiata ed organizzata per gli operatori sanitari, la cui istituzione dovrebbe svolgersi sotto il coordinamento dell'Università e/o del Ministero della Sanità.

L'opinione prevalente tra i medici italiani è che, infatti, né nei corsi di laurea, né in quelli di specializzazione sia fornita al medico una preparazione adeguata per affrontare i molteplici problemi programmatici, organizzativi e gestionali connessi al funzionamento dei servizi sanitari, riguardo al quale gran parte dei professionisti ritiene che i medici svolgano un ruolo marginale ed inadeguato.

Più in particolare, i medici dipendenti, sia ospedalieri che territoriali, sono quelli che avvertono più intensamente la necessità di un'adeguata formazione nel management sanitario,

senza la quale giudicano più difficile lo svolgimento della professione e l'evoluzione della carriera.

Per quanto attiene poi le conoscenze sull'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, le risposte dei medici interpellati sono indice di una condizione di confusione e disorientamento per cui, nonostante il livello di conoscenza di base sostanzialmente soddisfacente, sussiste una fortissima ansia di comprendere e metabolizzare i numerosi cambiamenti organizzativi e funzionali introdotti in tempi relativamente rapidi dall'evoluzione del quadro legislativo.

Tutti i gruppi professionali di medici interpellati sono infatti concordi nel manifestare una esigenza di maggiore chiarezza nei meccanismi di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari del nostro Paese e di una maggiore partecipazione di medici, adeguatamente formati ed esperti, alla gestione del sistema.

Per quanto concerne le differenze geografiche nelle attitudini e nei bisogni formativi dei medici italiani, è possibile osservare che, pur essendoci un bisogno diffuso di formazione nei diversi settori del management, tale esigenza è particolarmente sentita nelle province meridionali del Paese.

Tale fenomeno è probabilmente da mettere in correlazione anche con la quasi totale assenza di attività di formazione manageriale per operatori sanitari nelle regioni del sud.

Un altro fenomeno da rilevare è l'atteggiamento di scetticismo nella capacità dei «managers» sia pubblici che privati, di gestire servizi così particolari e complessi come quelli sanitari, che la maggior parte degli interpellati ritiene possano essere meglio gestiti da medici adeguatamente preparati in management sanitario.

Sembra così prospettarsi, anche nel nostro Paese, il clima di sfiducia e conflittualità tra medici e «managers»

che ha caratterizzato l'introduzione della gestione manageriale nei sistemi sanitari dei principali Paesi europei che già da anni hanno cominciato ad affrontare il problema della riforma delle modalità organizzative e funzionali dei servizi sanitari.

#### BIBLIOGRAFIA

- ANGELILLO B., ANGELILLO I.F., RICCIARDI G., VILLARI P., *Il management sanitario nei suoi aspetti scientifici, pedagogici e professionali*, Relazione del 36° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Alghero-Sassari 28 settembre-1° ottobre 1994, *L'igiene moderna*, 1996; 105-621-765.
- DIXON M., *Doctors as managers*, *World Hospitals* 1993; 29: 3-5.
- DURAN ARENAS L., ASFURA M.B., MORA J.F., *The role of doctors as health care managers: an international perspective*, *Social Science Medicine* 1992; 35: 549-555.
- FITZGERALD L., STURT J., *Clinicians into management: on the change agenda or not?*, *Health Services Management Research*, 1992; 5: 137-146.
- FOX N., *Will my examiners ask me about management?*, *Journal of Management in Medicine* 1989; 4: 60-62.
- HUNTER D.J., *Doctors as managers: poachers turned gamekeepers?*, *Social Science Medicine* 1992; 35: 557-566.
- KING'S FUND. NHS, *Management perspectives for doctors*, King's Fund Publishing, London, 1985.
- O'CONNOR S.J., LANNING J.A., *The end of autonomy? Reflection on the postprofessional physician*, *Health Care Management Review* 1992; 17: 63-72.
- NELSON M.J., *Managing health professionals*, Chapman and Hall, London, 1989.
- PARKHOUSE J., ELLIN D.J., PARKHOUSE H.F., *The views of doctors on management and administration*, *Community Medicine* 1988; 10: 19-32.
- SCHIFRIN L.G. *Teaching Health Economics in Medical School: experiences and observation from the US*, *Journal of Management in Medicine* 1989; 4: 184-188.
- STATA CORPORATION, *Stata Reference Manual*, Release 3.1 (6th ed.). College Station, 1993.
- SUTHERST J., GLASCOTT V., *The doctor-manager*, Churchill Livingstone, London, 1994.

# LOGICHE DI PROGETTAZIONE DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE

di Renato Ruffini

SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I diversi livelli di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie - 3. La strutturazione degli organi di governo aziendale - 4. Il network dei servizi - 5. La struttura organizzativa di base - 6. Le relazioni interpersonali - 7. Lo sviluppo di un'organizzazione centrata sul cliente.

*This article deals with the design of organizational frameworks for newly developed LHM companies. Four specific design levels are pinpointed within the organizational framework: the design of the governing bodies of the companies; the design of service networks; the design of the core organizational structure; the design of support and orientation systems for inter-personnel relations. All possible design criteria for each different level are consequently analysed and developed in order to select the best paths to be pursued.*

## 1. Introduzione

Una delle caratteristiche più immediate ed evidenti dell'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali in seguito alla legge di riordino del servizio sanitario nazionale è la creazione di nuove entità organizzative di dimensioni molto elevate che devono gestire relazioni estremamente diversificate e complesse. Sarebbe scorretto, infatti, credere che le nuove aziende sanitarie costituiscano semplicemente la sommatoria delle vecchie USL in quanto anche se le attività da svolgere ed i servizi da erogare sono restati sostanzialmente invariati, la crescita della dimensione aziendale (a volte triplicata) e la necessità di creare sinergie tra realtà organizzative diverse (che magari fino a qualche mese prima erano tra loro culturalmente assai distanti) con regole del gioco cambiate, crea nei fatti entità aziendali completamente nuove le quali necessitano per funzionare di un assetto organizzativo sostanzialmente diverso rispetto a quello utilizzato nelle USL, quindi un nuovo disegno della struttura organizzativa,

in particolare con riferimento agli organi di direzione e di coordinamento e nuovi e più strutturati sistemi operativi.

Nel rispetto di quella che è la peculiarità dell'attività sanitaria e quindi nel rispetto pieno della libertà di espressione della professionalità del medico, le nuove aziende sanitarie si sono trovate in primo luogo a ridefinire i propri assetti organizzativi, ciò con gli inevitabili traumi che ogni azione di ristrutturazione aziendale implica, soprattutto per quanto concerne la necessità di compiere scelte che incidono direttamente sull'attività professionale di singoli soggetti. Le scelte compiute, sviluppate sulla base delle leggi regionali, hanno dovuto temperare due contrapposte esigenze: quella immediata di garantire continuità nei processi produttivi e quella di più lungo respiro tesa a creare strategie di sviluppo organizzativo di lungo periodo. Coloro che, per ritardi regionali o problemi di altro tipo hanno stentato ad impostare in tempi brevi l'assetto organizzativo si trova-

no oggi in gravi difficoltà in quanto la struttura direzionale stenta ad avere un controllo anche minimo della situazione ed è spesso chiamata ad intervenire su scelte operative e su eccezioni che altri soggetti, posti a livelli più bassi della scala gerarchica dovrebbero sviluppare. Coloro che, nell'impostare il nuovo assetto organizzativo non hanno pensato anche ad una strategia di sviluppo organizzativo si troveranno in un futuro prossimo ad avere problemi simili.

Il presente lavoro tenendo conto delle caratteristiche e delle problematiche tipiche che oggi stanno affrontando le aziende sanitarie locali intende sviluppare alcuni spunti di riflessione che possano essere da riferimento per la progettazione e lo sviluppo dei loro assetti organizzativi.

## 2. I diversi livelli di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie

Il sistema organizzativo delle aziende sanitarie è caratterizzato da si-

gnificativi livelli di complessità, dati da:

— l'elevato numero degli elementi da trattare, in particolare la numerosità dei servizi erogati, la varietà e la variabilità delle tecnologie, il numero di funzioni aziendali;

— le forti interdipendenze esistenti tra i vari elementi dell'organizzazione, i quali devono essere tutti focalizzati all'erogazione del servizio a determinate tipologie di soggetti;

— l'elevata pressione sui risultati, derivante dalla forte visibilità esterna e da imposizioni istituzionali.

L'elevato livello di complessità genera un elevato fabbisogno di integrazione, che non può essere affrontato solo con tecniche atte a diminuire le necessità di trattamento delle informazioni (come di fatto avveniva nelle USL in cui vi era una sostanziale autonomia delle diverse unità operative governata da una azione mediatrice delle diverse istanze da parte degli organi di governo politico-amministrativo) ma che necessita di essere affrontato anche con un aumento delle capacità organizzative di trattamento delle informazioni medesime. In particolare si rende necessario:

1) potenziare i canali informativi esistenti ed aumentarne il grado di formalizzazione. Ciò vale soprattutto per informazioni di tipo tecnico, quali reporting sui costi, relazioni sanitarie, ecc.;

2) creare e potenziare le relazioni laterali, utilizzando processi informativi e decisionali che attraversino l'autorità gerarchica e, qualora possibile, abbassino il livello in cui vengono prese le decisioni. A tal fine è necessario che vengano attivati:

— ruoli di collegamento manageriale, dotati di autorità gerarchica (per esempio quelli tipicamente presenti sono il coordinatore sanitario, il coordinatore amministrativo, il coor-

dinatore dei servizi territoriali, il direttore sanitario);

— contatti diretti tra i responsabili di servizio, al fine di creare un gruppo dirigente coeso;

— ruoli di collegamento, non dotati di potere gerarchico: responsabili e coordinatori di zone territoriali, ecc.;

— gruppi di progetto, ad esempio con riferimento alle attività di prevenzione, medicina di comunità e territoriale;

— gruppi di lavoro permanenti.

Più in generale si sottolinea la necessità all'interno delle aziende sanitarie di sviluppare una serie di meccanismi di integrazione anche di tipo non strutturale, quali i sistemi operativi di pianificazione e controllo e di gestione del personale (Airoldi 1980). L'attivazione di tali strumenti di collegamento laterale non deve sovrapporsi alle normali responsabilità gerarchiche, ma deve al contrario focalizzarsi sulla delega di decisioni nei confronti del personale (medico e non medico) in relazione diretta con l'utente.

I meccanismi di integrazione appena ricordati, anche qualora correttamente attivati, possono naturalmente rivelarsi assolutamente o parzialmente inefficienti. Ciò può avvenire per due ragioni: a causa delle capacità individuali dei soggetti che ricoprono determinati ruoli oppure a causa di una non corretta definizione dei criteri di differenziazione del lavoro, vale a dire a causa di una errata definizione dei diversi organi (o unità operative) e delle loro relazioni gerarchiche e funzionali. Nel primo caso si pone un problema di competenza individuale. Nel secondo caso, che è quello che a noi interessa, si pone invece un tipico problema di progettazione organizzativa e diviene necessario ridisegnare la struttura organizzativa. Occorre in altri termini sistemare alcune dimensioni organizzative, rivedendo i livelli di

differenziazione organizzativa e di interdipendenza.

In termini concettuali il principale problema che si incontra nel disegnare la struttura macrororganizzativa di un'azienda sanitaria è l'individuazione del punto di equilibrio tra l'elevata dimensione orizzontale, derivante dalle sempre maggiori necessità di specializzazione da parte dei medici, e la necessità di focalizzazione degli sforzi sul soggetto a cui vengono erogate le prestazioni. In altri termini all'interno delle aziende sanitarie occorre gestire con attenzione la dialettica esistente tra l'organizzazione lineare, dominante nel modello funzionale, e l'organizzazione circolare, avente quale perno il paziente e più rispondente alla necessità di operare per obiettivi, con tempestività e sinergie (Salvemini, Piantoni, 1991). Ciò implica la capacità di creare una «federazione» di unità operative, tra loro significativamente autonome, rese tra loro coese da valori comuni e da una forte capacità di governo complessivo, in grado di garantire lo sviluppo di tutti i componenti dell'organizzazione.

Un simile equilibrio non può trovare una completa risposta in una soluzione strutturale di tipo pluridimensionale, quale la struttura matriciale o per progetti, in quanto essa rischierebbe di complicare ulteriormente la distribuzione del potere e dell'autorità all'interno dell'organizzazione, giungendo ad acuire fenomeni già esistenti di conflittualità e di sovraccarico della gerarchia.

Occorre infine considerare che l'efficacia della macrostruttura è fortemente influenzata dalle modalità di funzionamento e distribuzione sul territorio dei diversi servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, cioè dalle politiche di servizio adottate.

Nella aziende sanitarie vi è in sostanza la necessità di un adeguato mix di soluzioni strutturali, basate sulla

flessibilità e sull'autonomia, e di soluzioni di tipo non strutturale, basate su sistemi informativi e sistemi operativi ad alta potenzialità integrativa.

Da quanto detto consegue che la progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie necessita di essere sviluppata su quattro livelli:

1) a livello di strutturazione degli organi di governo aziendale;

2) a livello di network dei servizi;

3) a livello di macro struttura aziendale;

4) a livello di sistemi a supporto ed orientamento delle relazioni interpersonali.

Il primo punto concerne la necessità di creare una struttura di governo sostanzialmente diversa rispetto a quelle fino ad oggi esistenti. Infatti il modello di direttore generale come «leader» in grado di mediare tra le diverse istanze garantendo così lo sviluppo complessivo dell'azienda se era necessario e sufficiente per le USL non lo è più per le aziende sanitarie le cui dimensioni sono oggi tali da prevaricare la forza di un singolo soggetto, il quale necessita di potenziare logiche e strumenti per un efficace governo dell'azienda.

Il secondo punto concerne l'esigenza di disegnare una rete di servizi altamente integrata e funzionale.

Dal punto di vista macrostrutturale la necessità esistente all'interno di ogni tipologia di azienda sanitaria è quella di innescare elementi di flessibilità che diano maggiore autorità ed autonomia a coloro che gestiscono gli utenti, al nucleo operativo, e che consentano, tra l'altro, un corretto utilizzo delle risorse comuni. La macrostruttura deve quindi essere un «contenitore» di unità organizzative fortemente finalizzate ed autonome, costituenti un riferimento per la distribuzione delle risorse, definite internalizzando le interconnessioni create da elementi di carattere tecnico-informativo e da specifici

nodi tecnologici (strutture diagnostiche, operatorie, ecc.). Contestualmente alla forte autonomia del nucleo operativo è necessario un potenziamento delle funzioni di staff.

Il funzionamento ed il potenziamento dell'organizzazione passa infine attraverso lo sviluppo di sistemi che permettono di attivare relazioni interpersonali tali da consentire una reale responsabilizzazione dei diversi soggetti, una corretta verifica dei risultati e quindi un adeguato apprendimento organizzativo e professionale.

Ciò richiede in particolare il potenziamento degli strumenti informativi formalizzati, della comunicazione integrata e della programmazione e verifica dei risultati.

Esaminiamo di seguito i diversi livelli di progettazione della struttura.

### **3. La strutturazione degli organi di governo aziendale**

Un primo problema avente duplice natura, sia di tipo organizzativo che istituzionale, concerne la definizione delle condizioni necessarie per un'efficace governo della struttura aziendale da parte degli organi deputati a tale funzione. In altri termini si pone qui il problema di valutare le condizioni istituzionali ed organizzative e le modalità di funzionamento che permettono l'efficacia di un organo monocratico di governo quale è il Direttore generale (e dei suoi collaboratori).

Ad oggi tale valutazione per la sua complessità e delicatezza è in realtà ancora prematura; è infatti difficile valutare se la logica del «un uomo solo al comando» oggi adottata sia migliore rispetto ad un sistema in cui vi è un Consiglio di amministrazione a rinforzo della direzione. Tuttavia vi è fin d'ora la necessità di mettere in guardia da un tipico errore (di natura più organizzativa che istituzionale) che può

essere compiuto nel definire concretamente, attraverso il disegno della struttura organizzativa, il ruolo del direttore generale e dei suoi più diretti collaboratori. Tale errore consiste nel disegnare un ruolo operativo piuttosto che di governo strategico al Direttore generale.

Ciò accade in quelle realtà in cui i diretti collaboratori del Direttore generale (in particolare il direttore amministrativo ed il direttore sanitario) hanno la responsabilità diretta di strutture produttive, ciò porta ad identificare un ruolo di responsabilità operativa piuttosto che strategica che a sua volta tende a coinvolgere il Direttore generale depotenziando conseguentemente le sue possibilità di governo complessivo dell'azienda. Un'interpretazione operativa del ruolo della triade direzionale invece che di governo economico complessivo dell'organizzazione è peraltro rinforzata dalle competenze tipiche ad oggi presenti nella dirigenza che in relazione alla storia professionale si caratterizza più per le competenze tecniche che non per quelle manageriali.

Un rischio quale quello ora accennato lo si può correre almeno potenzialmente all'interno di un assetto organizzativo quale quello descritto nell'organigramma della figura 1 in cui, indipendentemente dalla validità complessiva del disegno, la responsabilità diretta di area di attività e di risultati operativi (comunque definiti) del direttore amministrativo, sanitario e dei servizi sociali rischia di configurare figure di direzione operativa (management di linea) piuttosto che figure di governo (top management). La soluzione di questo problema potenziale consiste nel mettere un filtro organizzativo tra le tre o quattro figure di top management e le attività di conduzione operativa attraverso l'inserimento di un livello direzionale come per esempio nel caso delle strutture orga-

nizzative rappresentate negli organigrammi delle figure 2 e 3 in cui direttore generale, sanitario, amministrativo e sociale non sono a capo di alcuna struttura ed usufruiscono di staff, cioè di organi di supporto che sviluppano interventi in tema di organizzazione, sistemi informativi, relazioni esterne, gestione dei processi di programmazione e controllo, ecc.

Il problema ora sollevato non si pone invece nel caso degli ospedali azienda in cui le più limitate dimensioni organizzative consentono al direttore amministrativo e al direttore sanitario di svolgere il loro tipico ruolo direzionale senza la necessità di «puntelli» organizzativi forti.

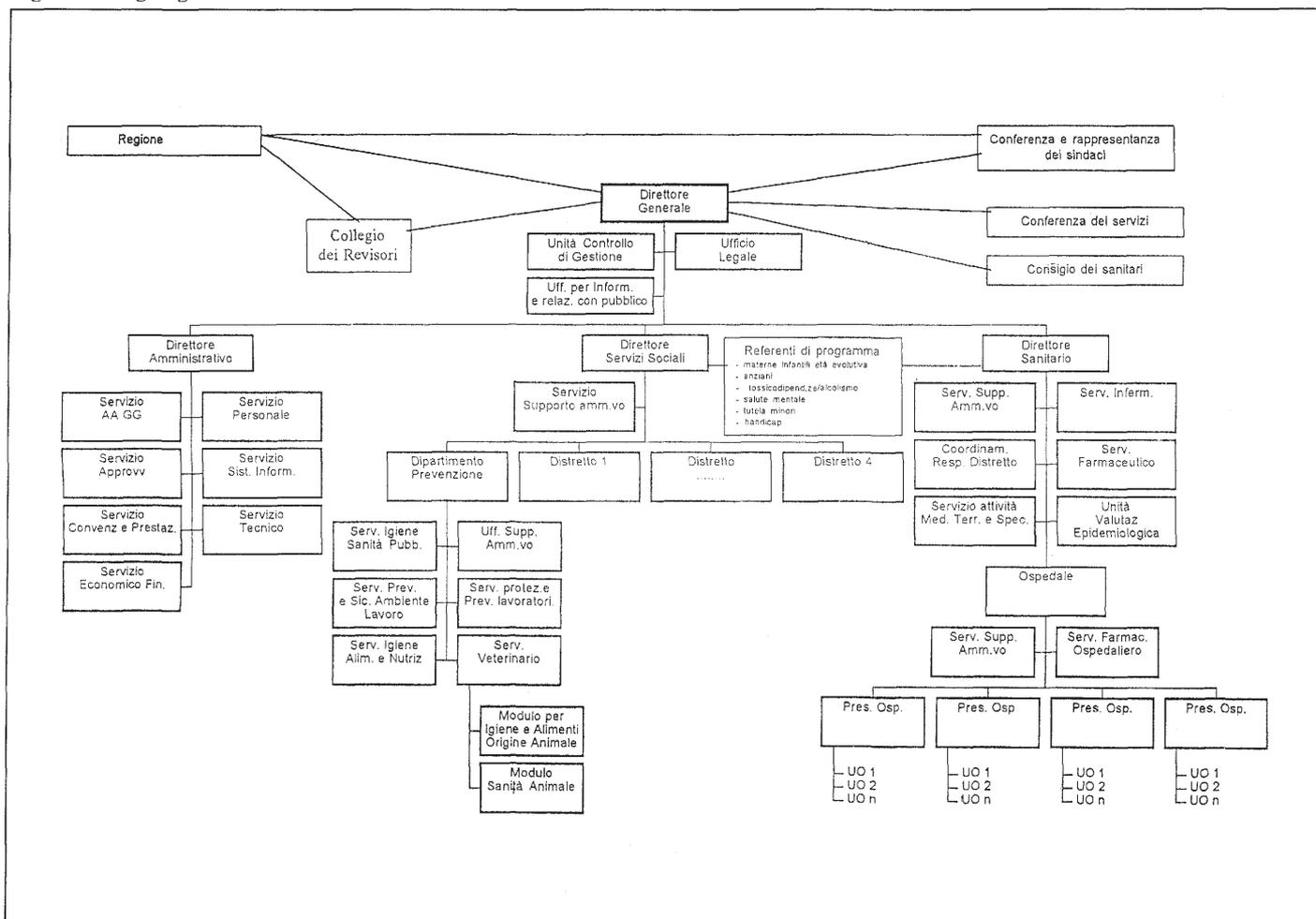
In sostanza lo sviluppo delle dimensioni delle aziende sanitarie necessita a livello organizzativo l'adozione di un modello che, pur rispettando le caratteristiche delle organizzazioni professionali, sviluppi un carattere più aziendalistico dove cioè vi sia «un modello organizzativo sviluppato verticalmente sui diversi livelli della gerarchia ed affiancato, oltre che da uno staff amministrativo, anche da un gruppo di operatori e manager preposti alla razionalizzazione e alla standardizzazione delle attività di lavoro» (Salvemini, Piantoni, p.191).

Stante quanto appena detto il ruolo tipico del Direttore generale resta comunque ad alto valore manageriale in

quanto esso gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'organizzazione sanitaria contribuendo in misura rilevante al mantenimento della sua unitarietà d'azione.

Le caratteristiche generali di funzionamento delle organizzazioni sanitarie fanno sì che la figura del Direttore generale, benché formalmente dotata di ogni potere, detenga di fatto l'autorità nella misura in cui i diversi professionisti gli riconoscono di favorire i loro interessi. Il Direttore generale per assolvere alle proprie funzioni deve quindi essere in grado di cogliere le opportunità esistenti all'interno ed all'esterno dell'azienda e rendere disponibili a tutta la struttura i vantaggi ottenu-

Figura 1 - Organigramma A



ti, al fine di alimentare un circuito positivo di partecipazione e di coesione.

Dal punto di vista operativo quindi il Direttore generale, al di là di quelle che sono le sue competenze di tipo amministrativo, deve esercitare alcune funzioni fondamentali, tra loro strettamente interconnesse, quali:

- 1) gestire gli interlocutori esterni;
- 2) elaborare le procedure per le scelte collettive;
- 3) risolvere i conflitti.

La prima funzione consiste nel mantenimento di una serie di rapporti istituzionali necessari per acquisire consenso e quindi sollecitare la collaborazione di organizzazioni esterne.

La seconda funzione, l'elaborazione delle procedure per le scelte collettive, deriva dalla frammentarietà dei processi decisionali esistente all'interno delle organizzazioni sanitarie. In tali organizzazioni l'elaborazione della strategia, vale a dire la definizione degli obiettivi fondamentali da perseguire, è un'operazione particolarmente complessa, in quanto frutto di una difficile mediazione tra la razionalità formale e burocratica tipica della programmazione a livello regionale e nazionale e la decisionalità operativa ed analitica dei diversi responsabili di servizio e dei primari, ai quali di fatto spetta la decisione circa le attività da svolgere e le modalità con cui farlo.

L'elaborazione della strategia all'interno di un'organizzazione sanitaria coinvolge quindi molte persone e da ciò deriva la sua estrema frammentazione (dovuta al fatto che, al limite, ogni professionista persegue una sua strategia), informalità (dovuta alla difficoltà di sviluppare procedure formali di pianificazione) e stabilità (dovuta alla bassa propensione al cambiamento dei singoli professionisti).

In questa situazione le possibilità di governo complessivo dell'azienda da parte del direttore generale dipendono dalla sua capacità di rendersi elemento

centrale nei processi di scelta collettivi (ad esempio attivazione e disattivazione di servizi o di programmi di atti-

vità), non solo attraverso le sue capacità individuali ma stabilendo regole organizzative precise. Per attuare ciò

Figura 2 - Organigramma B

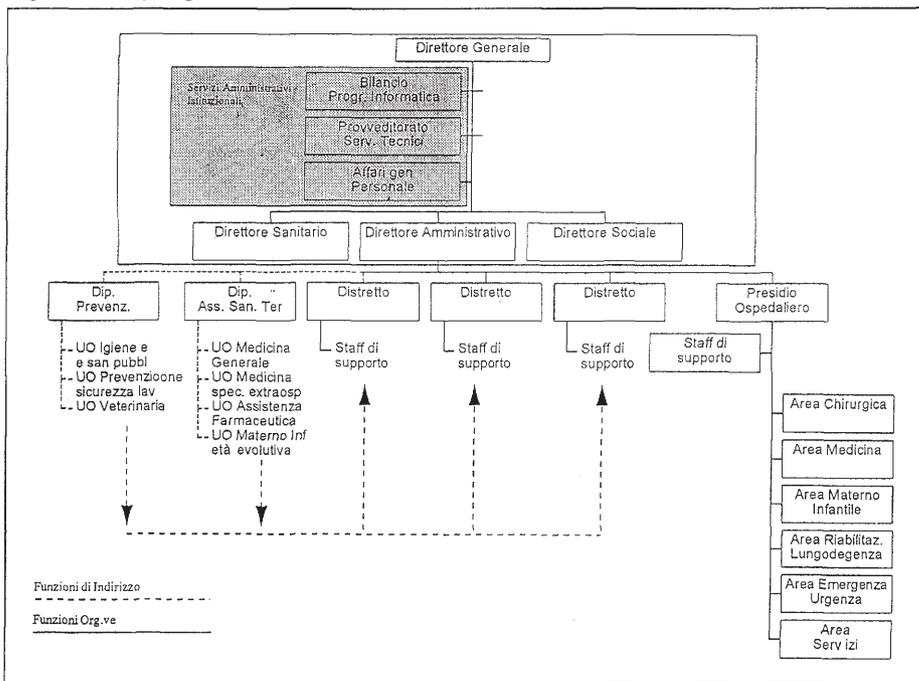
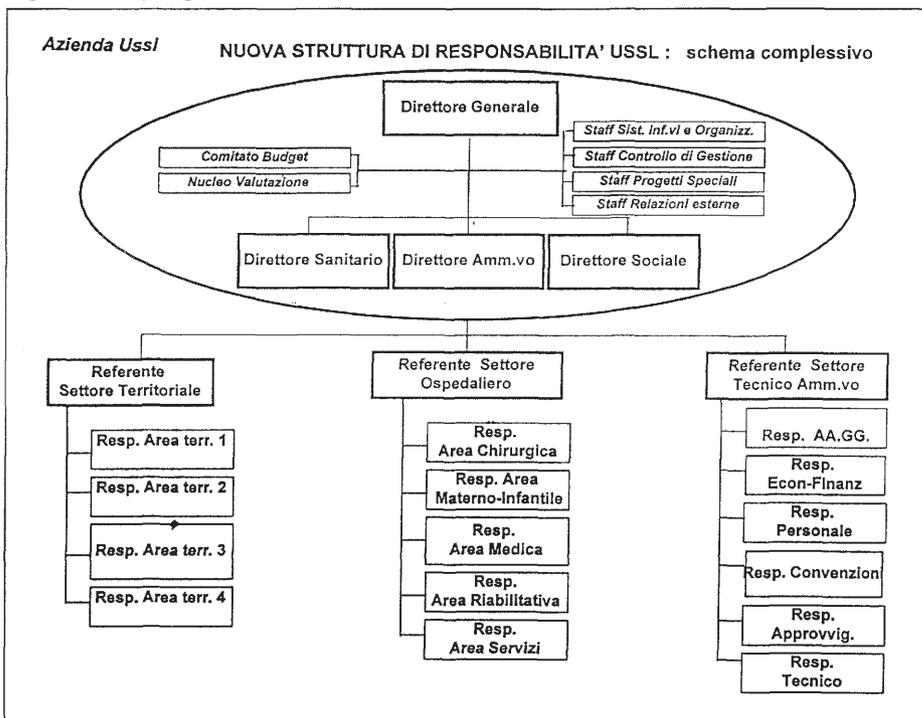


Figura 3 - Organigramma C



diventa importante per il Direttore generale stabilire le procedure dei processi decisionali, in particolare: quali comitati dovranno essere attivati, chi vi dovrà partecipare, le modalità di elaborazione dei budget.

In situazioni particolari, di crisi o di significativi cambiamenti di strategie (dettate per esempio da modifiche istituzionali), il Direttore generale acquista maggiore potere, ma la sua capacità di guidare il cambiamento dipende sempre dal livello di consenso interno ed esterno che è in grado di creare. I cambiamenti di rotta sono infatti pesantemente ostacolati dalla frammentarietà del lavoro professionale e dall'influenza dei singoli professionisti e delle organizzazioni che li appoggiano dall'esterno.

La terza funzione del direttore generale è quella di risoluzione dei conflitti. In proposito occorre notare che le aziende sanitarie, benchè stabili dal punto di vista strategico, sono al contrario piuttosto mutevoli sotto l'aspetto micro-organizzativo. In altri termini a livello operativo i cambiamenti organizzativi hanno una frequenza piuttosto elevata. Si modificano e perfezionano procedure o protocolli operativi, si diversificano gli utenti, si costituiscono (spesso informalmente) nuove unità operative; vi è in sostanza una continua riorganizzazione. Tale processo, assieme ad altri elementi tipici dell'operatività quotidiana, crea una serie di eccezioni organizzative (competenze da definire, risorse da attribuire, ecc.) che vengono risolte dai professionisti attraverso confronti e riunioni in cui il direttore generale può intervenire se le dimensioni organizzative lo consentono, in quanto soggetto in grado di conciliare le varie esigenze organizzative.

#### 4. Il network dei servizi

Il secondo livello di progettazione strategica della macro-struttura consi-

ste nella definizione dei diversi servizi attraverso i quali assolvere alle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e nella definizione delle modalità di loro localizzazione ed interazione, ciò soprattutto per quelle aziende sanitarie che producono servizi molto differenziati ed estesi nel territorio.

In proposito la teoria (Lomi 1991) individua il concetto di rete interna, la quale configura un'organizzazione aziendale strutturata in unità gestionalmente autonome, con autonomi rapporti con il proprio ambiente di riferimento, tra loro integrate da relazioni funzionali.

Per costruire una rete di servizi funzionalmente integrata occorre in primo luogo uscire da alcuni schematismi, quali quelli che tendono a confondere o sovrapporre concettualmente le strutture fisiche di produzione o di erogazione delle prestazioni con le funzioni e conseguentemente portano ad effettuare schematiche distinzioni tra assistenza ospedaliera e non ospedaliera. Occorre invece riflettere sul fatto che oggi, e sempre più in futuro, l'organizzazione dell'offerta sarà caratterizzata dalla ricerca delle migliori modalità di risposta a situazioni varie e variabili. In particolare:

— trattamento di patologie acute che richiedono il ricorso ad una struttura dotata di una organizzazione e di una tecnologia complessa e che impongono di trattenere il paziente in condizioni di degenza (ospedale per acuti);

— trattamenti di patologie croniche e cronicizzanti che richiedono solo la presenza di operatori specializzati ed attrezzature di supporto per un controllo delle condizioni del paziente per poche ore durante il trattamento (day-hospital o ospedale senza degenza);

— erogazione di prestazioni specialistiche (accertamenti, visite, trattamenti) che richiedono alcune attrezza-

ture e strumenti tecnici, ma che non pongono particolari problemi di controllo della condizione del paziente e di garanzia di sicurezza per il suo stato di salute (attività ambulatoriale in senso stretto, che può a sua volta essere svolta nell'ospedale, in apposite strutture ambulatoriali o poliambulatoriali, o può essere «portata» da équipes di operatori in centri distrettuali);

— erogazione di prestazioni cosiddette di base, in cui gli elementi essenziali per garantire l'efficacia dell'assistenza sono la continuità del rapporto tra operatore e paziente e la conoscenza più precisa possibile da parte del primo della storia e dell'ambiente in cui il secondo vive e delle sue caratteristiche personali (assistenza del medico di famiglia, assistenza domiciliare di vario tipo, assistenza nei centri dei distretti socio-sanitari di base);

— organizzazione di una attività che non è rivolta a rispondere a domanda individuale, ma ha lo scopo di mantenere sotto controllo e di migliorare i fattori che influenzano le condizioni sanitarie di gruppi più o meno ampi di popolazione (medicina di comunità).

Questa classificazione evidenzia come l'organizzazione delle aziende sanitarie sarà caratterizzata sempre più da una molteplicità di servizi e di strutture qualificate:

— da un vario livello di complessità (e quindi di costo) della dotazione tecnologica;

— da un differente grado di specializzazione degli operatori;

— da un diverso equilibrio tra l'alternativa di portare la prestazione verso il paziente (massima nei servizi domiciliari) e l'alternativa di portare il paziente nella struttura di offerta (massima nell'ospedale per acuti o per lungodegenti).

La scelta concreta circa i servizi e le strutture attivare e le modalità della

loro organizzazione deve essere compiuta considerando:

- le dimensioni e le caratteristiche della popolazione di riferimento;
- le caratteristiche del territorio e delle comunicazioni;
- gli elementi di costo, che devono bilanciare aspetti di «economie di scala», ottenibili tramite la concentrazione delle attività, ed aspetti di qualità ed accessibilità dei servizi, ottenibili con il decentramento.

In relazione al tipo di servizi da attivare, lo sviluppo del network si basa sulla interazione di «ambiti organizzativi», definiti da strutture destinate a determinate funzioni, da équipes altamente professionalizzate e da modalità operative di coordinamento (protocolli operativi e scambio di informazioni) che consentono di intervenire su certe condizioni di salute con tempestività, uniformità, continuità di trattamento.

In sostanza il primo elemento necessario per attivare un assetto organizzativo circolare che superi la specializzazione funzionale e quindi sia in grado di concentrare gli sforzi su specifici obiettivi gestionali è dato:

- dall'individuazione di criteri di specializzazione basati su elementi relativi al servizio-bisogno e non già sulle metodologie produttive;
- dall'individuazione di competenze professionali «avanzate» e distintive, attorno alle quali far ruotare gli altri elementi, e di modalità di funzionamento atte a diffondere i benefici derivanti da tali competenze avanzate;
- dall'attivazione di relazioni tra i vari ambiti organizzativi non basate sulla concorrenzialità o sulla possibilità di adottare particolari meccanismi di selezione della domanda di assistenza, ma basate sulla capacità di attivare sinergie attraverso la propagazione delle conoscenze.

Non si ha quindi una rete interna quando le diverse strutture svolgono

attività indistinte o con livelli di specializzazione generici, ma solo quando si hanno strutture e servizi veramente qualificati e professionalizzanti con «missioni» correttamente definite e tra loro collegati da un'intensa attività di interscambio di conoscenze e di reciproco supporto, ognuno incentivato a propagare i processi di conoscenza.

Sempre in tema di assetto dei servizi occorre ricordare che sono possibili ulteriori opportunità nella scelta della sua configurazione effettiva che comprendono lo sviluppo di reti esterne o network che tuttavia non modificano gli assetti organizzativi interni all'azienda ma piuttosto i suoi «confini organizzativi» (Grandori 1995). Ci riferiamo qui alla creazione per esempio di gruppi ospedalieri quali per esempio gli Hospices civils de Lyon o L'Health and Hospital Corporation di New York, lo sviluppo di associazioni tra enti sotto varie forme (Meneguzzo 1995) oppure alle possibili forme di esternalizzazione dei servizi e di contractin-out (Rebora, Meneguzzo 1991).

## **5. La struttura organizzativa di base**

La struttura organizzativa di base deve essere progettata per creare un'organizzazione focalizzata sui bisogni, dovrà quindi seguire la stessa logica di creazione di una rete di unità organizzative ad alto impegno professionale, significativamente autonome nella gestione dell'utente e sinergiche tra loro nell'utilizzo delle tecnologie.

L'attuazione di questo disegno organizzativo implica, in particolare, l'individuazione delle unità organizzative elementari che producono servizi finali (nucleo operativo) e delle loro modalità di aggregazione ed, infine, l'individuazione delle unità centrali amministrative e di progettazione

degli assetti. In altri termini considerate le specificità del settore sanitario e la natura professionale delle attività svolte la logica della progettazione organizzativa è una logica che parte dalla individuazione dei diversi organi o unità operative a partire dalle attività elementari omogenee che possono essere successivamente aggregate creando così una struttura organizzativa di riferimento.

In questo senso le unità organizzative costituiscono l'elemento in riferimento al quale si imposta la struttura organizzativa. Esse vanno definite cercando di mediare tra la necessità di minimizzare i costi interni di transazione e la ricerca della massimizzazione delle economie di specializzazione. In tal senso le unità organizzative costituiscono il riferimento principale per l'allocatione delle risorse materiali ed umane e devono essere dimensionate in modo tale da poterne misurare adeguatamente la produttività.

Le diverse unità si definiscono assemblando le linee di attività, oltre che con i canonici criteri organizzativi della specializzazione secondo due criteri altri criteri principali:

- a) il livello di interdipendenza del flusso di lavoro (diagnostico, terapeutico e di ricerca) rispetto al risultato (persona in stato di bisogno);
- b) il livello di utilizzo di strumenti tecnologici comuni (Ruta 1993).

La prevalenza di questi due criteri dovrebbe peraltro portare ad accorpate attività (mediche, chirurgiche e diagnostiche) in base all'output delle stesse, vale a dire rispetto al processo produttivo diagnostico-terapeutico ed alla qualità delle prestazioni.

Le diverse unità operative possono poi essere ulteriormente accorpate, secondo la medesima logica, in strutture dipartimentali, a cui sono attribuite responsabilità nell'uso coordinato delle risorse umane, tecnologiche e infrastrutturali comuni. Per esempio è pos-

sibile aggregare le attività relative alla medicina e chirurgia d'urgenza in una unità operativa specifica a cui si aggregano attività diagnostiche e di servizio che costituiscono un dipartimento di emergenza ed urgenza.

Nel definire le unità operative la necessità di tenere conto anche del criterio dell'interdipendenza rispetto al risultato (e non solo del criterio dell'omogeneità delle conoscenze e delle capacità normalmente utilizzato negli ospedali) (Mintzberg 1985) nasce principalmente dall'elevato tasso di innovazione tecnologica presente nel campo della medicina.

L'utilizzo della sola standardizzazione delle conoscenze come logica di progettazione organizzativa è corretto solo per realtà sanitarie di piccole dimensioni o con riferimento al solo ospedale o in presenza di servizi a bassa tecnologia.

Il medesimo criterio di progettazione vale anche per le attività di prevenzione o diagnosi e cura sviluppate in ambiti diversi da quello relativo alla cura delle patologie acute, quali le attività territoriali e quelle relative alla vigilanza igienico sanitaria. Queste attività possono comunque essere strutturate anche per progetti o, più in generale, con una struttura a matrice stante il fatto che agiscono sul territorio e non si avvalgono di tecnologie sofisticate.

Nelle aziende sanitarie la struttura organizzativa di base deve tenere conto anche della necessità di definire diverse aree organizzative, ognuna delle quali avente una specifica responsabilità gerarchica, che agiscano da contenitore delle diverse unità operative. Per non creare rigidità nella struttura, nel definire tali aree organizzative è opportuno non scendere a livelli di maggiore dettaglio rispetto alle tre grandi funzioni tipicamente presenti nelle aziende sanitarie, vale a dire:

— la gestione dei presidi complessi (ospedali, lungodegenze, ecc.);

— la gestione dei servizi territoriali (educazione sanitaria, medicina di base, assistenza sociosanitaria, assistenza di comunità, prelievi ed esami, prenotazioni, attività di igiene distrettualizzata, ecc.);

— la gestione dei servizi di supporto (acquisti, logistica, patrimonio, magazzini, attività alberghiere ed ogni altra attività tecnica di supporto che risulta conveniente gestire in maniera centralizzata).

Per quanto riguarda le attività amministrative, che attualmente si configurano come unità operative con una forte finalizzazione autonoma, si pone in molti casi la necessità di riqualificare l'intervento, configurandole come vere e proprie tecnostutture a supporto della direzione. Inoltre, come specificato in paragrafi precedenti le dimensioni delle aziende sanitarie e il conseguente bisogno di rafforzamento del ruolo della direzione generale contribuisce la necessità di potenziare e rendere efficiente l'apparato burocratico attraverso la costituzione di staff professionalmente adeguati. In tal senso le attività inerenti la programmazione finanziaria, la gestione del personale e la gestione degli acquisti dovrebbero posizionarsi come staff dell'alta direzione. A queste classiche funzioni potrebbero aggiungersene delle nuove, quali, a seconda delle necessità, il controllo di qualità, la determinazione delle tariffe, le relazioni con il pubblico, ecc.

Il potenziamento delle funzioni di staff produce il risultato di aumentare il potere della direzione generale. A fronte di ciò non sembra più percorribile la soluzione di sviluppare servizi amministrativi di supporto accentrati, ma al contrario per essi si rende necessaria l'attuazione completa del principio del decentramento. In altri termini al fine di garantire l'autonomia opera-

tiva dei diversi settori occorre che essi dispongano autonomamente del personale amministrativo necessario all'espletamento delle loro attività.

La necessità di mediare tra le esigenze proprie di un modello aziendalistico (caratterizzato da un certo sviluppo verticale della gerarchia e da forti staff amministrativi) e le esigenze delle organizzazioni professionali (caratterizzate da unità operative di medio-piccole dimensioni, discrezionalità operativa e pochi livelli gerarchici, vale a dire da un disegno organizzativo piatto e poco formalizzato) costringe alla progettazione di un assetto organizzativo strutturale delle aziende sanitarie caratterizzato da grandi «contenitori organizzativi», progettati in relazione agli obiettivi di servizio, all'interno dei quali si muove un sistema integrato di unità operative autonome, coordinate attraverso strumenti in grado di influenzare i comportamenti.

In altri termini l'aziendalizzazione delle Usl tende ad evidenziare le necessità di differenziazione ed integrazione tra le attività a discapito di quelle relative alla specializzazione ed allo sviluppo di economie di scala. Ciò porta al passaggio da macro-strutture tipicamente funzionali a strutture miste o divisionali con la creazione di forti organi di staff.

Dalle valutazioni sviluppate ne consegue che l'assetto organizzativo di base delle aziende sanitarie avrà sempre conformazione mista, vale a dire in cui saranno contemporaneamente presenti parti di struttura funzionale pura (basato sul criterio della specializzazione tecnica) o eventualmente modificate per zone territoriali e strutture divisionali (basate sul criterio della divisione del lavoro in base al prodotto o al mercato di riferimento) (Perrone 1993). Più precisamente si configureranno situazioni in cui vi sarà:

1) una struttura generale caratterizzata da strutture di massimo livello molto ampie avente una logica tendenzialmente funzionale come negli organigrammi delle figure 1 e 2, oppure con forti stimoli divisionali come nel caso della struttura rappresentata nell'organigramma 3;

2) la presenza di strutture tipicamente funzionali nel caso del servizio ospedaliero e degli ospedali, dei servizi amministrativi;

3) la presenza di strutture divisionali nel caso dei dipartimenti di prevenzione;

4) la presenza di strutture divisionali per basate sul territorio o funzionali modificate in forma «matriciale» per tenere conto della suddivisione territoriale nel caso dei servizi territoriali.

Ovviamente queste ora descritte sono solo tendenze generali, l'analisi più approfondita degli organigrammi delle diverse aziende permette infatti di individuare configurazioni organizzative assai varie, per esempio dei «dipartimenti» all'interno dell'ospedale, che configurano una struttura divisionalizzata (per esempio il dipartimento emergenza e urgenza usa il criterio del tipo di servizio più che del tipo di specializzazione e conoscenze richieste) o altro ancora. Ciò che ci preme sottolineare è l'inutilità di scegliere modelli «a priori» ma partire dai bisogni specifici della azienda ed identificando le unità organizzative omogenee elementari da aggregare successivamente secondo i criteri sopra esposti ed alle specifiche necessità che la realtà suggerisce.

## 6. Le relazioni interpersonali

L'assetto strutturale ipotizzato e più in generale la natura delle attività svolte all'interno delle aziende sanitarie, creano a livello micro organizzativo posizioni spesso sottratte alla for-

malizzazione del comportamento e quindi alla rigidità dei mansionari e delle procedure, inducendo conseguentemente una discrezionalità dei ruoli estremamente positiva dal punto di vista motivazionale.

L'ampiezza dei ruoli rende le relazioni interpersonali (che dopo la rete esterna e quella interna rappresentano un terzo livello di rete organizzativa) (Lomi 1991), uno strumento di integrazione orizzontale fondamentale per l'efficacia organizzativa. Infatti la necessità di rendere snello e flessibile l'assetto strutturale fa sì che esso non possa regolare alcune importanti interdipendenze, che conseguentemente devono essere gestite da appropriati sistemi di comunicazione e dalla possibilità di utilizzare in modo fisiologico il mutuo aggiustamento (Mintzberg 1985) come meccanismo di integrazione in situazioni di complessità.

La realizzazione di corrette relazioni interpersonali dipende dall'orientamento individuale all'integrazione da parte degli operatori, che deve essere alimentato, coerentemente al disegno organizzativo, da sistemi operativi in grado di influenzare i comportamenti reali dei singoli professionisti, soprattutto per ciò che concerne la loro sensibilità alla dimensione economica dell'azienda, vale a dire in riferimento all'economicità dell'azienda ed alla qualità dei servizi erogati.

Tutto ciò operativamente implica tra l'altro l'adozione di strumenti di gestione del personale (Ruffini 1995) che siano evoluti e che permettano di gestire in modo dinamico ed interattivo le persone ed i ruoli che essi detengono. L'argomento in questione ha indubbe complessità nell'ambito sanitario, soprattutto pubblico e soprattutto in un periodo di ristrutturazione come quello attuale, ma rappresenta una indispensabile area di investimento in termini di sforzi organizzativi. La complessità infatti non può essere ge-

stata solamente attraverso soluzioni strutturali, più vi è necessità di flessibilità infatti è più occorre fare ricorso alle capacità degli individuali e quindi a processi di gestione del personale.

## 7. Lo sviluppo di un'organizzazione centrata sul cliente-utente

All'assetto strutturale flessiforme precedentemente delineato occorre accompagnare dei sistemi operativi ed una cultura organizzativa in grado di rinforzarlo.

Il modello flessiforme si focalizza sul superamento del principale punto di debolezza a cui le aziende sanitarie sono generalmente soggette: il loro scarso orientamento all'utenza.

Tale fattore è fonte di incongruità tra assetto organizzativo e ambiente di riferimento: il suo superamento diventa quindi fondamentale per la competitività delle aziende sanitarie.

Nella sostanza il principale problema che si pone dal punto di vista culturale è quello di far metabolizzare alle strutture operative, attraverso opportuni strumenti:

— la cultura del servizio, che implica la collocazione dell'utenza (individuale o collettiva) al centro del sistema organizzativo (Normann 1985);

— la cultura della qualità (Zeithmal *et al.* 1991);

— la cultura del valore prodotto e trasferito all'utenza in contrapposizione alla cultura della funzione svolta (Eglier e Langeard 1988).

L'orientamento al servizio, alla qualità ed al valore prodotto rappresenta un requisito fondamentale per il funzionamento di una struttura organizzativa basata sul decentramento e sulla responsabilità, in quanto aumenta la garanzia di efficacia organizzativa, di efficienza produttiva, di uniformità dei comportamenti e di controllo da parte degli utenti sempre più attenti e critici. Ciò è particolarmente impor-

tante all'interno delle strutture sanitarie (soprattutto quelle pubbliche), le quali si presentano sostanzialmente orientate alla funzione ed all'adempimento burocratico, tendenzialmente autoreferenziali e non orientate all'ascolto e, infine, con un sostanziale dominio (informativo e psicologico) del professionista sull'utente. In altri termini l'utente delle organizzazioni sanitarie basate su modelli classici di funzionamento si presenta come soggetto passivo e dominato dall'organizzazione, da cui cerca di ottenere la prestazione, la quale attiva procedimenti, linguaggi e comportamenti per lui incomprensibili.

Il problema che si pone è quindi l'individuazione di sistemi operativi in grado di orientare l'organizzazione (e quindi i suoi componenti) al servizio. In termini operativi ciò si traduce nell'individuazione di modalità ottimali di erogazione/accesso dei servizi prodotti agli utenti finali. Infatti il momento dell'erogazione/accesso è l'elemento organizzativo comune che accumuna l'orientamento al servizio, alla qualità ed al valore prodotto. Pensare a strumenti di gestione dell'accessibilità ai servizi sanitari, infatti, significa porsi nella logica dell'integrazione dei servizi rispetto all'utente.

Come è noto (Normann 1985, Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1991, Eglier, Langeard 1988, Crozier 1989) il problema dell'erogazione/accesso ai servizi è nella sua essenza un problema di comunicazione e confronto di aspettative tra azienda e cliente. È quindi attraverso azioni coerenti di comunicazione integrata, all'interno ed all'esterno dell'organizzazione, che esso può essere affrontato.

Sviluppare una funzione di comunicazione integrata nelle aziende sanitarie significa spesso passare da modelli di comunicazione autoreferenziali ad un modello di comunicazione aperto (vedi tabella 1).

Dal punto di vista prettamente organizzativo il supporto allo sviluppo di un modello di comunicazione aperto ed integrato necessita principalmente di:

1) definire un nuovo ruolo degli operatori di contatto;

2) individuare strutture organizzative di riferimento.

Gli operatori di contatto (Butera 1991) sono tutti coloro i quali, indipendentemente dalla posizione gerarchica, svolgono mansioni, di natura amministrativa o assistenziale, che li pongono a dover gestire il rapporto con l'utenza.

L'orientamento dell'organizzazione all'autoreferenzialità, piuttosto che all'apertura ed al servizio, modifica profondamente il loro ruolo. Un operatore ad uno sportello che effettua prenotazioni deve per esempio trasformarsi da «guardiano dell'acces-

so» ad «agente di integrazione, coordinamento e comunicazione» tra azienda ed utente.

*Interpretazione del ruolo degli operatori di contatto*

	Usl sistema autoreferenziale	Usl sistema aperto
Operatori di contatto	* Barriera contro l'utente * Soggetti su cui scaricare tensioni	* Agente di integrazione coordinamento e comunicazione

Il fondamentale ruolo integratore degli operatori di contatto è svolto attraverso le comunicazioni interpersonali che essi effettuano tra loro e, soprattutto, con gli utenti. Tali comunicazioni infatti possono supportare i processi erogativi, diffondere la conoscenza puntuale dei servizi, educare e formare i cittadini, migliorare la componente relazionale del servizio,

**Tabella 1 - Caratteristiche dei modelli di comunicazione delle aziende sanitarie**

	Modello autoreferenziale	Modello aperto
<i>Obiettivi</i>	Ottemperare agli obblighi di legge e rendere nota la disponibilità dei servizi	Sviluppare la conoscenza dei servizi Educare e formare gli utenti Aumentare la visibilità dell'organizzazione Supportare il funzionamento interno Attivare meccanismi di feedback con operatori e utenti per adeguare i servizi alle esigenze
<i>Emittente</i>	Orientato alle esigenze interne di correttezza legale e di funzionalità	Ricerca di equilibrio tra le esigenze funzionali interne e le esigenze dell'utenza
<i>Riceventi</i>	Hanno diritto solo alle informazioni previste dalla legge pubblico indistinto	Il pubblico e i suoi bisogni tendono ad essere più conosciuti. Segmentazione e selezione dei gruppi di utenza
<i>Canali</i>	Quelli previsti dalle norme	Ampia gamma di modalità e strumenti scelti in base alla loro efficacia nel raggiungere i gruppi di utenza obiettivo
<i>Messaggio</i>	Formulato con linguaggio tecnico e burocratico	Formulato tenendo conto della ricezione del messaggio e del processo di decodifica
<i>Feedback</i>	Manca	Si sviluppano i canali lungo cui possano fluire le informazioni di ritorno

orientare l'intera organizzazione all'ascolto.

Per svolgere tale ruolo è quindi necessario che gli operatori di contatto, soprattutto quelli posti nei punti critici di accesso (pronto soccorso, sportelli amministrativi, ecc.) siano i reali terminali delle informazioni concernenti le procedure di accesso ai servizi ed abbiano margini di manovra nella modifica delle medesime e più in generale nella gestione dell'utente.

Se il ruolo di integratore è abbastanza percepibile ed attuabile in riferimento alle professionalità sanitarie, in quanto almeno in parte collegabile al processo assistenziale, generalmente lo è meno per le professionalità amministrative rese meno vicine a tale problematica dal filtro normativo e procedurale.

Per quanto concerne i flussi comunicativi si tratta di progettare strumenti, sufficientemente flessibili, che permettano agli operatori di contatto di avere tutte le informazioni circa l'accesso ai servizi e di seguirne i mutamenti, o esserne fautori.

Per esempio alcune aziende hanno già da tempo progettato delle schede informative sulle prestazioni erogate, da distribuire agli operatori di contatto, che costituiscono la base per la gestione del rapporto relazionale con l'utente (Rappini, Ruffini 1992).

Per ciò che attiene lo sviluppo di una struttura dedicata al presidio della funzione di comunicazione integrata, occorre osservare che con logica tipicamente giuridica, secondo la quale l'organo dotato di potere e risorse sviluppa la funzione, molte leggi regionali hanno da tempo imposto alle aziende di istituire uffici dedicati alle relazioni con il pubblico. Occorre ricordare tuttavia che l'istituzione di appositi organi di per sé non garantisce né la costituzione della funzione né la correttezza del suo sviluppo. All'interno delle strutture private, in modo

non dissimile dal pubblico, non sembra diffusa la costituzione di staff interni aventi la funzione di gestire la comunicazione integrata. Ciò è del resto giustificato dalla dimensioni, generalmente piccole, delle cliniche private.

In tutte le aziende sanitarie è tuttavia possibile individuare uffici che, seppur in modo parziale, gestiscono relazioni con il pubblico. Tali uffici possono essere:

— centri unificati di prenotazione, aventi come obiettivo quello di centralizzare l'attività di prenotazione di visite specialistiche;

— ufficio stampa/pubbliche relazioni, aventi come obiettivo quello di tutelare l'immagine della Usl/ospedale o dei suoi organi di direzione;

— ufficio reclami, informazioni e uffici di pubblica tutela, aventi come obiettivo quello di ascoltare e/o informare gli utenti.

Tali uffici si caratterizzano per la limitatezza della loro funzione dal punto di vista comunicativo e per alcune significative difficoltà operative che hanno generalmente impedito che essi si sviluppassero in modo organico con il resto della struttura.

Tuttavia la complessità della gestione di una funzione di comunicazione integrata a supporto del riorientamento dell'organizzazione al servizio è talmente elevata (se non altro per la pluralità di obiettivi e strumenti che si possono utilizzare) che la definizione a priori del profilo strutturale di tale funzione appare un'esercizio sterile: esso infatti rappresenta il punto di arrivo e non già di partenza di un processo di miglioramento delle capacità relazionali e di ascolto dell'azienda. Ognuna delle soluzioni strutturali ora presentate deve quindi essere pensata come primo nucleo attorno al quale sviluppare processi comunicativi interni all'azienda sanitaria finalizzati

ad un maggiore orientamento all'utenza.

I diversi processi di comunicazione e la creazione di una potente rete interna di relazioni interpersonali necessitano infine di supporti tecnologici coerenti con l'assetto organizzativo e con le conoscenze degli utilizzatori, e di processi di formazione in grado di potenziare l'orientamento al servizio ed alla flessibilità degli operatori, la loro capacità di gestione delle risorse tecnologiche e la loro propensione a porsi da integratori all'interno ed ai confini dell'azienda sanitaria.

Lo sviluppo di processi di comunicazione integrata rappresenta un primo intervento per riorientare l'azienda all'utente. In situazioni organizzative culturalmente evolute l'orientamento all'utenza può manifestarsi attraverso lo sviluppo di specifici programmi di qualità totale. Alcune esperienze hanno in proposito evidenziato che nel caso della sanità lo sviluppo di progetti di qualità totale è particolarmente efficace se sviluppato secondo una logica per processi, dove con la parola processo si intende un insieme di attività svolte per produrre uno specifico output destinato ad un particolare cliente o mercato che sia strutturato e misurabile.

Per esempio l'azienda ospedale di Reggio Emilia (Usl Reggio Emilia 1995) ha definito il processo come «una sequenza logica di azioni con finalità omogenee, riconducibili a fini istituzionali, indipendenti e separabili dalla struttura organizzativa e dalle relative responsabilità»; partendo da questa definizione l'azienda ha attivato un programma di qualità totale.

A livelli di elevata flessibilità organizzativa, più tipici di contesti istituzionali diversi da quello italiano, l'attività di orientamento all'utenza può svilupparsi attraverso la reingegner-

rizzazione dei processi (Davenport 1994, Johansson *et al.* 1993).

A compimento del disegno organizzativo delineato è importante ricordare la necessità di sviluppare sistemi di responsabilizzazione economica dei singoli professionisti e di coordinamento complessivo delle attività aziendali. La necessità di porre sotto controllo i costi, in assenza di una effettiva e chiara possibilità di controllo e valutazione dell'output prodotto dai medici, porta infatti alla necessità di responsabilizzare direttamente i professionisti circa l'utilizzo delle risorse in relazione ai risultati che essi stessi vogliono ottenere. Ciò consente di mantenere una complessiva funzionalità organizzativa senza dover imporre o modificare, attraverso meccanismi di vario genere, il comportamento dei medici verso forme che potrebbero causare una diminuzione della qualità dell'assistenza.

A tal fine occorre attivare un sistema operativo di programmazione e controllo di breve periodo finalizzato alla ricerca dell'equilibrio interno all'azienda tra risorse disponibili e risultati da raggiungere, attraverso un processo di responsabilizzazione in grado di guidare i comportamenti delle persone verso il raggiungimento di obiettivi stabiliti, pur con vario grado di esplicitazione e di formalizzazione, mediante opportuni processi di pianificazione strategica (Zavattaro 1993).

Tale sistema è in sostanza una gestione a budget dell'azienda sanitaria attraverso la quale si chiede a «centri di responsabilità» in cui si articola l'azienda (individuati in relazione all'analisi organizzativa e dei tipi di servizi/prestazioni prodotti) di esplicitare:

— gli obiettivi che si propongono di raggiungere nell'anno di budget (intesi come livelli assistenziali, numero e tipo di pazienti trattati, oppure introduzione di certe metodiche, riduzione della media di accertamenti strumen-

tali, automazione di certe attività, ecc.);

— i programmi (insieme di azioni da cui ci si attende l'ottenimento degli obiettivi);

— le risorse richieste (di personale, di spazi, di beni di consumo, ecc.).

Il budget è uno strumento potente per il coordinamento di attività complesse, di esplicitazione degli elementi di contraddittorietà di certe scelte, di corretta gestione negoziale dei conflitti, di mantenimento dell'equilibrio tra responsabilità ed autonomia dei singoli professionisti, di aumento della partecipazione di diversi soggetti a importanti momenti decisionali. Per questi motivi il sistema a budget si dimostra perfettamente coerente all'interno di un sistema organizzativo basato sull'autonomia e sulla discrezionalità.

Dal punto di vista tecnico l'implementazione di un processo di budget necessita di notevoli accorgimenti e di una forte propensione all'integrazione dei professionisti. Gli elementi tecnici fondamentali sono i seguenti (Zavattaro 1993):

— l'identificazione della struttura delle responsabilità e quindi la verifica dell'articolazione organizzativa al fine di determinare i centri di responsabilità ed il loro contenuto;

— la definizione di un processo decisionale di tipo bottom-up, basato su dinamiche negoziali, all'interno di un quadro strategico generale definito dal vertice aziendale;

— la strumentazione tecnico contabile di supporto che deve consentire l'esplicitazione dei risultati attesi in modo concordato e condiviso da tutti i soggetti interessati.

In conclusione il disegno organizzativo prospettato si basa sostanzialmente su tre elementi fondamentali:

1) una struttura organizzativa di tipo «flessiforme», funzionante sulla

base di una rete interna ed interpersonale altamente integrata;

2) l'orientamento organizzativo ai bisogni dell'utenza;

3) lo sviluppo di sistemi operativi di programmazione e controllo responsabilizzanti circa i risultati raggiunti a fronte dell'uso di certe risorse.

Questi tre elementi indirizzano le logiche di progettazione organizzativa delle aziende sanitarie in quanto sono:

— coerenti con le caratteristiche intrinseche delle aziende di servizi;

— coerenti con l'evoluzione dei sistemi sanitari, caratterizzata in particolare dal rafforzamento del ruolo del paziente-utente nell'orientamento del sistema di offerta, attuato attraverso strumenti che rivalutano «la scelta del consumatore», lo sviluppo delle dimensioni delle aziende sanitarie spinto da fattori tecnico-produttivi, l'introduzione di meccanismi competitivi più forti rispetto a quelli attuali.

#### BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw-Hill, Milano, 1988.
- AA.VV., 1990, *L'azienda Sanità*, Atti del convegno Internazionale, Bologna 14-16 ottobre 1986.
- AIROLDI G., *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano, 1980.
- BORGONOV E. (A CURA DI), *Il servizio sanitario nazionale*, Stato ed economia. Lo Stato come spende, ed. Il Sole-24 ore, Milano, 1988.
- BORGONOV E., *La logica aziendale per realizzare l'autonomia istituzionale*, «Azienda pubblica», 2, 1991.
- BORGONOV E., ZANGRANDI A., *L'ospedale un approccio economico aziendale*, Giuffrè, Milano.
- BUTERA F., *Il castello e la rete*, F. Angeli, Milano, 1990.
- CAMPANA A., OLIVIERO G., *Il cambiamento organizzativo in ospedale*, Rosenberg e Sellier, Milano, 1992.
- CHAMPY J., *Reengineering management*, Harper Business, New York, 1995.
- CROZIER M., *L'entreprise a l'ecoute*, Interditions, Paris, 1989.
- DAVENPORT T.H., *Innovazione per processi*, F. Angeli, Milano, 1994.

- EIGLIER E., LANGARD P., *Il marketing strategico dei servizi*, McGraw-Hill, Milano, 1988.
- GALBRAITH J.R., *Organization Design*, Addison Wesley, 1977.
- GRANDORI A., *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, Bologna, 1995.
- LOMI A., *Reti organizzative*, Il Mulino, Bologna, 1991.
- MENEGUZZO M., *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, EGEA, 1995.
- MENEGUZZO M., DEL VECCHIO M., *Il cambiamento organizzativo e gestionale nell'area della Sanità Pubblica*, Cerisdi, quaderno n. 2, Palermo, 1993.
- MILLS P., *Managing Service Industries: Organizational Practices in a Postindustrial Economy*, Ballinger, 1986.
- MINTZBERG H., *Structure in Fives. Designing Effective Organisation*, Prentice Hall, 1985
- (trad. it. La progettazione dell'organizzazione aziendale, Il Mulino, Bologna, 1985).
- NORMANN R., *La gestione strategica dei servizi*, Etas Libri, Milano, 1985.
- SALVEMINI S., PIANTONI G., *Gestire persone e idee nel terziario avanzato*, Egea, Milano, 1991.
- REBORA G., MENEGUZZO M., *Strategia nelle amministrazioni pubbliche*, UTET, 1991.
- RUFFINI R., *La produttività nelle aziende di servizi*, Guerini scientifica, Milano, 1995.
- RUFFINI R., *La gestione strategica del personale nelle aziende sanitarie*, Azienda pubblica, n. 1, 1995.
- RAPPINI V., RUFFINI R., *Uno strumento di comunicazione integrata per il monitoraggio dei processi di erogazione*, **Mecosan**, 4, 1992.
- RUTA C., *Sanità e management*, Etas libri, Milano, 1993.
- THE ADVISORY BOARD COMPANY, *Re-engineering the Hospital*, Washington, 1992 (documento interno).
- USL DI REGGIO EMILIA, *Programma qualità totale: esperienze e ipotesi di sviluppo dopo la legge regionale n. 19/94*, giornata di lavoro del 5 ottobre 1994 (documento interno).
- ZANGRANDI A., *Cambiamento e formazione manageriale in sanità*, Economia e Management, marzo 1988.
- ZAVATTARO F., *Il budget, una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario*, **Mecosan**, 5, 1993.
- ZEITHAMAL ET AL., *Servire la qualità*, McGraw-Hill, Milano, 1991.

# **Commenti**

Sezione 2<sup>a</sup>

# ANALISI SINOTTICA DELLE LEGGI REGIONALI IN MATERIA DI INTRODUZIONE DELLA CONTABILITÀ ECONOMICA NELLE AZIENDE SANITARIE

di Luca Buccoliero, Alberto Corradini, Francesco Zavattaro

CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

In attuazione di quanto disposto dai decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93, numerose regioni italiane hanno ormai provveduto ad emanare norme in materia di programmazione, gestione e controllo delle aziende dei servizi sanitari regionali. L'analisi delle leggi e dei progetti di legge disponibili consente finalmente di formulare giudizi che, entrando per la prima volta nel merito dei dettagli dell'impianto normativo, non si limitino ad una generica analisi «tecnica» dei sistemi contabili adottati e dei principali problemi applicativi ma consentano riflessioni di più ampia portata.

L'analisi sinottica delle reali articolazioni dei sistemi di contabilità economica (come definite dalle diverse leggi regionali) qui presentata consente di esaminare le principali implicazioni dei nuovi sistemi di contabilità economica sulle dinamiche delle aziende sanitarie pubbliche, con particolare riferimento ai reali livelli di autonomia e responsabilità delle stesse, evidenziando, tra l'altro, in che misura i vari strumenti e meccanismi previsti dall'impianto normativo afferiscano ai diversi ambiti di responsabilità e come, nel loro insieme, definiscano il grado di autonomia e responsabilità complessiva dell'azienda.

Nel valutare autonomia e responsabilità dell'azienda, un primo significativo ambito di indagine è costituito dallo spazio d'azione che il *manage-*

*ment* possiede nell'orientare lo sviluppo strategico dell'azienda. La misura di tale autonomia costituisce infatti un rilevante e tangibile indizio di responsabilità dell'azienda e si concretizza nella possibilità:

— di indicare le priorità sulle diverse aree di bisogno;

— di definire la qualità e la quantità dei livelli di assistenza erogati;

— di individuare i criteri per l'allocazione delle risorse, influenzando, ove possibile, le fonti di finanziamento (attraverso meccanismi di negoziazione).

L'analisi delle tipologie e delle caratteristiche dei documenti di pianificazione e dei bilanci preventivi consente un primo apprezzamento dell'ampiezza dell'autodeterminazione lasciata ai vertici aziendali nella definizione delle strategie e tale giudizio può essere significativamente arricchito da ulteriori considerazioni in merito a meccanismi quali, ad esempio, la destinazione/copertura del risultato (positivo o negativo) generato nell'esercizio.

Oltre alla verifica dell'effettiva capacità dei vertici di presidiare la dimensione strategica dell'azienda, un secondo ambito di misurazione del reale livello di autonomia e responsabilità dell'azienda è rappresentato dal complesso delle relazioni dei vertici aziendali con i soggetti esterni (con la Regione ma anche, ad esempio, con

organi quali i revisori dei conti) e dalle effettive attribuzioni proprie del Direttore Generale rispetto al ruolo di controllo del soggetto istituzionale da cui è nominato. Relativamente a tali dimensioni, nell'analisi sinottica qui proposta si analizzano innanzitutto i diversi *iter* di redazione ed approvazione dei bilanci, evidenziando inoltre i diversi meccanismi previsti in caso di inadempienza del Direttore Generale rispetto agli obblighi di redazione ed approvazione del bilancio e le diverse caratteristiche del controllo dei revisori dei conti.

Infine, di particolare interesse appare il sistema delle relazioni interne gestite dal *management* (nel guidare l'azienda verso il conseguimento degli obiettivi strategici), che si concretizza nelle modalità di adozione e gestione di meccanismi di programmazione e controllo, quali, ad esempio, quelli:

— di delega interna;

— di allocazione delle risorse;

— di controllo della gestione.

Rispetto alle tre aree qui sinteticamente descritte, le tabelle allegate riassumono e confrontano gli orientamenti in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende sanitarie delle seguenti regioni:

— Regione Toscana (L.R. 22 febbraio 1996, n. 14);

— Regione Veneto (L.R. 14 settembre 1994, n. 55);

— Regione Piemonte (L.R. 18 gennaio 1995, n. 8);

— Regione Liguria (L.R. 8 febbraio 1995, n. 10);

— Regione Puglia (L.R. 30 dicembre 1994, n. 38);

— Regione Emilia-Romagna (L.R. 20 dicembre 1994, n. 50).

Sono inoltre analizzati due progetti di legge: quello della regione Abruzzo, già ufficialmente reso pubblico ed in via di approvazione, e quello di un altro contesto regionale che, in considerazione del carattere «provvisorio» ed «ufficioso» del documento pervenuto, si è preferito non esplicitare (nelle tavole è denominato P.d.L. A).

Il campione dell'analisi qui descritta è stato così composto in considerazione della sua significatività, in

quanto include orientamenti normativi eterogenei e ben rappresentativi del quadro nazionale. Peraltro, l'analisi delle diverse normative ha consentito di ravvisare l'esistenza di alcuni «gruppi» di leggi regionali significativamente simili, il che induce a ritenere plausibili reciproche influenze nella fase di definizione e formalizzazione dei contenuti (come è possibile verificare, ad esempio, attraverso il confronto delle leggi della Regione Veneto e della Regione Puglia). Rispetto a tali «gruppi», le leggi incluse nelle tabelle di sintesi riassumono compiutamente i diversi paradigmi adottati e alcune di tali leggi potrebbero aver costituito il riferimento per la redazione delle altre normative.

Coerentemente con la chiave di lettura prescelta, il confronto prende in

esame i seguenti ambiti dei diversi orientamenti regionali, identificandone le caratteristiche ritenute più significative:

— i piani strategici ed i bilanci pluriennali;

— i bilanci economici preventivi annuali;

— i bilanci consuntivi d'esercizio;

— il «risultato dell'esercizio»;

— i criteri guida della gestione;

— il ruolo dei revisori dei conti;

— gli statuti ed i regolamenti aziendali.

### 1. I piani strategici ed i bilanci pluriennali (tabelle 1.1-1.4)

Nel valutare l'impatto dei documenti e dei meccanismi del nuovo sistema contabile sull'ampiezza del-

**Tabella 1.1 - Il piano strategico**

	Denominazione	Durata	Articolazione	Riferimenti esterni
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Piano strategico.	Triennale con aggiornamento annuale.	Articolazione in programmi e progetti.	Conforme agli indirizzi programmatici della Regione.
<i>P.d.L. A</i>	Piano pluriennale.	Triennale con aggiornamento annuale.	Articolazione per anno.	Coerente con il piano sanitario regionale.
<i>Toscana</i>	Piano attuativo aziendale.	Annuale.	Non definita.	Coerente con il piano attuativo locale della Conferenza dei sindaci.
<i>Veneto</i>	Piano generale.	Durata e scadenza corrispondenti a quelle del piano socio-sanitario regionale.	Articolazione annuale e distinzione delle fondamentali strutture dell'azienda, con separata evidenza dei servizi sociali.	Coerente con il piano socio-sanitario regionale, con gli altri atti della programmazione regionale e con i piani di zona approvati dal sindaco.
<i>Piemonte</i>	Programma d'attività.	Triennale.	Articolazione in stralci annuali, con separata evidenza dei programmi di ciascun presidio ospedaliero e di ciascun distretto.	Definito sulla base della programmazione generale e delle linee di indirizzo formulate dalla Conferenza dei Sindaci.
<i>Liguria</i>	Piano generale.	Triennale con aggiornamento annuale.	I piani possono essere generali, se si riferiscono all'attività complessiva dell'azienda, ovvero particolari, se riguardano settori specifici di attività.	Coerente con il piano sanitario nazionale, con quello regionale e, per le USSEL, con gli indirizzi della Conferenza dei Sindaci.
<i>Puglia</i>	Piano generale.	Triennale.	Articolazione almeno annuale e distinzione delle fondamentali strutture dell'azienda, con separata evidenza ai servizi sociali.	Uniforme rispetto ai contenuti del piano sanitario regionale e coerente con i piani di zona approvati dai Comuni.
<i>Emilia-Romagna</i>	Piano programmatico.	Stessa durata del piano sanitario regionale con aggiornamento annuale.	Articolazione in programmi e progetti.	In conformità al piano sanitario regionale.

l'autonomia e della responsabilità del *management* una prima rilevante osservazione riguarda il duplice livello di pianificazione individuato dall'impianto normativo di tutte le regioni considerate.

Da un lato, infatti, è prevista la formalizzazione delle strategie in piani aziendali, dall'altro, in correlazione con questi ultimi, la trasposizione di tali indicazioni strategiche in termini economico-quantitativi nei bilanci pluriennali.

Limitatamente al piano strategico, giova sottolineare la varietà delle denominazioni proposte dalle diverse leggi, talora più coerenti con il dichiarato proposito di autonomia aziendale («piano strategico»), talora più ancorate, almeno nominalmente, a schemi

del passato («programmi di attività», «piani attuativi», «piani pluriennali», «piani generali», «piani programmatici d'azienda», ecc.).

L'orizzonte temporale di norma considerato è triennale ed alcune regioni ne propongono l'aggiornamento su base «scorrevole», anche se tale concetto appare di difficile ed improbabile applicazione ad una «strategia» intesa nella tradizionale e corretta accezione del termine.

Il piano è sempre redatto in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale ed in genere con la programmazione regionale nonché, talvolta, in ottemperanza alla linee-guida dettate dai Comuni e dalle Conferenze dei Sindaci (per quanto riguarda le USL). Uno specifico contesto re-

gionale (la Regione Toscana) postula la specifica approvazione del «piano attuativo aziendale» da parte della Giunta Regionale, mentre gli altri non esplicitano la necessità di approvazione ma talora richiedono la trasmissione del piano alla Conferenza dei Sindaci, che esprime un parere sulla sua congruenza rispetto agli orientamenti espressi in precedenza dalla stessa Conferenza.

Interessanti particolarità emergono riguardo agli schemi di articolazione del piano: mentre alcuni testi fanno riferimento all'adozione di schemi regionali, altri dettano le principali linee di articolazione che, quando sono definite, consistono prevalentemente nella distinzione tra i diversi esercizi annuali e, talvolta, nella distinta evi-

**Tabella 1.2 - Il piano strategico**

	Contenuto	Iter di approvazione
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Programmi di attività, di ridimensionamento/ristrutturazione dei servizi, investimenti pluriennali, politiche di sviluppo delle risorse umane, fonti finanziarie ed economiche.	Adottato dal Direttore Generale.
<i>P.d.L. A</i>	Per le aziende USL, i livelli assistenziali da perseguire e, per le aziende ospedaliere, il volume di prestazioni da erogare.	Adottato dal Direttore Generale, con successiva verifica di congruità e compatibilità da parte della Regione ed osservazioni della conferenza locale per la sanità.
<i>Toscana</i>	Distinta articolazione per anno e per le fondamentali strutture dell'azienda. Separata evidenza ai servizi sociali.	Approvazione della Giunta Regionale su parere della conferenza sanitaria regionale.
<i>Veneto</i>	Finalità, indirizzi, obiettivi e politiche di gestione, con individuazione delle azioni programmatiche conseguenti.	Adozione da parte del D.G. entro il 31/12. Entro il 20/11 di ogni anno il piano generale è trasmesso ai Sindaci o alla rappresentanza dei Presidenti delle circoscrizioni, che rimettono le proprie osservazioni alla Giunta ed alla USL.
<i>Piemonte</i>	Definizione delle scelte ed assunzione degli obiettivi nel periodo di riferimento.	Il programma di attività è adottato entro il 31/10 di ogni triennio dal Direttore Generale.
<i>Liguria</i>	Finalità, indirizzi, obiettivi e politiche di gestione, con individuazione delle azioni programmatiche conseguenti.	Il piano generale deve essere adottato dal Direttore Generale entro il 30/09 dell'ultimo anno di vigenza del piano generale precedente. È soggetto al controllo della Regione.
<i>Puglia</i>	Finalità, indirizzi, obiettivi, politiche di gestione ed azioni programmatiche conseguenti.	Adozione da parte del D.G. entro il 31/12. Entro il 20/11 di ogni anno il piano generale è trasmesso ai Sindaci o alla rappresentanza dei Presidenti delle circoscrizioni, che rimettono le proprie osservazioni alla Giunta ed alla USL.
<i>Emilia-Romagna</i>	Risorse finanziarie ed economiche necessarie per la realizzazione degli obiettivi, programma pluriennale degli investimenti, indicatori di economicità aziendale e di qualità, riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza, prestazioni e riorganizzazione dei servizi a livello di singoli distretti.	Adozione da parte del Direttore Generale sentita la conferenza dei sindaci.

denza data ai diversi presidi dell'azienda ed all'area socio assistenziale. L'obbligo di articolare il piano (così come si vedrà in seguito per i bilanci) secondo una molteplicità di dimensioni determina, come è ovvio, la moltiplicazione dei documenti da redigere, l'aumento della loro analiticità e della loro complessità ed il conseguente aggravio in termini di risorse necessarie per la loro elaborazione: anche in que-

sto caso si imporrebbe un'attenta valutazione ed un rigoroso confronto dei costi e delle utilità marginali dei dati e delle informazioni aggiuntive ottenibili attraverso una maggiore articolazione del sistema.

Il grado di dettaglio circa i contenuti del piano non appare omogeneo tra i diversi provvedimenti normativi analizzati: alcuni si limitano ad enfatizzare la definizione degli obiettivi

strategici (includendovi, talvolta, i livelli assistenziali da perseguire), mentre altri richiedono la definizione dei fabbisogni finanziari ed organizzativi ed il piano degli investimenti necessari.

Come già anticipato, tutte le leggi regionali collegano in modo esplicito il bilancio pluriennale al documento di strategia e programmazione sopra definito, del quale normalmente ricalca

**Tabella 1.3 - Il bilancio preventivo pluriennale**

	Meccanismi di collegamento con altre forme di programmazione	Struttura
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Correlato al Piano Strategico.	Il Piano Strategico è articolato in programmi ed in progetti. Si ipotizza la definizione di uno schema-tipo da parte della Giunta Regionale.
<i>P.d.L. A</i>	Correlato al Piano pluriennale ed agli altri strumenti (il programma annuale, le azioni programmate ed i progetti-obiettivo).	Il budget triennale è articolato per anno e reca con separata evidenza le previsioni di costi e ricavi tendenti al pareggio relativi ai servizi socio-assistenziali delegati. Aggiornamento annuale per scorrimento.
<i>Toscana</i>	Correlato alle indicazioni fornite dal piano sanitario e collegato agli obiettivi del piano attuativo.	Per ciascun anno della sua durata: — stato patrimoniale; — conto economico. Al bilancio pluriennale è allegato il piano degli investimenti ed è corredato da una nota integrativa e da una relazione del D.G. È strutturato in conformità allo schema approvato dalla Giunta regionale.
<i>Veneto</i>	Correlato al Piano Generale ed agli altri strumenti di programmazione.	Si articola in: — parte economica; — parte finanziaria; — parte patrimoniale. Il contenuto è articolato per anno e per le fondamentali strutture con separata evidenza dei servizi sociali. È strutturato secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta regionale.
<i>Piemonte</i>	Correlato al programma di attività, che è definito sulla base delle linee di indirizzo formulate dalla Conferenza dei Sindaci.	Il programma di attività è articolato in stralci annuali.
<i>Liguria</i>	Correlato al Piano Generale (di durata triennale).	Deve essere redatto in coerenza con il piano generale (rispetto al quale non viene esplicitata nessuna struttura particolare).
<i>Puglia</i>	Correlato al Piano Generale ed agli altri strumenti di programmazione.	Si articola in: — parte economica; — parte finanziaria; — parte patrimoniale. Il bilancio pluriennale è strutturato secondo lo schema obbligatorio regionale, ha una durata corrispondente a quella del piano generale ed è annualmente aggiornato per scorrimento. Il suo contenuto è strutturato per anno e rispetto alle fondamentali strutture della USL (ospedali, distretti, dipartimento di prevenzione, servizi generali) con separata evidenza dei servizi sociali.
<i>Emilia-Romagna</i>	Correlato al Piano Programmatico d'Azienda.	Il bilancio pluriennale è articolato per esercizio con separata indicazione dei Servizi socio-assistenziali. È predisposto secondo lo schema approvato dalla regione ed è aggiornato annualmente con riferimento al Piano Programmatico.

la struttura, l'articolazione, la durata ed i meccanismi di aggiornamento, rappresentandone l'esatta trasposizione in termini economici/patrimoniali/finanziari (si vedano le tabelle 1.3 e 1.4). Tale triplicità di contenuti del bilancio pluriennale caratterizza la quasi totalità delle leggi analizzate, mentre soltanto alcune eccezioni si limitano a richiedere esclusivamente l'analisi della dimensione finanziaria (l'unica che, in un'ottica preventiva, appaia ragionevole ed utile indagare) o di quella economica (del tutto inadeguata a fornire, da sola, informazioni di rilievo).

L'adozione del bilancio pluriennale è, di norma, adempimento del Direttore Generale, il quale, con procedure e

scadenze diverse, ne cura la trasmissione alla Giunta Regionale (talora unitamente al piano strategico, talora invece insieme al bilancio annuale) e, in alcuni contesti, al comitato ristretto dei sindaci.

## 2. I bilanci economici preventivi annuali (tabelle 2.1-2.2)

Il bilancio economico preventivo annuale rappresenta una delle più significative innovazioni introdotte dal D.L.vo n. 502 e su questo documento è evidente l'enfasi posta dal Legislatore.

Limitatamente alle sue finalità, si può osservare come tutte le leggi regionali sottolineino il suo ruolo di

spiegazione del risultato economico atteso, ben diverso da una funzione meramente autorizzativa, mentre soltanto in via eccezionale esso è considerato uno strumento di definizione di ambiti di autonomia interna sulle risorse.

Una sola legge regionale (quella della Regione Piemonte) pone un vincolo di pareggio nella redazione del bilancio, mentre le altre escludono (considerando il pareggio quale obiettivo di lungo periodo) o non menzionano tale vincolo.

La struttura-tipo dei bilanci economici preventivi annuali si compone sempre del preventivo economico, spesso abbinato alla tavola dei flussi finanziari; in alcuni contesti si richie-

**Tabella 1.4 - Il bilancio preventivo pluriennale**

	Contenuto	Iter di approvazione
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Traduzione delle scelte del Piano Strategico nei conseguenti valori economici e finanziari (in particolare: fonti ed impieghi finanziari).	Il D.G. entro il 30/11 lo adotta e lo trasmette unitamente al Piano Strategico alla Giunta Regionale (per verifica della coerenza con gli indirizzi programmatici regionali) ed al comitato ristretto dei Sindaci (che può rimettere osservazioni alla Giunta regionale entro 15 giorni).
<i>P.d.L. A</i>	Traduzione delle scelte del Piano Pluriennale in termini economici di costi e ricavi.	Il D.G. entro il 31/10 adotta e trasmette il budget triennale o il suo aggiornamento alla regione.
<i>Toscana</i>	Traduzione in termini economici, patrimoniali e finanziari delle indicazioni del piano attuativo.	È adottato annualmente insieme al bilancio preventivo economico.
<i>Veneto</i>	Traduzione in termini economici, patrimoniali e finanziari del piano generale e degli altri strumenti della programmazione.	È approvato dal D.G. entro il 31/12 dell'anno precedente a quello cui il documento di bilancio si riferisce ed è trasmesso entro dieci giorni alla Giunta regionale.
<i>Piemonte</i>	Rappresenta per ogni esercizio di riferimento la previsione dei costi e dei ricavi di gestione nonché della situazione patrimoniale e costituisce lo strumento per riscontrare le modalità di utilizzazione delle risorse del periodo considerato. Evidenzia, inoltre, gli investimenti previsti, indicando le modalità di copertura ed i riflessi sui costi.	Il D.G. adotta ogni anno entro il 31/10, insieme al programma di attività ed al bilancio economico annuale di previsione, anche il bilancio pluriennale.
<i>Liguria</i>	Traduzione del contenuto del Piano generale in termini economici, finanziari e patrimoniali.	Il bilancio pluriennale è adottato entro il 30/09 di ogni anno ed è approvato dal D.G.
<i>Puglia</i>	Traduzione del contenuto del Piano generale in termini economici, finanziari e patrimoniali.	Il bilancio pluriennale di previsione è trasmesso entro il 20/11 di ogni anno al Sindaco o alla rappresentanza della Conferenza dei sindaci o alla rappresentanza dei Presidenti delle circoscrizioni. Entro il 31/12 di ogni anno deve essere deliberato dal D.G. e trasmesso alla Giunta regionale.
<i>Emilia-Romagna</i>	Traduzione del Piano Programmatico in termini economico-finanziari e patrimoniali evidenziando in particolare gli investimenti e la copertura finanziaria. È predisposto secondo lo schema approvato dalla Regione.	Il bilancio pluriennale di previsione e i successivi aggiornamenti sono adottati dall'azienda e trasmessi alla Giunta regionale entro il 15/11 di ogni anno.

de la redazione dello stato patrimoniale (peraltro di scarso interesse e limitata rilevanza in un'ottica preventiva). Alcune leggi regionali postulano, inoltre, la redazione di una relazione

programmatica di esercizio a cura del Direttore Generale, nella quale si indicano gli obiettivi di gestione da perseguire, i livelli di efficienza da conseguire, le politiche di sviluppo dei ser-

vizi ed i criteri di valutazione adottati nei documenti di bilancio. Limitatamente ai principi contabili di riferimento si osservi come le diverse leggi facciano riferimento talvolta ai princi-

**Tabella 2.1 - Il bilancio economico preventivo annuale**

	Documenti che lo compongono	Principi contabili di riferimento	Pareggio
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Conto Economico Preventivo (risultato economico complessivo atteso). Tavola dei Flussi di Cassa Preventivi (saldo netto di cassa previsto). Relazione Programmatica d'Esercizio (indica gli obiettivi di gestione che l'azienda intende perseguire nell'esercizio di riferimento espressi in termini di livelli quantitativi e qualitativi effettivi di assistenza che si programma di erogare, i livelli di efficienza da conseguire, le politiche di sviluppo e potenziamento dei servizi; definisce inoltre i criteri di valutazione adottati nei documenti di bilancio).	Gli stessi utilizzati nella redazione del bilancio d'esercizio.	Obiettivo essenziale di lungo periodo.
<i>P.d.L. A</i>	Budget economico. Situazione finanziaria (con analisi dei flussi finanziari). Situazione patrimoniale. Il budget annuale costituisce la linea guida della gestione economica ma non costituisce atto autorizzativo preventivo. Il superamento delle previsioni in uno o più conti è soggetto a posteriori ad analisi e controlli ma non costituisce di per se stesso illecito in quanto riferito a previsioni economiche.	Direttive regionali e nazionali.	Obiettivo di lungo periodo.
<i>Toscana</i>	Riclassificazione per funzioni, servizi, articolazioni organizzative, progetti delle poste presenti nel primo conto economico del bilancio pluriennale. Prospetto dei flussi di cassa. Nota Integrativa. Al bilancio annuale di previsione è allegato il budget generale d'azienda.	È predisposto in conformità allo schema approvato dalla Giunta regionale.	Non citato.
<i>Veneto</i>	«Documento economico» articolato per le strutture fondamentali dell'azienda e con separata evidenza dei servizi sociali secondo schema obbligatorio regionale. Deve essere corredato da una relazione del D.G. Il budget generale ne costituisce allegato necessario.	Deve essere formulato secondo lo schema obbligatorio fornito dalla Giunta regionale.	Non citato.
<i>Piemonte</i>	Conto economico. Stato patrimoniale (con indicazione delle voci corrispondenti nell'esercizio precedente). Nota integrativa. «I bilanci devono essere corredati da una relazione del direttore generale sulla situazione dell'azienda e sull'andamento della gestione nel suo complesso e nei vari settori d'attività, con particolare riguardo ai costi, ai ricavi ed agli investimenti».	Per proventi, oneri e rischi: principio di competenza.	Vincolo di breve periodo (il bilancio annuale di previsione deve essere redatto in pareggio).
<i>Liguria</i>	Il budget generale costituisce allegato necessario del bilancio annuale di previsione.	Si applicano i principi stabiliti dal codice civile. Al fine di assicurare omogeneità, la Giunta regionale può fissare ulteriori criteri integrativi.	Non citato.
<i>Puglia</i>	Il bilancio economico preventivo è corredato da una relazione del Direttore generale. Inoltre, il budget generale e la relazione di accompagnamento costituiscono allegati necessari del bilancio economico preventivo.	Deve essere formulato secondo lo schema obbligatorio adottato dalla Giunta regionale.	Non citato.
<i>Emilia-Romagna</i>	Il Bilancio economico preventivo è corredato da una relazione illustrativa del D.G. che deve prevedere: gli investimenti da attuarsi con l'indicazione della spesa prevista nell'anno e le modalità del finanziamento; le prestazioni che si intendono erogare in rapporto con quelle erogate nel triennio precedente; i valori più significativi dell'ultimo bilancio di esercizio adottato; i dati analitici relativi al personale con le variazioni previste nell'anno; i flussi di cassa previsti; le articolazioni del budget con i corrispondenti obiettivi e risorse. È inoltre considerato come allegato il documento di budget.	Deve essere formulato in base allo schema di bilancio obbligatorio approvato dalla Regione.	Non citato.

pi stabiliti dal codice civile talvolta a schemi e criteri adottati dalla giunta regionale.

Le procedure stabilite dalle leggi regionali prese in esame prevedono, di norma, l'adozione del bilancio a cura del direttore generale e la sua trasmissione alla giunta Regionale e, talvolta, anche alla conferenza dei sindaci. Il P.d.L. della regione Abruzzo prevede un ruolo di approvazione del bilancio preventivo da parte della Giunta Regionale e la possibilità che quest'ultima emani un atto di rigetto motivato qualora ravvisi incoerenza con il quadro complessivo delle risorse finanziarie disponibili.

Degno di menzione appare, infine, il fatto che alcune leggi regionali prevedano meccanismi di «assesta-

mento» (revisione periodica) del bilancio preventivo, qualora nel corso dell'esercizio si verificano situazioni tali da giustificare scostamenti rilevanti rispetto alle previsioni originarie.

### 3. I bilanci consuntivi d'esercizio (tabelle 3.1-3.2)

Il bilancio consuntivo d'esercizio, come descritto in tutte le leggi regionali in esame, si compone dei seguenti documenti:

- stato patrimoniale;
- conto economico;
- nota integrativa;
- relazione sulla gestione (i cui contenuti sono evidenziati nella tabella di sintesi).

Tale struttura appare coerente con quella civilistica (per definire i contenuti e le caratteristiche della nota integrativa le leggi regionali fanno esplicito riferimento agli articoli 2427 e 2428 del codice civile).

Numerosi testi di legge postulano (come già osservato a proposito dei piani strategici) una distinta articolazione dei dati per i diversi «settori d'attività» (o «centri di responsabilità») e le sintesi di tali riepiloghi analitici devono trovare spazio nella relazione del D.G. oppure nella nota integrativa (che, nella Regione Emilia-Romagna, deve ripartire i valori economici con esplicita distinzione tra servizi sanitari ed altri servizi).

**Tabella 2.2 - Il bilancio economico preventivo annuale**

	<b>Meccanismi di collegamento con altre forme di programmazione</b>	<b>Iter di approvazione</b>
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	La costruzione di un budget generale d'azienda può costituire punto di riferimento per l'approvazione dei piani e dei bilanci preventivi. Il budget è articolato per aree e centri di responsabilità secondo modalità corrispondenti alle caratteristiche organizzative e funzionali di ciascuna azienda.	Il D.G. entro il 30/11 lo adotta e lo trasmette unitamente agli altri documenti del piano programmatico d'esercizio (Piano Annuale di Organizzazione e Piano Annuale delle Dinamiche Complessive del Personale) alla Giunta Regionale per approvazione. La giunta, di concerto con il DG, adegua i valori del bilancio economico preventivo annuale per consentirne l'approvazione. Il D.G. inoltre lo trasmette al comitato ristretto dei Sindaci (che può rimettere osservazioni alla Giunta regionale entro 15 giorni).
<i>P.d.L. A</i>	Correlato al Piano pluriennale ed agli altri strumenti della programmazione (il programma annuale, le azioni programmate ed i progetti-obiettivo).	Il D.G. entro il 31/10 adotta e trasmette il budget annuale all'Assessorato alla Salvaguardia e cura della Salute.
<i>Toscana</i>	Disaggregazione del bilancio pluriennale.	Adottato dal DG e trasmesso alla Giunta entro il 10/9 (azienda USSL) ed entro il 30/9 (aziende sanitarie). L'azienda USSL deve trasmetterlo anche alla conferenza dei sindaci.
<i>Veneto</i>	Correlato alla metodica di budget.	È approvato dal D.G. entro il 31/12 dell'anno precedente a quello cui il documento di bilancio si riferisce ed è trasmesso entro dieci giorni alla Giunta regionale.
<i>Piemonte</i>	Il bilancio economico è redatto sulla base del programma di attività, nel limite del budget autorizzato ed assegnato dalla Giunta Regionale e considerati gli altri ricavi di gestione nonché la situazione patrimoniale.	Il D.G. entro il 31/10 lo adotta e lo trasmette alla Regione entro il 30/11.
<i>Liguria</i>	Il bilancio economico di previsione è redatto sulla base dei piani, dei programmi e dei progetti.	È approvato dal D.G. entro il 30/09 di ciascun esercizio, coincidente con l'anno solare, ed è riferito all'esercizio successivo.
<i>Puglia</i>	Correlato alla metodica di budget.	Entro il 31/12 di ogni anno deve essere deliberato dal D.G. e trasmesso alla Giunta regionale.
<i>Emilia-Romagna</i>	Il bilancio economico preventivo è redatto conformemente al bilancio pluriennale di previsione.	Il bilancio economico preventivo è adottato dall'azienda e trasmesso alla Giunta regionale entro il 15/11 di ogni anno.

La maggior parte delle leggi analizzate richiama il Codice Civile per la definizione dei principi contabili da adottare; alcune forniscono direttamente una dettagliata descrizione dei principi e dei criteri di redazione, valutazione ed ammortamento; altre ri-

mandano invece a successive direttive regionali.

L'iter di approvazione prevede: — in alcuni contesti, l'adozione del bilancio da parte del D.G. e la successiva trasmissione (a cura del D.G.) alla Giunta Regionale per approvazione

(ad esempio nel caso del P.d.L. della regione Abruzzo);

— in altre regioni l'approvazione del bilancio da parte del D.G. e la trasmissione alla Giunta Regionale (ad esempio in Liguria), talora evidenziando la necessità di un controllo da

**Tabella 3.1 - Il bilancio consuntivo d'esercizio**

	Documenti che lo compongono	Fonti dei principi contabili utilizzati sia per le strutture che per i principi di valutazione	Caratteristiche della nota integrativa
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Stato Patrimoniale. Conto Economico. Nota Integrativa. Relazione sulla Gestione in conformità agli schemi adottati dalla Giunta Regionale.	Si applicano le disposizioni del codice civile (art. 2423 e seguenti).	In conformità agli artt. 2427-2428 del C.C. In particolare, deve recare separata indicazione dei costi, dei proventi dei ricavi riferibili ai presidi ospedalieri delle aziende USSL
<i>P.d.L. A</i>	Stato Patrimoniale. Conto Economico. Nota Integrativa. Relazione sulla Gestione con distinta considerazione delle fondamentali strutture dotate di autonomia budgetaria, con particolare riguardo a costi, ricavi, proventi ed investimenti.	Secondo le direttive regionali e nazionali.	In conformità a quanto disposto dal C.C. per l'impresa.
<i>Toscana</i>	Stato Patrimoniale. Conto Economico. Nota Integrativa. Relazione del D.G. sulla gestione. Allegati illustrativi della gestione finanziaria. La relazione evidenzia: — scostamenti rispetto ai preventivi; — cause di perdita; — modalità di ripiano; — risultati in termini di servizi e prestazioni; — dati sulle variazioni del personale.	Si applicano le disposizioni del codice civile (art. 2423 e seguenti).	In conformità a quanto disposto dal C.C.
<i>Veneto</i>	Stato Patrimoniale. Conto Economico. Nota Integrativa. Relazione del D.G. sulla situazione che evidenzia: — motivazioni degli scostamenti; — sintesi dei risultati della gestione in termine di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di responsabilità.	Dettagliata descrizione dei principi e dei criteri di redazione, di valutazione e di ammortamento.	La nota integrativa deve essere redatta in conformità ai contenuti disciplinati dal C.C. Deve inoltre motivare l'eventuale modifica dei criteri di valutazione adottati (consentita in casi eccezionali), indicandone l'influenza sulla rappresentazione del risultato economico e della situazione patrimoniale e finanziaria.
<i>Piemonte</i>	Conto economico. Stato patrimoniale (con indicazione delle voci corrispondenti nell'esercizio precedente). Nota integrativa. «I bilanci devono essere corredati da una relazione del direttore generale sulla situazione dell'azienda e sull'andamento della gestione nel suo complesso e nei vari settori d'attività, con particolare riguardo ai costi, ai ricavi ed agli investimenti».	Art. 5, comma 5, L. n. 502/92.	In conformità all'articolo 2427 C.C. in quanto compatibile.

(segue) **Tabella 3.1 - Il bilancio consuntivo d'esercizio**

	Documenti che lo compongono	Fonti dei principi contabili utilizzati sia per le strutture che per i principi di valutazione	Caratteristiche della nota integrativa
<i>Liguria</i>	Stato Patrimoniale. Conto Economico. Nota Integrativa. Relazione del D.G. sulla situazione dell'azienda e sull'andamento della gestione nel suo complesso e nelle diverse Aree dipartimentali in cui le aziende si articolano. Ai bilanci delle USL devono essere allegati i bilanci di ciascun presidio ospedaliero.	Si applicano le disposizioni del codice civile.	La nota integrativa deve essere redatta in conformità ai contenuti disciplinati dal C.C.
<i>Puglia</i>	Stato Patrimoniale. Conto Economico. Nota Integrativa. Relazione del D.G. sulla situazione che evidenzia: — motivazioni degli scostamenti; — sintesi dei risultati della gestione in termine di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di responsabilità.	Dettagliata descrizione dei principi e dei criteri di redazione, di valutazione e di ammortamento.	La nota integrativa deve essere redatta in conformità ai contenuti disciplinati dal C.C. Deve inoltre motivare l'eventuale modifica dei criteri di valutazione adottati (Consentita in casi eccezionali), indicandone l'influenza sulla rappresentazione del risultato economico e della situazione patrimoniale e finanziaria.
<i>Emilia-Romagna</i>	Stato Patrimoniale. Conto Economico. Nota Integrativa. Relazione del D.G. sulla situazione dell'azienda e sull'andamento della gestione.	La Regione disciplina la struttura del bilancio di esercizio ed i principi contabili.	La nota integrativa deve indicare la ripartizione dei valori economici distinti in servizi sanitari ed altri in conformità agli schemi adottati dalla Giunta Regionale.

parte della giunta per il perfezionamento dell'approvazione (ad esempio in Emilia-Romagna).

Rilevanti ai fini dell'analisi comparata sono senza dubbio i diversi orientamenti delle leggi regionali nel sanzionare l'eventuale inadempienza dell'azienda rispetto agli obblighi di redazione del bilancio:

— alcuni testi di legge ipotizzano la risoluzione del contratto del Direttore Generale inadempiente (ad esempio, il P.d.L. della regione Abruzzo);

— altre leggi, evidentemente più vicine alla passata interpretazione del ruolo del Direttore Generale quale funzionario regionale piuttosto che autonomo professionista, contemplano l'ipotesi di nominare dei commissari per l'adozione degli atti obbligatori (ad esempio, la legge regionale dell'Emilia-Romagna).

#### 4. Il «risultato» dell'esercizio (tabella 4.1)

Meritevole di distinta ed autonoma evidenza appare l'analisi del ruolo e della stessa essenza del «risultato di esercizio» come definito dalle diverse leggi regionali.

La seguente tabella riassume e confronta analiticamente le seguenti dimensioni del risultato di esercizio:

— la denominazione adottata e l'eventuale interpretazione;

— la destinazione dell'eventuale risultato positivo;

— le modalità di copertura dell'eventuale risultato negativo.

Si noti, innanzitutto, che un solo testo di legge (il P.d.L. della regione Abruzzo) interpreta il risultato di esercizio quale «risparmio» prodotto dalla gestione dell'azienda, mentre le altre

leggi regionali propongono la definizione tradizionale di «utile» d'impresa.

Lo stesso testo di legge è, inoltre, l'unico che sancisce ufficialmente il ruolo della Giunta nell'approvare la proposta di destinazione dell'eventuale risparmio d'esercizio presentata dal Direttore Generale. Poiché le altre leggi non esplicitano tale ruolo, si può ritenere che il Direttore Generale possieda ampi margini di autonoma manovra nel destinare il risultato positivo eventualmente generatosi nel corso dell'esercizio.

Limitatamente alle destinazioni del risultato positivo, prevalgono gli indirizzi ad investimenti, a fondi speciali di incentivazione del personale e ad incrementi permanenti del patrimonio netto.

Per quanto concerne la fattispecie di risultato negativo d'esercizio, è di norma sancito l'obbligo, a carico del direttore generale, di fornirne una giustificazione (inclusendola nella relazione sulla gestione) e, in alcuni contesti regionali, di proporre un piano di riequilibrio. Autonomie (ma, in concreto, diffi-

**Tabella 3.2 - Il bilancio consuntivo d'esercizio**

	Articolazione del bilancio rispetto alle fondamentali strutture delle USL	Iter di approvazione	Mancata adozione
<i>F.d.L. Abruzzo</i>	La contabilità analitica obbligatoriamente adottata consente la rilevazione di risultati riferiti ad opportuni oggetti di calcolo.	Il D.G. entro il 30/6 successivo alla chiusura dell'esercizio lo adotta e lo trasmette unitamente alla relazione del Collegio dei Revisori alla Giunta Regionale per approvazione. Il D.G. inoltre lo trasmette al comitato ristretto dei Sindaci (che può rimettere osservazioni alla Giunta regionale entro 15 giorni). La Giunta, entro 90 giorni dal termine di cui sopra, approva il bilancio d'esercizio.	La mancata trasmissione (entro 90 giorni) costituisce grave motivo ai fini della risoluzione del contratto del DG. Il mancato pronunciamento della Giunta Regionale comporta automatica approvazione del bilancio economico preventivo annuale. La mancata approvazione entro il 31 dicembre consente al D.G. di gestire nei limiti previsti dal bilancio preventivo economico dell'esercizio precedente.
<i>P.d.L. A</i>	La contabilità analitica consente la rilevazione di risultati riferiti ad opportuni oggetti di calcolo.	Il bilancio d'esercizio è approvato dal D.G. entro il 30/4 dell'esercizio successivo a quello cui si riferisce. Entro 10 giorni è trasmesso alla Regione corredato dalla relazione sulla gestione e dalla relazione del collegio dei Revisori. Nello stesso termine il bilancio è trasmesso alla Conferenza Locale della Sanità e al Comitato di rappresentanza.	In caso di ritardo od omissione, l'assessore invita l'azienda a provvedere, entro il termine di 30 giorni. Qualora ciò non avvenga, la Giunta nomina un commissario con l'incarico di adottare l'atto.
<i>Toscana</i>	La contabilità analitica consente la rilevazione di risultati riferiti ad opportuni oggetti di calcolo.	Il D.G. entro il 30/4 successivo alla chiusura dell'esercizio adotta il bilancio d'esercizio e lo trasmette alla Giunta Regionale; nel caso delle Aziende Unità Sanitarie locali, anche alla rispettiva conferenza dei sindaci che rimette entro 20 giorni le sue osservazioni alla Giunta Regionale.	Non esplicitata.
<i>Veneto</i>	Il bilancio d'esercizio deve essere articolato secondo le strutture fondamentali dell'ULSS e dell'Azienda ospedaliera con separata evidenza dei servizi sociali.	Il D.G. entro il 30/4 successivo alla chiusura dell'esercizio lo adotta e lo trasmette alla Giunta Regionale assieme alla relazione sulla gestione ed alla relazione del collegio dei revisori. Viene inoltre trasmessa ai sindaci.	La mancata adozione del bilancio d'esercizio e della proposta per la copertura delle perdite determina la nomina di un commissario <i>ad acta</i> .
<i>Piemonte</i>	Evidenzia previsioni e risultanze dei bilanci interni di ciascun presidio ospedaliero, distretto, dipartimento di prevenzione.	Il bilancio di esercizio è adottato dal D.G. entro il 30/4 dell'esercizio successivo a quello cui si riferisce ed è inviato alla regione per l'approvazione.	Non esplicitata.
<i>Liguria</i>	Il bilancio delle USL deve essere articolato per presidio ospedaliero.	Il bilancio d'esercizio è approvato dal D.G. entro il 30/4 dell'esercizio successivo a quello cui si riferisce.	Non esplicitata.
<i>Puglia</i>	Deve essere articolato rispetto alle fondamentali strutture della USL (ospedali, distretti, dipartimento di prevenzione, servizi generali) con separata evidenza dei servizi sociali.	Il bilancio di esercizio è deliberato dal D.G. entro il 30/4 dell'anno successivo a quello cui si riferisce ed è trasmesso, unitamente alla relazione sulla gestione del D.G. e alla relazione del Collegio dei revisori, alla Giunta regionale e alla Conferenza dei sindaci.	La mancata adozione del bilancio d'esercizio e della proposta per la copertura delle perdite determina la nomina di un commissario <i>ad acta</i> .
<i>Emilia-Romagna</i>	Il bilancio di esercizio deve consentire la separata indicazione dei valori economici dei Servizi socio-assistenziali.	Il bilancio di esercizio, corredato dalla relazione del Collegio dei revisori, è adottato dal D.G. entro il 30/04 successivo alla chiusura dell'esercizio e trasmesso congiuntamente alla relazione del D.G. al controllo della Giunta regionale.	La Giunta regionale nomina i commissari per l'adozione degli atti obbligatori per legge in caso di ritardo od omissione da parte del D.G.

cilmente proponibili, se non in via eccezionale) modalità di ripiano delle eventuali perdite d'esercizio sono individuate da alcune leggi regionali nell'alienazione dei beni patrimoniali disponibili, nell'utilizzo di appositi fondi di riserva ed in specifici interventi del Direttore Generale finalizzati a garantire economie di gestione. Il P.d.L. A prevede che, nel caso in cui le perdite siano dovute all'erogazione di servizi ed al mantenimento di livelli di assistenza superiori agli standard a costi competitivi ed in condizioni di efficienza, la Regione adotti i conseguenti provvedimenti per ripianare le perdite e riequilibrare le risorse ed i livelli di assistenza.

Si noti, infine, che alcune leggi esplicitano il fatto che le rilevanti perdite addebitabili alle responsabilità dei Direttori Generali possono determinare la rimozione di questi ultimi dal loro incarico.

### 5. I criteri guida della gestione (tabella 5.1)

La tabella 5.1 indica i criteri-guida della gestione come descritti dalle diverse leggi regionali. Ne emerge il seguente quadro:

— numerose leggi regionali non esplicitano con distinta evidenza i criteri gestionali che le aziende devono adottare;

— quando sono indicati, tali criteri sono costituiti dal mantenimento di condizioni di efficacia, efficienza ed economicità e dal perseguimento dell'equilibrio economico (annuale o di lungo periodo).

### 6. Il ruolo dei revisori dei conti (tabella 6.1)

La tabella 6.1 riepiloga e confronta le funzioni assegnate dalle diverse leggi regionali al Collegio dei Revisori, come definito all'art. 3

**Tabella 4.1 - Il «risultato» d'esercizio**

	<b>Denominazione, destinazione dell'eventuale risultato positivo e modalità di copertura del risultato negativo</b>
<i>P.d.L. Abruzzo</i>	<p>Il risultato d'esercizio positivo (risultato economico positivo) deve intendersi quale risparmio prodotto dalla gestione dell'azienda e deve essere iscritto in apposita voce del patrimonio netto (con specifica indicazione dell'anno in cui si è prodotto). Qualora non destinato a copertura perdite, tale risparmio, a partire dal secondo esercizio successivo, deve essere destinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— a costituzione della riserva statutaria;</li> <li>— a fondo speciale incentivazione;</li> <li>— a fondo straordinario per il mantenimento della funzionalità delle strutture e della dotazione tecnologica;</li> <li>— ad incremento del fondo di dotazione iniziale per il finanziamento dello sviluppo dell'azienda.</li> </ul> <p>Il risultato d'esercizio negativo (perdita di esercizio) deve essere adeguatamente motivato nella relazione sulla gestione e deve essere iscritto in apposita voce del patrimonio netto (con specifica indicazione dell'anno). Nell'esercizio successivo, il D.G. predispose un piano dettagliato per il recupero delle perdite accumulate. In ogni caso, gli eventuali risparmi devono essere integralmente destinati a copertura delle perdite d'esercizio</p>
<i>P.d.L. A</i>	<p>L'eventuale risultato economico positivo di esercizio è destinato a investimenti. L'eventuale parte non destinata di tale risultato è accantonata in un fondo di riserva. Alla perdita di esercizio si fa fronte utilizzando eventuali fondi di riserva o, in mancanza, alienando beni appartenenti al patrimonio disponibile e mediante specifici interventi del D.G. in ordine all'organizzazione e al funzionamento della USL in grado di garantire economie di gestione.</p> <p>Nel caso in cui le perdite siano dovute all'erogazione di servizi ed al mantenimento di livelli di assistenza superiori agli standard a costi competitivi ed in condizioni di efficienza, la Regione adotta i conseguenti provvedimenti per la copertura delle perdite e per il riequilibrio delle risorse e dei livelli di assistenza.</p>
<i>Toscana</i>	<p>L'eventuale risultato positivo è accantonato a riserva. Almeno il 20% dell'accantonamento a riserva è reso indisponibile per ripianare eventuali perdite future; la restante parte dell'accantonamento può essere destinata ad investimenti o ad iniziative straordinarie.</p> <p>Il D.G. deve indicare le cause dell'eventuale perdita d'esercizio precisandone le modalità di ripiano.</p> <p>Il D.G. può rimuovere i responsabili delle diverse strutture aziendali che non abbiano conseguito i risultati previsti dai budget di loro competenza. I D.G. sono dichiarati decaduti dal loro incarico dalla Giunta Regionale qualora dal bilancio di esercizio risulti una rilevante perdita addebitabile alla loro responsabilità.</p>
<i>Veneto</i>	<p>Il risultato economico positivo di esercizio è destinato in via prioritaria ad investimenti. Può inoltre essere destinato ad incentivazione del personale legata ai risultati di budget o ad altre destinazioni che non alterino l'equilibrio prospettico della gestione.</p> <p>In caso di perdita il D.G. insieme al bilancio d'esercizio formula una separata proposta con le modalità di copertura e le azioni per il riequilibrio. La proposta deve essere accompagnata dalle osservazioni del Collegio dei revisori e formare oggetto di deliberazione del D.G.</p>
<i>Piemonte</i>	<p>Eventuali utili di esercizio sono utilizzati per investimenti, acquisizione di beni mobili e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Limitatamente alle USSL, gli utili di esercizio sono utilizzati in via prioritaria per riequilibrare eventuali situazioni di disomogeneità esistenti nell'ambito del rispettivo territorio.</p> <p>Eventuali perdite d'esercizio devono essere analizzate e giustificate dal D.G. con menzione dei provvedimenti assunti per il loro contenimento.</p>

(segue) **Tabella 4.1 - Il «risultato» d'esercizio**

	<b>Denominazione, destinazione dell'eventuale risultato positivo e modalità di copertura del risultato negativo</b>
<i>Liguria</i>	<p>Gli utili di esercizio sono utilizzati per investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Limitatamente alle USL, gli utili di esercizio possono essere utilizzati anche per riequilibrare eventuali situazioni di disomogeneità esistenti nell'ambito del rispettivo territorio.</p> <p>Alla perdita di esercizio si fa fronte in via prioritaria attraverso specifici interventi del D.G. in ordine all'organizzazione ed al funzionamento della USL in grado di garantire economie di gestione, nonché attraverso l'alienazione di beni appartenenti al patrimonio disponibile.</p>
<i>Puglia</i>	<p>L'eventuale risultato economico positivo di esercizio è destinato in via prioritaria a investimenti e alla incentivazione del personale legata ai risultati di budget o ad individuati progetti per il recupero dell'efficienza; altre destinazioni sono ammesse solo in via subordinata e quando non alterino le prospettive condizioni di equilibrio della gestione. L'eventuale parte non destinata di tale risultato è accantonata in un fondo di riserva.</p> <p>In caso di perdita il D.G. insieme al bilancio d'esercizio formula una separata proposta con le modalità di copertura e le azioni per il riequilibrio. Tale proposta deve essere accompagnata dalle osservazioni del Collegio dei Revisori e formare oggetto di deliberazione del D.G.</p> <p>Alla perdita di esercizio si fa fronte utilizzando eventuali fondi di riserva o, in mancanza, alienando beni appartenenti al patrimonio disponibile e mediante specifici interventi del D.G. in ordine all'organizzazione e al funzionamento della USL in grado di garantire economie di gestione.</p>
<i>Emilia-Romagna</i>	<p>Il risultato economico positivo dell'esercizio è destinato alla copertura di eventuali perdite di esercizio portate a nuovo, agli investimenti e all'incentivazione del personale. La destinazione del risultato positivo della gestione socio-assistenziale è concordata con gli enti deleganti o finalizzata agli interventi socio-assistenziali per l'esercizio successivo.</p> <p>Nel caso di perdita di esercizio la relazione sulla gestione illustra le cause che l'hanno determinata ed indica le modalità di copertura della stessa per il riequilibrio della situazione aziendale. Sui termini di tale copertura deve esprimersi il Collegio dei revisori. In nessun caso le perdite di gestione possono essere contabilmente pareggiate attraverso la corrispondente riduzione di poste ricomprese nel patrimonio netto dell'Azienda.</p>

**Tabella 5.1 - I criteri guida della gestione**

<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Le aziende sanitarie informano la loro attività a criteri di efficacia, efficienza, economicità; deve essere perseguito il pareggio di bilancio, nel rispetto degli indirizzi regionali, salvaguardando il patrimonio aziendale nel lungo periodo attraverso l'equilibrio tra i costi, i ricavi e i proventi della gestione, ivi compresi i trasferimenti.
<i>P.d.L. A</i>	Le aziende sono responsabili dell'equilibrio economico complessivo tra costi e ricavi, tariffari e non tariffari, delle proprie strutture erogative.
<i>Toscana</i>	Non esplicitati.
<i>Veneto</i>	Assicurare efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione ed impiego delle risorse.
<i>Piemonte</i>	Non esplicitati.
<i>Liguria</i>	Non esplicitati.
<i>Puglia</i>	Assicurare efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione ed impiego delle risorse.
<i>Emilia-Romagna</i>	Per lo svolgimento della loro attività gestionale le Aziende si avvalgono di un insieme coordinato di strumenti, preordinati alle scelte, secondo criteri di efficienza, di efficacia e di economicità.

comma 13 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni.

Rispetto a tali funzioni è possibile osservare che talune attribuzioni consentono, di fatto, al collegio dei revisori la potestà di intervenire nel merito della gestione, senza limitarsi unicamente ad un ruolo di vigilanza sulla regolare tenuta della contabilità e sulla rispondenza del bilancio alle scritture contabili.

La possibilità di esprimere giudizi di merito sulla gestione delinea, dunque, uno spazio di possibile sovrapposizione e conflitto con la direzione dell'azienda proprio su aspetti squisitamente gestionali; le relazioni istituzionali tra revisori, D.G. e Giunta Regionale divengono pertanto un aspetto cruciale del sistema aziendale di relazioni interne ed esterne.

### **7. Gli statuti ed i regolamenti aziendali (tabella 7.1)**

Un solo testo di legge regionale tra quelli qui analizzati (il P.d.L. della Regione Abruzzo) prevede esplicitamente l'emanazione dello Statuto delle Aziende da parte della Giunta Regionale, mentre le restanti leggi non ne fanno alcuna menzione.

Peraltro, la necessità che le aziende siano dotate di uno statuto di derivazione regionale (che, eventualmente, lasci alle stesse aziende ambiti di potestà regolamentare autonoma) appare pienamente coerente con la natura istituzionale delle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale, così come definite dai decreti legislativi n. 502 e n. 517.

I regolamenti di contabilità (quando previsti) devono essere redatti secondo diverse modalità (riepilogate nella tabella 7.1), in alcuni contesti a cura delle aziende, in altri a cura della Giunta Regionale.

**Tabella 6.1 - Funzioni dei revisori dei conti**

<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Vigilare sulla regolare tenuta delle scritture contabili, accertare periodicamente la consistenza di cassa, verificare la regolarità delle operazioni dei servizi di cassa interna; attestare la rispondenza del bilancio d'esercizio alle risultanze delle scritture contabili; attestare la corretta applicazione dei principi contabili.
<i>P.d.L. A</i>	Verificare la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio, delle situazioni dei conti e dei rendiconti parziali alle scritture contabili, esprimere il parere obbligatorio sui budget, sui rendiconti e sulle situazioni dei conti e sui bilanci d'esercizio; effettuare verifiche periodiche di cassa.
<i>Toscana</i>	Vigilare sull'osservanza delle leggi, verificare la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, accertare le consistenze di cassa. Il Collegio dei revisori può richiedere al D.G. informazioni sull'andamento delle operazioni e su determinati atti di gestione e deve comunicare al D.G. ed alla Giunta Regionale ogni grave irregolarità nella gestione.
<i>Veneto</i>	Vigilare sulla regolarità amministrativa e contabile, vigilare sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale (esprimendo pareri preventivi sui documenti di programmazione), esaminare e valutare il bilancio d'esercizio.
<i>Piemonte</i>	Non esplicitate.
<i>Liguria</i>	Trasmettere annualmente al D.G. una relazione contenente le proprie valutazioni sulla situazione generale e sull'andamento della gestione, nonché sulle previsioni o sui risultati dell'esercizio.
<i>Puglia</i>	Vigilare sulla regolarità amministrativa e contabile, vigilare sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale (esprimendo pareri preventivi sui documenti di programmazione), esaminare e valutare il bilancio d'esercizio.
<i>Emilia-Romagna</i>	Vigilare sulla regolarità amministrativa e contabile, vigilare sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale (esprimendo pareri preventivi sui documenti di programmazione), esaminare e valutare il bilancio d'esercizio.

**Tabella 7.1 - Modalità di emanazione dei regolamenti di contabilità**

<i>P.d.L. Abruzzo</i>	Il D.G. è responsabile della sua emanazione. Il regolamento di contabilità include le modalità per l'applicazione dei principi contabili stabiliti dalla legge e la definizione delle norme relative alle competenze specifiche degli organi preposti alla programmazione, adozione ed attuazione delle operazioni di gestione che implicano conseguenze economiche, finanziarie e contabili. Il regolamento di contabilità è parte del regolamento d'azienda.
<i>P.d.L. A</i>	Non esplicitate.
<i>Toscana</i>	Non esplicitate.
<i>Veneto</i>	Non esplicitate.
<i>Piemonte</i>	La Giunta Regionale, sulla base dei principi stabiliti dalla presente legge, determina criteri e modalità uniformi per la tenuta della contabilità generale ed analitica.
<i>Liguria</i>	Le aziende definiscono in appositi Regolamenti di contabilità i criteri e le modalità in base ai quali devono essere registrati tutti i fatti aventi rilevanza economica e contabile. A tali fini la Giunta regionale determina i criteri e modalità di carattere generale per la tenuta della contabilità, delle scritture obbligatorie, nonché per l'organizzazione del controllo di gestione.
<i>Puglia</i>	Non esplicitate.
<i>Emilia-Romagna</i>	La Giunta regionale elabora il regolamento di contabilità delle Aziende ed i criteri di omogeneità per la rilevazione, valutazione, classificazione ed aggiornamento dei valori contabili e per la stesura e il contenuto del bilancio.

## AUTONOMIA E RESPONSABILIZZAZIONE CON I NUOVI SISTEMI CONTABILI

SINTESI DEL CONVEGNO TENUTOSI A VIAREGGIO IL 22 E 23 MARZO 1996

di Luca Buccoliero, Alberto Corradini (a cura)

### Premessa

I temi ed i problemi relativi all'introduzione dei nuovi sistemi contabili e di programmazione e controllo nelle aziende sanitarie sono quelli attualmente più ricorrenti nei dibattiti e nei convegni in corso sulla sanità. Spesso, però, il focus dell'attenzione rimane circoscritto ad aspetti di carattere generale sui criteri e sui principi di fondo che devono, o dovrebbero, ispirare il funzionamento di questi nuovi sistemi, riservando, invece, poco spazio per l'approfondimento delle problematiche relative alle modalità della loro introduzione.

Quale ideale conclusione del confronto sinottico delle leggi regionali in materia di contabilità economico-patrimoniale, si intende ora focalizzare l'attenzione su alcuni spunti di riflessione emersi nel corso della tavola rotonda svoltasi a Viareggio il 23 marzo 1996 sul tema «Autonomia e responsabilizzazione con i nuovi sistemi contabili», ritenendo che tali considerazioni siano interessanti per tutti coloro che, sia a livello regionale sia a livello di singola azienda sanitaria, sono impegnati nella realizzazione o nella formulazione di strategie per l'introduzione dei nuovi strumenti contabili e di programmazione e controllo.

In particolare, si riassumono le riflessioni emerse nel corso degli interventi della dott.ssa L. Testi (responsabile servizio pianificazione risorse e procedure dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna), del dott. A. Ancona (responsabile Area controllo economico, Dipartimento sanità e politiche della salute della regione Toscana) e del prof. E. Borgonovi (direttore del Ce.R.G.A.S. dell'Università L. Bocconi di Milano).

*Intervento della dott.ssa L. Testi, responsabile servizio pianificazione risorse e procedure dell'Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna*

Due sono le leggi che la regione Emilia-Romagna ha approvato nel 1994 per l'attivazione del nuovo sistema prefigurato dal decreto legislativo n. 502/92:

--- la legge regionale 19 sull'assetto organizzativo, con cui sono state costituite, tra l'altro, le 13 aziende USL della dimensione corrispondente sostanzialmente alle provincie e le 5 aziende ospedaliere della regione;

— la legge regionale 50 sui nuovi sistemi contabili, sul sistema di programmazione e sul sistema di budget per le aziende sanitarie con cui si introduce l'obbligo della formulazione del piano programmatico, del bilancio pluriennale, del bilancio economico preventivo e dell'introduzione del controllo di gestione e della contabilità economica.

Di fatto, siamo partiti nel gennaio del 1996 con l'introduzione di questi strumenti, anche se non tutte le aziende (in particolare le aziende USL) hanno ancora avviato la contabilità economica. Dal 1° gennaio 1997 anche le aziende che non avranno ancora attivato quale contabilità ufficiale quella economica, ma manterranno la contabilità finanziaria per impedimenti di carattere organizzativo, strutturale e anche tecnologico (che dovranno essere giustificati alla regione con rapporti articolati e precisi), avranno l'obbligo di attenersi al regolamento che il consiglio regionale ha approvato per la contabilità economica in tema di budget, presentazione del budget finanziario e di quello economico e ad altri aspetti della gestione previsti dalla legge n. 50.

La nota introduttiva della legge n. 50 illustra le ragioni per cui la concreta realizzazione del nuovo sistema sanitario, caratterizzato dai principi di aziendalizzazione, di responsabilizzazione, di autonomia, impone l'adozione di questi nuovi strumenti di gestione.

Infatti, non è più possibile pensare di utilizzare la sola contabilità finanziaria per realizzare un sistema che voglia veramente essere aziendalizzato e caratterizzato dalla presenza di meccanismi di competitività; non è più possibile parlare di razionalizzazione della spesa e non introdurre nuovi strumenti che permettano di ragionare in termini di efficienza e di uso delle risorse.

Questa è la sfida che tutte le regioni si trovano ad affrontare da quest'anno in poi e che non sarà semplice superare in quanto apre tutta una serie di problematiche rispetto alle quali siamo oggi parzialmente attrezzati. In questa fase la regione Emilia-Romagna sta operando su tre fronti differenti.

A) Il primo fronte si riferisce alla necessità di introdurre dei meccanismi di responsabilizzazione su risorse e risultati ai diversi livelli di governo della spesa sanitaria.

La legge regionale n. 50, coerentemente ai principi che hanno ispirato la definizione dell'assetto istituzionale che si è data la regione con la legge n. 19 e ai principi che erano impliciti nella n. 502, introduce gli strumenti e i metodi attraverso cui è possibile dare corpo all'assetto istituzionale che si è voluto innovare; in particolare, si è voluto assicurare autonomia e responsabilizzazione degli operatori riducendo l'incidenza dei controlli esterni (sia di legittimità che di merito) e introducendo processi di programmazione e controllo interno di gestione.

Infatti, la regione sta procedendo al progressivo abbandono dei controlli esterni di tipo burocratico-formale proprio per garantire la coerenza del sistema e per salvaguardare l'autonomia delle singole aziende.

Il 1996 ha rappresentato per la regione Emilia-Romagna un anno di accelerazione di questo processo. Il 1° Gennaio di quest'anno si sono modificati i meccanismi e le procedure di finanziamento, si è introdotto il sistema tariffario, il Fondo Sanitario Regionale (FSR) è stato trasferito alle aziende USL in base ad una quota pro-capite pesata in relazione all'età e alla composizione per classe della popolazione che, ci auspichiamo, venga assunto anche dal governo centrale come criterio per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale alle regioni.

Una norma (la legge n. 50) quindi che non va valutata esclusivamente sotto il profilo tecnico-contabile, ma come strumento in grado di innovare la gestione e di modificare profondamente gli aspetti significativi del funzionamento del sistema delle aziende sanitarie.

B) Il secondo ordine di problemi riguarda la gestione del cambiamento che in alcuni ambiti, ad esempio quello dei meccanismi di finanziamento, è stato radicale.

Infatti, nel 1996 il finanziamento alle USL è stato determinato sulla base di parametri diversi da quello della spesa storica, ovvero sulla base della popolazione di riferimento. Questo è stato un passaggio importantissimo in quanto non si finanzia più la struttura, non è più l'offerta che determina il livello di finanziamento, non si fissano più i limiti di spesa. Le entrate delle aziende sono date dalle risorse trasferite dal FSR, dalle entrate proprie e dalle entrate per la mobilità.

Di conseguenza, la responsabilizzazione del sistema è complessiva in quanto il nuovo meccanismo responsabilizza le aziende sia dal lato dei costi sia dal lato dei proventi.

La regione ha comunque riservato un fondo di riequilibrio (pari a circa il 4% del FSR) da distribuirsi ancora secondo il criterio della spesa storica per finanziare la fase di transizione dal vecchio sistema al nuovo. Non è infatti possibile pensare che tutte le aziende siano in grado di conseguire da subito livelli di efficienza e di economicità tali da sostenere la nuova modalità di finanziamento.

Tale fondo si andrà contraendo nel prossimo triennio fino ad assumere una quota pari a circa l'1% del FSR perché comunque si intende riservare una quota di risorse per finanziare le strutture sovrazionali, in particolare quelle ad interesse regionale, che prescindono dai problemi di efficienza di cui sopra.

C) Il terzo fronte su cui la regione è impegnata riguarda la diffusione tra le varie aziende sanitarie pubbliche e private di una cultura di appartenenza ad un unico sistema sanitario regionale e la ricerca del consenso sul modello di funzionamento del sistema che si sta cercando di realizzare.

A tal fine la regione ha avviato un meccanismo di concertazione (o di negoziazione) con tutte le aziende USL e le aziende ospedaliere, che si realizza attraverso alcuni incontri in cui vengono messi a fuoco i programmi, i piani di azione pluriennali, gli obiettivi di lungo e di medio/breve periodo delle aziende al fine di renderli compatibili con il problema della disponibilità di risorse. La regione ha messo a punto alcuni questionari che ciascuna azienda deve compilare prima dell'incontro in modo da disporre delle informazioni quali/quantitative utili per supportare la fase di negoziazione degli obiettivi strategici e di riorganizzazione, dei piani di razionalizzazione e di riconversione delle strutture.

Tutto questo, sebbene costituisca uno strumento per modificare la relazione tra aziende e regione, non è sufficiente poiché non vi è dubbio che il nuovo sistema metterà in atto dei comportamenti opportunistici (ricoveri ripetuti, passaggio dalla casistica meno complessa a quella più complessa, ecc.) che in qualche modo sono attesi ma non per questo risolti dal punto di vista dei metodi e degli strumenti da adottare per evitarli.

Per il momento e in questa fase di avvio del processo la regione Emilia-Romagna ha affrontato tale problema introducendo un sistema che può definirsi budget fisso a tariffa variabile, tramite il quale in corso d'anno si rivedono le tariffe per contenere eventuali esplosioni di spesa soprat-

tutto in corrispondenza di quei DRGs maggiormente convenienti per i soggetti privati.

Questo strumento, che in seguito sarà necessario superare, garantisce la compatibilità di breve periodo del sistema e ha richiesto, quale condizione essenziale per il suo funzionamento, un preciso accordo con il settore della sanità privata.

I comportamenti opportunistici non riguardano solamente il settore privato, ma si manifestano anche nel settore pubblico dove si sta già delineando la netta tendenza all'autosufficienza delle aziende sanitarie e ospedaliere nel produrre in proprio tutte le prestazioni e allo sviluppo indiscriminato delle alte specialità mediche e chirurgiche (che sono quelle dotate di maggior valore in termini di tariffe).

In questo quadro, la regione si domanda di quali leve gestionali dispone, o dovrebbe disporre, per garantire la coerenza, l'equità, l'appropriatezza dell'offerta e della cura e per capire ex ante fino a che punto la competizione che si sta delineando all'interno del sistema può considerarsi fisiologica in modo da intervenire per evitare che esploda.

Quello che è certo è che l'autonomia è un principio che funziona se esiste anche da parte delle comunità locali un'attenzione e una condivisione delle scelte fondamentali che si fanno a livello regionale, che tendono verso la realizzazione di un sistema sanitario regolato da meccanismi propri del modello di «quasi-mercato» all'interno di un sistema pubblico forte e ben amministrato.

Occorre tuttavia prestare attenzione alle parole nuove che circolano nell'attuale dibattito tecnico e politico dell'Emilia Romagna in quanto non hanno per tutti lo stesso significato e sulle quali è necessario discutere: in particolare, tali parole sono aziendalizzazione, accreditamento delle strutture private, libera scelta (quale libera scelta, quale rapporto tra cittadino/soggetti organizzatori della domanda del cittadino e strutture di offerta), mercato, mercato regolato, quasi mercato.

*Intervento del dott. A. Ancona, responsabile Area controllo economico, Dipartimento sanità e politiche della salute della regione Toscana*

La regione Toscana in questi ultimi due anni ha approvato la legge di organizzazione, la legge di contabilità e patrimonio e il Piano Sanitario Regionale (PSR) ed è attualmente impegnata sul versante della definizione dei nuovi criteri di assegnazione delle risorse alle aziende USL e sulla attuazione del decentramento delle funzioni gestionali ed autorizzative alle aziende sanitarie.

Gli aspetti su cui vorrei soffermarmi maggiormente sono quelli del controllo economico e delle tariffe e sui pro-

blemi che stanno emergendo nella gestione a livello regionale di questo complicato meccanismo in via di definizione.

La regione sta infatti attraversando una fase di transizione, sta introducendo nuovi metodi e strumenti di gestione in un ambito normativo assolutamente non chiaro, senza quindi conoscere a fondo le conseguenze che deriveranno da queste iniziative.

Nel PSR, che non è più una legge ma una delibera del Consiglio regionale e in quanto tale più flessibile e modificabile, sono contenuti gli indirizzi per le aziende in merito alla definizione dei meccanismi di funzionamento del sistema.

In realtà ho però l'impressione che gli elementi che realmente incidono sui comportamenti dei soggetti e quindi di fatto sul funzionamento del sistema, sul modo e la forma di offrire prestazioni, sul grado di soddisfazione del cittadino nei confronti del servizio sanitario pubblico non siano tanto quelli definiti in modo più o meno formalizzato negli atti politicamente controllati e contrattati ma siano soprattutto gli strumenti tecnici quale ad esempio il sistema tariffario.

Quando si parla di tariffe si deve per forza ammettere che esiste un mercato e quindi che esiste una concorrenza; però non è affatto chiaro (né per chi ha impostato il sistema, né per noi che ci troviamo ad operare) come funziona questo mercato. Ci sono delle tendenze contraddittorie, degli effetti strani e perversi, ci sono una serie di comportamenti e di fenomeni anomali dovuti al fatto che in sanità è di fatto difficile parlare di mercato, in quanto non c'è un rapporto tipico di mercato tra domanda ed offerta, poiché quest'ultima influisce in modo determinante sulla determinazione della prima e non esiste un vero proprio prezzo di mercato per i servizi e le prestazioni sanitarie.

Tutto questo incide pesantemente sulla scelta degli strumenti di gestione e sulle modalità della loro implementazione.

Probabilmente la regione Toscana avrà il problema di andare a ridefinire in corso d'anno le tariffe per assicurare la compatibilità finanziaria complessiva del sistema; tuttavia ritengo che tale soluzione sia assolutamente errata poiché significa modificare le «regole del gioco» mentre si sta giocando, contribuendo ad introdurre ulteriori elementi di discontinuità in un contesto ambientale già incerto. Al contrario, ritengo che il ruolo della regione sia quello di definire ex ante le regole, ossia introdurre maggiori livelli di certezza nel sistema.

In questo senso, credo che la logica corretta sia quella di determinare, a livello regionale, delle tariffe massime rapportate ai costi standard sostenuti per erogare un certo

tipo di prestazione e lasciare che il meccanismo competitivo che si innesca tra i vari soggetti erogatori di prestazioni e servizi sanitari consenta di negoziare tariffe di trasferimento più basse in relazione alla capacità dei singoli soggetti di contenere i propri costi di produzione.

Mi soffermo molto sulle tariffe perché secondo me è uno degli elementi fondamentali su cui l'azienda sanitaria misura il proprio livello di responsabilità e di autonomia. Ormai, credo che la tendenza sia quella di andare a quantificare tutto ciò che le aziende sanitarie producono (comprese le aziende USL, che non vivono di tariffe, se si escludono quelle relative ai pazienti che provengono da altre USL, ma sono finanziate con la quota capitolaria) in modo da poter misurare, applicando le tariffe, la loro attività, le loro scelte, le loro strategie in termini di ricavi più o meno effettivi e, a fronte di questi, poter programmare al loro interno l'uso delle risorse.

Ecco quindi l'importanza dell'introduzione di nuovi strumenti di controllo di gestione e di analisi del rapporto tra costi e ricavi.

A tale proposito, credo che la regione debba svolgere fondamentalmente due compiti:

— definire i metodi e i processi di una corretta procedura di programmazione e controllo al fine di contenere le tendenze che stanno diffondendosi di adozione di budget centralistici gestiti con meccanismi di tipo top-down molto esasperati.

Noi riteniamo invece che il budget debba essere uno strumento che preveda una negoziazione diffusa all'interno dell'azienda e che consenta di meglio governare il forte fabbisogno di integrazione e di coordinamento proprio delle aziende sanitarie, in cui non c'è quasi mai un'autonomia assoluta di centro di responsabilità nel produrre un bene o un servizio ma si evidenziano molteplici relazioni di interdipendenza;

— favorire la diffusione di nuovi strumenti di gestione promuovendo la loro sperimentazione nelle varie realtà.

La regione intende poi realizzare un sistema di reporting sui costi e sulle attività che consenta di valutare a livello di sistema complessivo il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e l'andamento del rapporto costi-ricavi.

La necessità di disporre di un sistema di reporting regionale deriva dal prevedibile manifestarsi, almeno in questa fase di transizione, di una sorta di autarchia in cui prendano atto comportamenti anomali e non desiderati.

È un dato di fatto che una parte di questo fenomeno sia fisiologico; diventa rischioso nel momento in cui va contro la logica di rete regionale di assistenza ospedaliera che la

regione ha impostato prevedendo una differenziazione dei livelli di prestazione da presidio a presidio.

Al di là di queste anomalie, il punto è che i comportamenti del sistema devono essere monitorati da adeguati strumenti di controllo che consentano di capire se l'azione, autarchica o meno, che si sta determinando è qualitativamente valida ed economicamente sostenibile.

Quindi il compito regionale è quello di avviare un sistema di reporting sui budget e sui costi per andare a verificare in modo omogeneo la distribuzione delle risorse e per restituire in termini informativi alle singole aziende una documentazione che consenta un confronto e quindi una valutazione reciproca del lavoro effettuato.

*Intervento del prof. E. Borgonovi, direttore del Ce.R.G.A.S. dell'Università L. Bocconi di Milano*

Prima di entrare nel merito del tema appare indispensabile chiarire alcuni equivoci di fondo riguardo:

a) il concetto di aziendalizzazione;  
b) la distinzione tra metodo e funzione degli strumenti applicato al campo della contabilità.

a) Qualcuno ancora oggi crede che aziendalizzazione sia sinonimo di mercato e di prezzi e che il mercato per definizione garantisca la razionalità, ossia che gli automatismi di mercato per definizione creano l'equilibrio economico-sociale di lungo periodo (nonostante questo sia smentito dalle teorie sui fallimenti del mercato contenute nei trattati di economia).

Sulla base di questa convinzione gli oppositori dell'aziendalizzazione sostengono che tale modello non è compatibile con la gestione della sanità e, in particolare, non è compatibile con l'umanizzazione del rapporto medico-paziente.

Al contrario, il concetto d'azienda, se correttamente inteso e applicato, aiuta a umanizzare la sanità nella misura in cui, tramite il migliore impiego delle risorse, offre maggiori opportunità per rispondere in modo più soddisfacente ai bisogni di salute.

Però è indubbio che se dal concetto di azienda c'è qualche piccola sbavatura anche dal punto di vista teorico e si comincia a pensare che azienda equivale a impresa, che impresa equivale a meccanismo di mercato e che meccanismo di mercato porta con sé per definizione un automatismo di carattere razionale, allora si crea il terreno per fare saltare i sistemi di solidarietà.

L'economia aziendale italiana, almeno dal 1929 con Zappa, ritiene invece che il concetto di azienda sia un concetto più ampio rispetto a quello di impresa in quanto è applicabile anche a istituzioni che non hanno preminente-

mente finalità economiche ma hanno finalità di ordine più generale, come è la tutela della salute nel caso della sanità.

b) L'altro equivoco ruota attorno alla distinzione tra metodo (quello della contabilità economica) e funzione degli strumenti (funzione autorizzativa o di osservazione e programmazione).

Qualcuno infatti parla correttamente di contabilità economico-patrimoniale come di un metodo diverso di gestione che responsabilizza le aziende sanitarie sui risultati conseguiti, poi però attribuisce al conto economico preventivo, allo stato patrimoniale preventivo, alle previsioni finanziarie la funzione di strumenti autorizzativi, senza considerare che, dal punto di vista aziendale, non è possibile formulare delle previsioni circa le conseguenze economico-patrimoniali della gestione futura e poi vincolare in modo rigido l'azienda a quelle previsioni.

Infatti, le previsioni servono da guida, ma poi la gestione dovrà cercare di adattarsi nel modo migliore alle condizioni che si creano giorno per giorno e quindi non può essere ostacolata da formali vincoli di spesa.

Quindi o si utilizza la contabilità preventiva come strumento di autorizzazione o la si utilizza come strumento di guida e di governo della gestione.

Gli strumenti di gestione, a loro volta, non si limitano esclusivamente agli strumenti contabili. Disporre della contabilità finanziaria, ad esempio, non significa automaticamente essere dotati degli strumenti di controllo dei flussi di cassa come qualcuno, in modo semplificato, sostiene. Allo stesso modo, lo strumento di controllo dei tempi di pagamento può aversi anche indipendentemente dalla contabilità economica e dalla contabilità finanziaria.

Occorre quindi distinguere gli strumenti di controllo della gestione rispetto ad altri strumenti che forniscono comunque dei risultati utili a supportare il processo decisionale.

Chiariti gli equivoci di fondo, si intende ora di analizzare le relazioni tra gli aspetti tecnici del nuovo sistema contabile e le ripercussioni sugli ambiti di autonomia e di responsabilizzazione delle aziende sanitarie facendo riferimento a due tipi di problematiche:

- 1) le relazioni tra regioni e aziende sanitarie;
- 2) le relazioni tra le diverse aziende sanitarie.

#### 1) Le relazioni tra regioni e aziende sanitarie

È indubbio che il sistema contabile e il sistema di informazione sui risultati economico-finanziari della regione influenzano le relazioni tra le regioni e le aziende sanitarie. È inevitabile che ogni volta che esiste un centro decisionale di coordinamento sovraordinato rispetto ad altri

centri decisionali responsabili dei propri risultati di gestione si pongano dei problemi di equilibrio tra il tentativo di omogeneizzazione, di standardizzazione e per certi versi di controllo effettuato dal centro decisionale di coordinamento e le esigenze di flessibilità, di differenziazione e di autonomia decisionale manifestate da parte di chi risponde dei risultati della propria attività.

Per poter risolvere tale problema diventa quindi indispensabile individuare soluzioni concrete (sia dal punto di vista degli strumenti da adottare, sia dal punto di vista delle strategie da seguire per la loro implementazione) che permettano di modificare realmente le relazioni tra aziende e regione.

In caso contrario occorre essere consapevoli del fatto che, nella prima fase di un qualsiasi processo di transizione da un vecchio ad un nuovo sistema, la ricerca da parte di ogni soggetto di ottenere e rafforzare la propria autonomia, rischia di sfociare in una logica di autarchia: ossia, ogni azienda di servizi sanitari (sia essa territoriale o ospedaliera) potrebbe essere indotta a cercare di raggiungere il proprio equilibrio senza preoccuparsi dell'equilibrio generale del sistema regionale.

È stato dimostrato da tutte le imprese e in tutti i settori che l'autarchia porta, in un primo tempo, alla eliminazione di alcuni soggetti dal sistema, ma quando poi l'effetto di selezione derivante da una competizione troppo accentuata si acuisce, si sviluppa la ricerca di forme di collaborazione necessarie per la sopravvivenza.

Tecnicamente, le possibili soluzioni che si possono adottare per evitare l'autarchia sono sostanzialmente le seguenti:

a) disporre di un adeguato sistema di reporting; occorre però sottolineare che il processo di raccolta dell'informazione e di ritorno dell'informazione è spesso molto più lento rispetto a quello di adattamento dei comportamenti alle situazioni di convenienza. Di conseguenza, in assenza di una forte capacità di anticipazione dei problemi da parte della regione si rischia di avviare un meccanismo istituzionale non efficace;

b) modificare la relazione regione-aziende sanitarie introducendo un meccanismo di programmazione concertata. Secondo tale approccio la regione organizza degli incontri con i responsabili delle aziende sanitarie in cui vengono negoziati gli obiettivi di breve e di medio/lungo periodo al fine di promuovere il consenso e l'interiorizzazione degli stessi ed evitare il sorgere di dinamiche opportunistiche.

Il confronto non su principi generali ma su problemi concreti, supportato da piani precisi e ben articolati costituisce un utile strumento per la crescita del sistema.

Risulta evidente che la fase di progettazione e di implementazione degli aspetti tecnici di tale processo di programmazione (riunioni, piani strategici, schede conoscitive, ecc.) assume rilievo di carattere strategico.

Quindi, se si intende evitare l'autarchia, che immanabilmente provocherà gli stessi effetti negativi anche nell'ambito del sistema sanitario, i casi sono due: o si investe fortemente nel processo di negoziazione e concertazione tra regione e aziende sanitarie (e questo è un problema di diffusione di una nuova cultura) o occorre essere consapevoli (lo dicono le regole economiche) del fatto che la fase di autarchia sarà inevitabile, qualcuno verrà espulso dal sistema e solo nella fase successiva si comincerà a collaborare per poter sopravvivere.

Un secondo aspetto delle relazioni tra regione e aziende sanitarie riguarda il sistema di finanziamento e in particolare i meccanismi di definizione delle tariffe.

A tale proposito, il dibattito attuale ruota attorno all'opportunità di promuovere tra i soggetti del sistema sanitario delle relazioni tipiche dei sistemi di mercato. Se questo è l'orientamento prevalente allora una delle condizioni essenziali per il funzionamento del mercato è che la tariffa (ossia il prezzo) sia una grandezza variabile e non un dato. Non è cioè possibile ipotizzare dei mercati in cui il prezzo sia fisso; quindi o le tariffe sono variabili in senso assoluto o devono intendersi come limite massimo entro cui innestare dei processi di negoziazione tra regione e aziende sanitarie.

Tuttavia, l'ipotesi di introduzione di un meccanismo di tariffa variabile *tout-court* non appare auspicabile nel contesto italiano. Infatti, la debolezza dei sistemi di autocontrollo interni alle associazioni professionali favorirebbe il diffondersi tra i singoli individui di comportamenti opportunistici nella forma, ad esempio, di applicazione di tariffe basse con rinuncia al sostenimento di costi per la ricerca e lo sviluppo del know-how o di tariffe alte collegate ad elementi accessori e non giustificati dalla qualità dell'assistenza.

Una soluzione alternativa può essere quella di ipotizzare altri tipi di sistemi concorrenziali (non di mercato) in cui il prezzo applicato a chi acquista i servizi è sostanzialmente fisso e la competizione è spostata sul confronto della qualità o su altre condizioni dello scambio. Si tratta, tuttavia, di sistemi difficili da gestire in quanto la qualità non sempre è percepita dai pazienti in modo univoco e non è nemmeno sempre facilmente valutabile da parte degli esperti.

Un ulteriore aspetto riguarda la gestione delle tariffe sul concetto di tariffa a costo pieno e tariffa a costo variabile.

In particolare, si dovrebbero determinare tariffe vicine alla configurazione di costo marginale o di costo variabile in corrispondenza di tutte quelle prestazioni per le quali la regione non intende rendere economicamente conveniente la competizione sui prezzi da parte delle aziende, ma intende programmare direttamente i livelli di attività attraverso l'assegnazione di quote di volumi, sostanzialmente vincolanti, alle aziende sanitarie. Eventualmente, potrebbe essere riconosciuto alle aziende un finanziamento integrativo svincolato dai volumi di produzione per la copertura dei costi fissi.

Si dovrebbero invece determinare tariffe vicine alla configurazione di costo pieno in corrispondenza di quelle prestazioni per le quali la regione intende promuovere tra le aziende una competizione sui prezzi in modo che siano le dinamiche di mercato a definire il livello di produzione di equilibrio del sistema e non la programmazione diretta dei volumi di attività.

## 2) Le relazioni tra le diverse aziende sanitarie

In ogni modo, il modello aziendale, comunque siano affrontati i temi precedenti, attiva inevitabilmente delle relazioni di competizione tra le diverse aziende.

Riguardo a questo tema è utile sottolineare l'importanza dei termini utilizzati.

Infatti, il termine «competizione» è in genere riferito al modello della competizione concorrenziale di mercato, in cui ciò che interessa alla singola azienda è la sua sopravvivenza, indipendentemente dagli esiti della gestione di altre aziende; la competizione concorrenziale di mercato ammette tra le regole del gioco che la singola azienda possa svilupparsi anche a scapito delle altre.

Nell'ambito sanitario, dove risulta riconfermata la visione di sistema unitario, di sistema di solidarietà nazionale e di solidarietà regionale, lo schema di competizione concorrenziale non sembra essere il più adeguato. È necessario attivare un sistema di competizione diverso che va pensato, va studiato, va formulato.

Una possibile soluzione è rappresentata dall'adozione di un modello che può definirsi modello della competizione collaborativa, ossia un sistema di relazioni tra le diverse aziende in cui ognuna cerca di far meglio delle altre senza creare però difficoltà alla loro gestione. Questo comportamento, tuttavia, non è facile da seguire in un sistema a risorse limitate.

Si tratta in ogni caso di un problema di scelta tra due modelli di competizione alternativi e, di conseguenza, di scelta di strumenti da applicare.

A questo proposito è importante sottolineare che le relazioni che si instaurano tra il modello di sistema sanitario che si intende adottare e gli strumenti applicati non possono essere trascurate.

Infatti, certi strumenti che modificano in modo diretto e forte i comportamenti, una volta attivati non possono poi essere controllati facilmente.

Se i meccanismi di finanziamento e di responsabilizzazione focalizzano fortemente l'attenzione sui risultati dei singoli soggetti, non è possibile poi sostenere che il sistema mantiene le caratteristiche di un sistema di solidarietà. Il sistema finisce inevitabilmente per non rispettare nel concreto i principi che sono riconfermati in astratto.

Quindi potrebbe diventare un'utopia o un auspicio, a seconda dei punti di vista, dichiarare di mantenere un certo tipo di sistema e, parallelamente, mettere in atto dei meccanismi che portano verso un'altra direzione.

In conclusione, quindi, al di là delle dichiarazioni circa il mantenimento di un modello di sistema sanitario di tipo solidaristico, che d'altra parte è stato dichiarato anche dalla n. 502 e costituisce il sistema sanitario maggiormente compatibile con la cultura diffusa in Italia e in Europa di funzionamento di sistemi nazionali di sicurezza, occorre prestare attenzione a non dichiarare dei principi astratti che poi non possono essere rispettati.

# IL MITO RAZIONALISTICO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE NEL SETTORE SANITARIO

di Antonello Zaccone

Azienda Ospedaliera - Alessandria

SOMMARIO: 1. La strada dell'illuminista - 2. I danni della società utopistica - 3. La funzione del management pubblico.

## 1. La strada dell'illuminista

Sembrirebbe alquanto superfluo tornare sull'argomento della introduzione dei principi economico aziendali alla guida delle aziende sanitarie pubbliche del nostro Paese, tanto pacifica e concorde appare l'unanimità dei consensi, dopo l'approvazione delle norme nazionali di riforma. Al contrario, ritengo che la stragrande maggioranza delle formule realizzative di tale consenso siano molto lontane dalla corretta visione di quelli che sono sistemi aziendali ultra complessi e probabilistici e troppo vicine a paradigmi illuministici di Weberiana memoria.

In particolare, l'attuale formulazione applicativa e implementativa del percorso riformatore presenta alcuni assunti di fondo che, lungi dal rappresentare una corretta traduzione dei principi di economia aziendale al mondo delle aziende sanitarie pubbliche, rischiano di far fallire il tentativo di rinnovamento (aziendalizzazione). Ciò che appare preoccupante è come neppure la presenza di due culture specialistiche molto dissimili (quella scientifica sanitaria e quella amministrativa, molto spesso in continua lotta di posizione) sia capace di evitare gli errori. Al contrario, entrambe le culture, sebbene su presupposti e con percorsi assai diversi, rischiano di cadere

nel medesimo «rimpianto razionalistico».

A base di tale rischio sta l'assenza di una esperienza consolidata sul fronte non tanto delle professionalità specialistiche (per le quali il settore sanitario pubblico italiano nulla ha da invidiare ad altri ambienti pubblici o privati), bensì di quelle gestionali. Tale insufficienza è talmente radicata nelle caratteristiche del rapporto di pubblico impiego e dell'idea di dirigenza che esso riesce a esprimere che se, da una parte è necessario un radicale intervento sulle variabili organizzative (strutturali e non) del contesto manageriale pubblico, dall'altra questo rischia di essere insufficiente senza un profondo cambiamento della cultura e del modo di essere di tutta la dirigenza pubblica.

A prescindere dalle situazioni singole e geograficamente differenziate e focalizzando l'attenzione del presente scritto sull'area amministrativa, i presupposti dell'errore sono riconducibili, in sintesi, ai seguenti assunti di fondo:

1) l'attività e le funzioni delle Aziende sanitarie pubbliche sono totalmente collocabili all'interno delle procedure tecnico amministrative dettate da leggi, regolamenti e altre disposizioni (prassi amministrativa); il compito della dirigenza pubblica è

quello di dare attuazione, con criteri di efficacia ed efficienza economica, all'insieme di tali procedure (errore del determinismo razionale);

2) l'insieme delle procedure tecnico amministrative è identico per tutte le aziende del settore trattato; pertanto, queste ultime presentano tutte univocità di organizzazione e di processi produttivi nel tempo e nello spazio (errore della standardizzazione);

3) produzioni standardizzate corrispondono carichi di lavoro individuabili nei minimi particolari e, ancora una volta, deterministici; alle singole micro attività debbono essere assegnati dirigenti o funzionari uniformati alla identica professionalità e intercambiabilità (errore del «grande fratello»);

4) il soddisfacimento dei bisogni collettivi è diretta conseguenza della capacità delle aziende di conoscere e codificare correttamente l'ambiente di riferimento istituzionale (errore della società chiusa);

5) le patologie ed i fallimenti sono da ricondurre alla incapacità della classe dirigente aziendale ovvero alle carenze dei testi di riferimento normativo (errore della tecnostuttura);

6) il successo (o insuccesso) è letto, da parte dei singoli dirigenti, esclusivamente attraverso categorie di

risultato «assolutizzati» e privi di ogni riferimento al contesto aziendale e alla sua complessiva economicità (errore dell'individualismo).

La presenza, in perfetta buona fede e convincimento, di agenti del cambiamento, che spingono, all'interno delle aziende sanitarie, in tali direzioni errate, ha come ineludibile conseguenza il fallimento terapeutico dei principi dell'economia aziendale e la focalizzazione delle risorse più sane e vitali della dirigenza verso idealità utopistiche e mai realizzabili.

## 2. I danni della società utopistica

Appare, pertanto, necessario ritornare specificatamente su ciascuno degli errori ricorrenti al fine di conoscerne la causa, la conformazione e le possibili azioni correttive da apportare.

1) (*Determinismo razionale*). La principale motivazione di tale errore consiste nella insufficiente conoscenza dei concetti dell'economia aziendale. Questi ultimi sottolineano la necessità di non focalizzarsi esclusivamente sulla assegnazione, impiego e controllo delle risorse finanziarie (budget di spesa). Nella realtà tali attività rappresentano una fetta, peraltro ormai neppure fondamentale, dei problemi manageriali di qualunque azienda pubblica o privata. Neppure nell'ottica delle primitive teorie economiche del secolo scorso è dato incontrare un così rudimentale concetto di economicità aziendale, avulso dalla concezione probabilistica che caratterizza tutte le organizzazioni fatte di persone (prima che di tecnologie e di denaro) e dimentico della chiave di lettura strategica che ogni management non può ignorare se vuole dare concretezza alle finalità del proprio istituto. Su quest'ultimo terreno appare evidente l'errore: negare l'importanza dell'orientamento strategico di fondo delle singole aziende sanitarie,

per la convinzione che le funzioni dettate dalle procedure (leggi, regolamenti, ecc...) siano direttamente traducibili in processi produttivi, ha come presupposto il convincimento (in verità assai presuntuoso) che l'ambiente circostante sia sempre e comunque codificabile e determinato. Il compito della dirigenza è, in quest'ottica, declassato al controllo sull'impiego (e non spreco) delle risorse finanziarie pubbliche (a tal fine, per esempio, sarebbe peraltro molto più adatta la vecchia contabilità finanziaria pubblica, anziché la nuova declamata contabilità economico patrimoniale). Peccato che l'economicità, come intesa dalla dottrina aziendalistica, non può essere individuata senza un riferimento, nel lungo periodo, al raggiungimento delle finalità istituzionali di riferimento che, da sole, non sono autoreferenziali. Fissare, per legge, che le aziende pubbliche debbono operare in condizioni di efficacia e di efficienza e come impone, sempre per legge, che i Cittadini devono vivere in condizioni di felicità!

2) (*Standardizzazione*). L'orientamento ai processi operativi, sotto la forma quasi esclusiva della proceduralizzazione, ha come conseguenza l'esclusione di tutte le variabili non standardizzabili (per alcuni: aspetti non razionali) che caratterizzano il comportamento dell'Essere umano. Secondo questa concezione sono le persone che devono adeguarsi agli standard. È comprensibile che una Società dove tutto sia uguale ed equilibrato (concetto di pubblica amministrazione unica e sempre identica nello spazio, ovvero di una scienza esatta e sempre riproducibile come in laboratorio) sia una tentazione irresistibile e possa avere indubbie conseguenze positive, ma tali vantaggi sono solo per le organizzazioni pubbliche, non per l'utenza. In realtà, la standardizzazione rappresenta una opportunità da

sfruttare nella gestione operativa di qualunque azienda, ma l'errore di fondo consiste nel ribaltare tale esigenza strumentale a unica finalità manageriale, attraverso la terribile equazione: raggiungimento standard uguale a soddisfacimento del bisogno. Peccato che, non solo l'elemento fastidioso della presenza umana sconvolga i meccanismi di funzionamento delle singole aziende, ma anche i livelli di soddisfacimento dei bisogni collettivi variano nel tempo e nello spazio. La vera attenzione dei dirigenti delle aziende sanitarie deve essere sull'utenza e non sul raggiungimento di standard fissati dalle procedure. Vale la pena, inoltre, ricordare che l'assunto, vero e verificabile, che non esistono due aziende uguali e che la stessa azienda varia nel tempo, ha come conseguenza la necessità di adottare, nella guida direzionale del management, indici di attività e di risultato (standard) specifici per ogni singola azienda onde evitare incredibili iniquità sociali nella erogazione dei servizi sanitari.

3) (*Il «Grande Fratello»*). La scarsa attenzione alle variabili umane dell'organizzazione comporta la convinzione che, a parità di studi e di anzianità di servizio, tutti i funzionari pubblici siano identici e intercambiabili. Come nella Società futuribile (e altamente razzista) di G. Orwell; in altre parole, nella sfera professionale (per lo più di impostazione giuridica) non c'è posto per i risvolti umani e caratteriali degli individui che, se evidenziano caratteri fuori dallo standard dell'*homo burocraticus*, sono da eliminare in quanto altamente dannosi all'organizzazione. Quel che è peggio è che tale convinzione viene accompagnata da una primitiva analisi sui bisogni dell'uomo (Maslow), per cui l'unico elemento motivazionale del personale della pubblica amministrazione resta l'incentivo monetario. Dato uno stipendio base a tutti, comprensivo degli

eventuali assegni sociali, chi dimostra maggiore attaccamento al lavoro è premiato con incentivi monetari (straordinario, plusorario, ecc...). Nessuno vuole negare l'importanza della «leva» retributiva nella gestione del personale, ma appare quanto meno assai semplicistica e riduttiva l'idea di una «gretta uguaglianza interessata» da parte di tutte le persone; in realtà, la dottrina sociologica è ormai costante nell'ammettere che le condizioni di soddisfacimento dei bisogni umani non possono limitarsi alla sfera monetaria ed è, inoltre, pacifico, negli studi manageriali, come l'importanza e la valorizzazione delle risorse umane passino attraverso una continua politica del personale che sappia trasformare le aziende in ambienti il più possibile gradevoli e gratificanti. (In quest'errore c'è, a mio avviso, un inconscio spirito masochistico; cosa, peraltro, presente in tutte le società totalizzanti!).

4) (*La «società chiusa»*). L'introduzione dei principi di economia aziendale in sanità non può essere intesa come un tentativo di rendere programmabile e prevedibile un ambiente che non sarà mai tale. Simili strumenti non sono un tentativo di razionalizzare i comportamenti dell'utenza e l'evoluzione sociale dei bisogni collettivi. Nel mondo delle imprese di mercato nessuna azienda è in grado veramente di plasmare a piacimento le preferenze del mercato (sarebbe, peraltro, una situazione altamente aberrante, ancor di più nella sfera dei servizi pubblici), ma l'azione manageriale ha come obiettivo la possibilità di anticipare, prevedere, adeguare la macchina organizzativa e produttiva al soddisfacimento del cliente. In altre parole, l'impostazione economico aziendale ha come irrinunciabile premessa la convinzione della incapacità delle singole aziende di razionalizzare sistemi probabilistici (tali perché «infestati» dal-

l'Uomo!) e, di conseguenza, ha come tema ricorrente l'importanza della funzione strategica e gestionale della dirigenza delle singole aziende; funzione che si esplica nella indissolubile connessione tra i problemi del corretto impiego delle risorse pubbliche e le scelte di priorità strategiche nella attuazione delle finalità istituzionali indicate dalla legge. Diversamente si rischia di cadere in una filosofia altamente razionalista, confutata correttamente da K. Popper nel testo, ormai storico, dal titolo: «La società aperta e i suoi nemici».

5) (*Tecnostruttura*). La configurazione degli errori sopra evidenziati ha, inoltre, la caratteristica della autoreferenzialità. In altre parole, le eventuali patologie che si riscontrano nella realtà (ahimé molto frequenti) vengono giustificate dalla scarsa professionalità dei dirigenti (*rectius* dalla non omogeneità all'archetipo dell'*homo burocraticus*), ovvero dalla non ancora completa configurazione normativa del settore. Tale giustificazione ha l'incredibile conseguenza di sviare l'attenzione dai problemi reali, rinviando il tutto al rimpianto inconsolabile per la perdita «età dell'oro» e di incrementare il proliferare di norme, disposizioni, circolari e raccomandazioni, nella mai doma convinzione che l'*homo faber* possa regolamentare le Società moderne (e proprio Voltaire, il più grande illuminista di tutti i tempi, era convinto che i libri governassero il mondo). Non sono questi i presupposti sui quali si governano le aziende, pubbliche o private che siano.

6) (*Individualismo*). Dove l'implementazione di nuovi sistemi operativi e di nuovi processi decisionali comincia a dare i primi frutti, è possibile riscontrare una ulteriore manifestazione dell'errore razionalistico. Sia l'area tecnico sanitaria, sia quella amministrativa tendono, spesse volte, ad una fuga assolutistica nella valutazione

dell'operato: il proprio successo professionale è (pre)stabilito sulla base del «più ho = più sono» e non del «più sono = più ho»; sulla «robba» di Verghiana memoria. Se si incrementano quantitativamente le prestazioni (ovvero si tagliano le spese), magari a danno del vicino che resta sempre soggetto interno all'azienda, si ha l'affermazione propria e della propria cordata, in una sorta di gioco a somma zero dove nessuno coglie l'equilibrio delle strategie interfunzionali, finanziarie o di portafoglio, ma esclusivamente una deformata competizione che ha insiti tre micidiali errori di fondo:

1) sono sbagliate le coordinate di riferimento istituzionale: l'unità aziendale non viene letta a livello di ente pubblico, bensì di singola unità operativa («più risorse e più prestazioni corrispondono automaticamente a più successo»), ovvero di pubblica amministrazione generale («il taglio delle spese risana il bilancio dello Stato e in tal modo si realizza la finalità istituzionale di un'altra azienda?!»);

2) sono assenti i riferimenti all'economicità d'azienda nel suo complesso, unico livello di riferimento manageriale per determinare, nel lungo periodo, le capacità di autonomia dell'istituto e quando tale riferimento si esplicita è solamente per «punire i cattivi» o per elaborare dati che qualcuno esterno all'organizzazione ha chiesto (Regione, Ministero, ecc..) e pertanto sempre viziati da intenzioni agiografiche;

3) sono sbagliate le coordinate sociologiche di riferimento: la fuga assolutistica determina un approccio lineare, razionale, dove gli elementi sono IO e IL MONDO e il metro di misura (il linguaggio valutativo) resta il proprio sugli Altri, anziché quello degli Altri ed il proprio, sul vicino che resta sempre soggetto interno all'azienda (stranamente i Dirigenti di altre aziende sono sempre colleghi!).

È pacifico come una corretta impostazione economico aziendale, all'interno delle aziende sanitarie ed ospedaliere italiane, prenda le mosse da tutt'altra considerazione di partenza: non sono le risorse finanziarie, le tecnologie o le leggi che fanno le grandi aziende, ma le persone dell'organizzazione (dal vertice alla base della piramide) che, volgendo l'attenzione al lungo periodo e all'ascolto dell'ambiente, orientano le convenienze e gli interessi individuali (assolutamente insopprimibili) al raggiungimento dell'economicità, intesa quale condizione favorevole al raggiungimento delle finalità dell'istituto di riferimento.

### 3. La funzione del management pubblico

Messe al positivo, le riflessioni che intendo condurre per precisare i rischi di una distorta applicazione dei principi aziendali al settore della sanità pubblica possono riassumersi nei seguenti punti:

— il concetto cardine della economicità presuppone l'accettazione della originalità delle singole aziende (irripetibili nel tempo e nello spazio), della indissolubile connessione tra strategia-organizzazione-risorse umane, quali variabili di contesto dell'azione manageriale e della convinzione di agire su sistemi ultracomplexi e

probabilistici, i cui risultati (outputs) sono soltanto in minima parte riconducibili a una combinazione predeterminata delle risorse in entrata (inputs) e all'azione burocratico-specialistica della dirigenza tecnico sanitaria ed amministrativa;

— le condizioni operative di efficacia ed efficienza gestionale non sono conseguenza della corretta attuazione di procedure (pre)ordinate, bensì il risultato complessivo, sempre variabile, del comportamento organizzativo che il management (attraverso alcune «leve» di intervento a propria disposizione) tende a orientare verso l'economicità;

— le funzioni dell'istituto, fissate per legge, non sono, da sole, sufficiente garanzia di concreta e totale realizzazione all'interno dell'azienda. La condizione di scarsità delle risorse e il sempre presente elemento umano hanno come conseguenza la perdita di efficacia nella realizzazione dei fini pubblici. L'unico modo per evitare incredibili iniquità è l'attenzione al momento strategico che consenta di tradurre in linguaggio operativo e prioritario, per la gestione manageriale, l'ampio spettro delle finalità primarie (missione);

— la variabile delle risorse umane rappresenta un'incredibile ricchezza a disposizione dell'azienda che riuscirà a raggiungere condizioni positive di economicità soltanto attraverso un'a-

zione di riordino gestionale e organizzativo tesa alla trasformazione delle opportunità in soddisfacenti individuali e in convenienze aziendali;

— non esiste mai una e una sola soluzione giusta ai problemi, ma diverse soluzioni dipendenti dalle premesse fatte che risolvono, soltanto per un certo periodo di tempo, alcuni «nodi» di natura gestionale. Pensare in termini razionalistici significa negare la necessità permanente di una dirigenza poiché, una volta individuate le «decisioni giuste», queste potrebbero essere costantemente applicate in modo automatico. Per dirla con un antico proverbio orientale: «Non esistono problemi, ma solo soluzioni»;

— «competere allo specchio» può, infine, essere una sorta di slogan alla moda per combattere l'individualismo e l'assolutismo. Il percorso decisionale del management non è lineare, ma circolare; i seguenti protocolli valutativi e professionali sono completamente inediti nel contesto attuale (forse anche per molte aziende del settore privato):

tempo come risorsa scarsa;  
sviluppo del proprio curriculum formativo come unica risorsa da spendere al servizio dell'azienda;

pensare e agire impersonalmente;

assoluta mancanza di qualunque sorta di sicurezza o tranquillità sul futuro proprio e dell'azienda.

**NOVITA**

**RAGIUSAN**

**Rassegna giuridica della sanità**

Rivista mensile  
di dottrina, giurisprudenza, documentazione  
di interesse socio-sanitario

*edita sotto gli auspici del Ministero della sanità*

N. 2 della Collana «I contratti di lavoro»

# Il contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti del comparto sanità

**Prodromi, riferimenti normativi e problemi applicativi**

a cura di **Luigi D'Elia**



**SIPIS** 00197 ROMA - Viale Parioli, 77 - Tel. 06/8073368-8073386 - Fax 06/8085817

**Ragiusan** - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia**

Publicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 97/84 in data 10 marzo 1984

Fotocomposizione: **SIPIS** s.r.l. - Stampa: «Grafica Ripoli» s.n.c. - Tivoli

# **Esperienze innovative**

Sezione 3<sup>a</sup>

# LA SEGNALETICA NELLE AZIENDE SANITARIE COME STRUMENTO DI COMUNICAZIONE PER LA GESTIONE DEI FLUSSI DI CLIENTI

di Adelaide Ippolito

Università degli Studi di Napoli «Federico II»

SOMMARIO: Premessa - 1. La segnaletica nell'azienda sanitaria - 2. Fasi della progettazione di un sistema di segnaletica - 3. Alcune riflessioni sulle implicazioni qualitative della segnaletica.

## Premessa

Sebbene la comunicazione aziendale sia sempre stata oggetto di approfonditi studi che ne hanno analizzato le varie funzioni e peculiarità (nelle diverse fattispecie di aziende produttrici di beni, della grande distribuzione, erogatrici di servizi pubblici e non, enti della pubblica amministrazione, etc.), poca attenzione è stata dedicata alla funzione della comunicazione nelle aziende di servizi che risponde all'esigenza di guidare ed informare il cliente/utente presente nel sistema di erogazione. Infatti, in tali aziende la partecipazione del cliente/utente al processo di erogazione del servizio comporta la necessità, per l'azienda, di attivare un flusso di comunicazione ad esso destinato, utilizzabile anche da altri soggetti presenti nell'azienda come i dipendenti, i fornitori, al fine di facilitarne l'interazione con le componenti aziendali.

Tale flusso, che possiamo definire comunicazione all'interno dell'azienda, si sviluppa attraverso vari mezzi come: l'architettura del supporto fisico, il sistema di segnaletica, gli opuscoli e le guide, il personale di contatto, etc.

Partendo da tale considerazione, scopo del presente lavoro è quello di

analizzare, nell'ambito dei mezzi utilizzabili per comunicare all'interno delle imprese di servizi, le potenzialità del sistema di segnaletica, un mezzo non sempre sufficientemente valorizzato, evidenziando il ruolo nella percezione del livello di soddisfazione del servizio erogato che esso può avere in un particolare tipo di struttura pubblica in cui il contatto con i clienti/utenti è più frequente e critico, ossia le aziende sanitarie.

## 1. La segnaletica nell'azienda sanitaria (1)

Nell'azienda sanitaria (sia essa un ospedale, un'azienda sanitaria locale o una struttura privata) come in tutte le altre aziende di servizi in cui i contatti con l'utenza sono frequenti, la necessità di creare un sistema di comunicazione all'interno dell'azienda può essere soddisfatta adeguatamente attraverso l'utilizzo integrato della segnaletica e di altri mezzi di comunicazione. Infatti, l'esigenza di consentire agli utenti di orientarsi con facilità all'interno del supporto fisico è in questo caso accentuata se si considera che nelle strutture sanitarie caratterizzate da grandi dimensioni e/o dall'elevato livello di specializzazione delle prestazioni erogate, il contatto si realizza

con un bacino d'utenza la cui provenienza spesso non è limitata a quello di competenza territoriale dell'azienda, per cui molti degli utenti, non essendo dei frequentatori abituali, hanno una scarsa familiarità con la struttura (2). Inoltre, la necessità della segnaletica nell'ambito delle strutture sanitarie (3) è evidenziata anche dalla criticità dei servizi erogati dalle aziende sanitarie, che avvalorano la necessità di un rapido raggiungimento dei punti di erogazione da parte dei soggetti (utenti, operatori), si pensi, ad esempio, a servizi come il pronto soccorso o i reparti di terapia intensiva.

Le principali finalità cui assolve la segnaletica nelle aziende di servizi, e in particolare in quelle sanitarie, sono molteplici.

In primo luogo essa agevola l'accesso degli utenti alla struttura, favorendo l'individuazione dei punti di ingresso, infatti spesso nelle aziende sanitarie — soprattutto se queste sono di grandi dimensioni o sono divise in più strutture — vi è la necessità pratica di evidenziare i punti di ingresso, per evitare che gli utenti, soprattutto quando vi si recano per la prima volta, abbiano difficoltà nel riconoscerli.

La segnaletica assicura, inoltre, anche la percorribilità all'interno della struttura di erogazione, agevolando

l'orientamento degli utenti. Tale finalità costituisce, forse, quella primigenia della segnaletica, essendo quest'ultima concepita soprattutto per agevolare e rendere scorrevole il flusso delle persone nell'ambito della struttura di erogazione: dai punti di origine del percorso (4) a quelli di destinazione. Dall'indagine effettuata presso l'ospedale Santobono è risultato che, a causa della carenza di segnaletica all'interno della struttura, solo il 49,4% degli intervistati aveva impiegato meno di 5 minuti per arrivare al punto di destinazione, mentre il 34,7% aveva impiegato dai 5 ai 15 minuti e, addirittura, il 15,9% più di 15 minuti. Naturalmente, il tempo impiegato per giungere ai luoghi di destinazione è correlato al grado di conoscenza della struttura come è evidenziato dalla tabella 1.

È stato rilevato, comunque, che il 14,4% degli intervistati per i quali la struttura era familiare aveva impiegato più di 15 minuti per raggiungere il luogo di destinazione (forse si erano recati in un luogo diverso da quello solito, oppure era stato trasferito il servizio presso cui si erano recati in precedenza).

La mancanza di un efficace sistema di segnaletica interna è confermata dall'elevata percentuale di soggetti (77,4%) che hanno dichiarato di aver dovuto chiedere informazioni sui percorsi, di tali soggetti il 62% aveva dovuto chiedere informazioni più di una volta.

I vari percorsi, dopo essere stati scelti, devono essere evidenziati in modo da razionalizzare i flussi delle persone (ed eventualmente dei materiali) che si intrecciano nella struttura; soprattutto, occorre evitare che il flusso degli utenti possa intralciare l'attività degli operatori sanitari condizionandone il rendimento. Al riguardo, dall'indagine effettuata è emerso che la maggior parte degli intervistati

(56,4%) si era rivolta soprattutto ai «camici bianchi» (medici ed infermieri). Ciò influisce negativamente sull'attività lavorativa dei sanitari che spesso ricevono richieste di informazioni molto frequentemente (in particolare, dai dati a nostra disposizione risulta che al 38,5% dei medici intervistati vengono richieste informazioni sui percorsi dalle 5 alle 15 volte al giorno, mentre il 33,3% ne riceve più di 15; simili le percentuali relative agli altri sanitari, il 38% viene interrotto dalle 5 alle 15 volte al giorno ed il 38,7% più di 15 volte). Si potranno così riservare particolari percorsi agli operatori sanitari per le emergenze o per il trasporto di materiali particolari (es.: rifiuti ospedalieri, materiali radioattivi, etc.) che saranno pertanto preclusi ai visitatori ed agli ammalati. Infine, poiché coloro che accedono ad una struttura sanitaria sono prevalentemente utenti, e spesso non in perfette condizioni di salute (5), essi hanno in genere un forte bisogno di rassicurazione, che non può essere certo soddisfatto se i soggetti entrano in contatto con una struttura incomprensibile e — soprattutto quando di grandi dimensioni — anonima, ostile, in cui non è facile orientarsi e riconoscere la giusta direzione. Al contrario, predisponendo un chiaro sistema di segnaletica si renderà la struttura più accogliente e nello stesso tempo si comunicherà all'utente un senso di rassicurazione, di attenzione nei suoi confronti, che avrà un effetto positivo e faciliterà il processo di erogazione del servizio e di percezione della qualità. Questa finalità è peraltro sempre valida nelle

imprese di servizi, infatti il bisogno di rassicurazione può essere avvertito da chiunque entra in contatto con una struttura poco conosciuta — come un teatro, un aeroporto o un albergo — per partecipare ad un processo di erogazione.

### 1.1. I requisiti della segnaletica

La necessità di garantire l'efficacia del sistema di segnaletica può essere realizzata rispettando nella progettazione, e successiva gestione, del sistema alcune peculiarità. In particolare, la segnaletica deve essere visibile, intellegibile, deve utilizzare ideogrammi universali ed infine è necessario che periodicamente sia sottoposta ad interventi di aggiornamento per garantire sempre la sua attendibilità.

La visibilità assume un'importanza primaria nei mezzi visivi di comunicazione, infatti non avrebbe senso realizzare un sistema di segnaletica se poi i segnali fossero collocati in punti della struttura poco visibili o nascosti (così come è emerso dall'indagine fatta al Santobono, dove il 50,2% degli utenti intervistati non aveva visto i segnali esistenti), oppure, se venissero utilizzate per questa dei supporti non adeguati, di piccole dimensioni o poco leggibili. Sarà quindi necessario svolgere un'accurata analisi della struttura fisica dell'azienda per individuare i punti chiave di visibilità dove apporre i segnali ed eventualmente modificarli se si dovesse riscontrare che tali punti non sono idonei.

La leggibilità attiene alla necessità che la segnaletica esprima le proprie

**Tabella 1 - Rapporto tra grado di familiarità della struttura ospedaliera Santobono e tempo impiegato per raggiungere il punto di destinazione**

Tempo impiegato Fam. struttura	- di 5 minuti %	da 5 a 15 minuti %	+ di 15 minuti %	Totale
Strutt. non famil.	38,4	43	18,6	100
Strutt. familiare	55,6	30	14,4	100

informazioni in modo chiaro e comprensibile per tutto l'universo dei soggetti che accedono alla struttura sanitaria, indipendentemente, ad esempio, dal livello culturale o dalla nazionalità degli stessi. Questo è un limite riscontrato nella segnaletica utilizzata al Santobono, dove (a causa, evidentemente, di un eccessivo uso di termini tecnici) solo il 29,7% degli intervistati considera chiari i segnali esistenti, mentre gli altri non riescono ad interpretarli. Il ruolo della leggibilità emerge con evidenza soprattutto nei casi in cui nel bacino d'utenza dell'azienda vi sono molti soggetti con un basso livello di scolarizzazione, oppure vi è una elevata presenza di utenti di nazionalità straniera.

L'universalità degli ideogrammi utilizzati è in effetti strettamente collegata alla leggibilità della segnaletica. Infatti la chiarezza e la comprensibilità di questa può essere efficacemente realizzata grazie all'uso di simboli (6) grafici che abbiano un significato universale per tutti, così come accade con i simboli stradali o per i segnali di sicurezza nei luoghi di lavoro (7). Ciò comporta la necessità, a livello internazionale, di addivenire al più presto ad una sorta di codice per la segnaletica nelle aziende sanitarie, che sia non solo accettato dagli organismi sanitari dei vari Paesi, ma che abbia, poi, anche una ampia diffusione. La necessità di elaborare degli ideogrammi universalmente comprensibili per i luoghi pubblici in generale e per le strutture sanitarie in particolare ha dato luogo alla elaborazione a livello internazionale di diverse proposte di ideogrammi. In Italia, però, l'uso di tali ideogrammi non è ancora vincolante per legge (così come accade, invece, per la segnaletica di sicurezza sul posto di lavoro) (8), pur essendo essi frequentemente utilizzati nei sistemi di segnaletica. In particolare, si propende per l'adozione

degli ideogrammi realizzati secondo le norme proposte dall'International Standard Organization per i sistemi di segnaletica (9).

L'attendibilità e l'aggiornamento fanno riferimento alla necessità, dopo aver progettato e realizzato un sistema di segnaletica, che vi sia corrispondenza tra le informazioni comunicate e la realtà, non solo nel momento dell'implementazione del sistema di segnaletica ma soprattutto successivamente nel tempo, per cui occorrerà aggiornare immediatamente gli strumenti segnaletici esistenti — quando si attueranno delle modifiche nel layout interno — al fine di evitare che si generi confusione in coloro che seguono le indicazioni, ad esempio, l'87% degli operatori sanitari del Santobono intervistati non utilizzava la segnaletica esistente per fornire indicazioni di orientamento agli utenti, a causa del mancato aggiornamento di questa. L'aggiornamento della segnaletica dovrà essere effettuato in modo da evidenziare opportunamente le modifiche apportate rispetto alla precedente disposizione dei punti di erogazione della struttura o ai percorsi da seguire, in modo da evitare a coloro che abitualmente frequentano la struttura di continuare a seguire percorsi non più validi per raggiungere i punti di erogazione abituali. Naturalmente, l'aggiornamento degli strumenti segnaletici dovrà rispettare il design e lo stile dei caratteri degli strumenti preesistenti in modo da garantire l'uniformità estetica del sistema di segnaletica nel suo complesso (10).

### *1.2. Le tipologie di informazioni fornite*

La segnaletica, in quanto strumento di comunicazione, fornisce una serie di notizie in grado di soddisfare i bisogni informativi dei soggetti che entrano in contatto con la struttura di erogazione. Le tipologie di informazioni

fornite possono essere schematizzate nelle risposte alle seguenti domande:

- cosa offre la struttura?
- dove sono erogati i servizi?
- quando si può ottenere l'erogazione dei servizi?
- come si può ottenere l'erogazione dei servizi?
- chi eroga tali servizi (11)?

Se si fa riferimento ad un'azienda sanitaria di grandi dimensioni — come ad esempio un Policlinico — in cui vengono erogati tutti i diversi tipi di servizi sanitari di cui un paziente potrebbe aver bisogno, fornire le informazioni che specificano quali sono i servizi sanitari ed amministrativi erogati dalla struttura (cosa?) potrebbe sembrare poco rilevante, ma ciò nonostante si può cogliere l'occasione di informare gli utenti riguardo ai tipi di prestazioni che vengono erogati aggiungendovi quelle relative al luogo (dove?) per rafforzare l'immagine dell'azienda come tesa al servizio all'utente.

Nel settore sanitario in particolare, spesso le aziende sono costituite da più padiglioni, per cui i vari servizi vengono erogati presso edifici o padiglioni distanti tra loro, ad ognuno dei quali è assegnata una competenza specifica, per ciò diventa opportuno segnalare nei punti di accesso di ciascun edificio, mediante appositi cartelli, quali sono i servizi ivi erogati (12). Questo tipo di informazione è utilissima soprattutto per gli utenti che per la prima volta accedono ad un certo tipo di prestazione.

Accanto a queste indicazioni possono essere fornite anche quelle riguardanti la ubicazione dei luoghi e dei percorsi per raggiungerli (dove?), ossia il complesso di informazioni relative alla specificazione dei punti della struttura dove vengono erogati i diversi servizi offerti — siano essi sanitari che amministrativi (per esempio: radiologia 2° piano stanza n. 3, psichiatria 1° piano stanza n. 33, etc.) —. Inoltre si possono indicare i luoghi

dove sono situati i servizi comuni (bar, telefono, toilette, etc.).

Occorre fornire, poi, le indicazioni necessarie ad identificare i luoghi di destinazione dei soggetti, i percorsi che è necessario seguire per arrivare all'uscita, ed infine, tutte le informazioni di cui necessita un soggetto per riconoscere, nell'ambito della struttura di erogazione — ad esempio, con l'ausilio di piantine —, il punto esatto in cui si trova ed i percorsi da seguire per raggiungere gli altri punti della struttura.

Importanti, infine, sono anche le informazioni attinenti ai tempi (giorni ed ore) di erogazione dei servizi sanitari ed amministrativi (quando?), quelle attinenti alle formalità necessarie da espletare per ottenere l'erogazione del servizio (come?); ed infine, quelle relative alle generalità degli operatori che erogano i servizi (chi?).

### 1.3. Gli strumenti segnaletici

Occorre a questo punto fare un accenno agli strumenti segnaletici, ossia a quei supporti in cui si materializza un qualsiasi sistema di segnaletica. Tali strumenti sono costituiti da: cartelli, piantine, segnaletica orizzontale, numeri e colori.

I cartelli sono prevalentemente utilizzati per fornire informazioni sui tipi di servizi erogati, le formalità da espletare ed i tempi da rispettare per ottenere l'erogazione ed infine, per indicare i luoghi dove vengono erogati i servizi. Le informazioni fornite attraverso i cartelli possono essere costituite sia da scritte sia da frecce che indicano le varie direzioni da seguire. I cartelli dovranno essere collocati soprattutto nei punti di accesso alla struttura e nei pressi degli uffici in cui vengono erogati i vari servizi, ma anche in punti intermedi se la struttura sanitaria è abbastanza grande e complessa (si pensi, ad esempio, ai punti di snodo nei percorsi).

Le piantine servono ad evidenziare la logistica dei servizi all'interno dell'azienda sanitaria: esse possono anche essere utilizzate per comunicare agli utenti il punto esatto della struttura in cui, di volta in volta, essi si trovano, permettendo loro di riconoscere i percorsi da seguire per raggiungere da questo il successivo punto di destinazione (13).

La segnaletica orizzontale è costituita da strisce orizzontali sul pavimento o sulle pareti, la cui finalità è quella di consentire soprattutto ai soggetti più inesperti — stranieri, soggetti poco scolarizzati, etc. — di seguire più facilmente il percorso che conduce al luogo di destinazione. Per tali strisce si dovranno utilizzare colori differenti corrispondenti alle varie specialità sanitarie. Un cartello indicatore dei vari colori dovrà naturalmente essere posto all'accesso della struttura.

Infine, anche i numeri ed i colori possono essere utilizzati come strumenti segnaletici per individuare ed evidenziare i luoghi in cui vengono erogate le prestazioni (14) e per arricchire il contenuto informativo degli strumenti segnaletici di cui si è finora parlato.

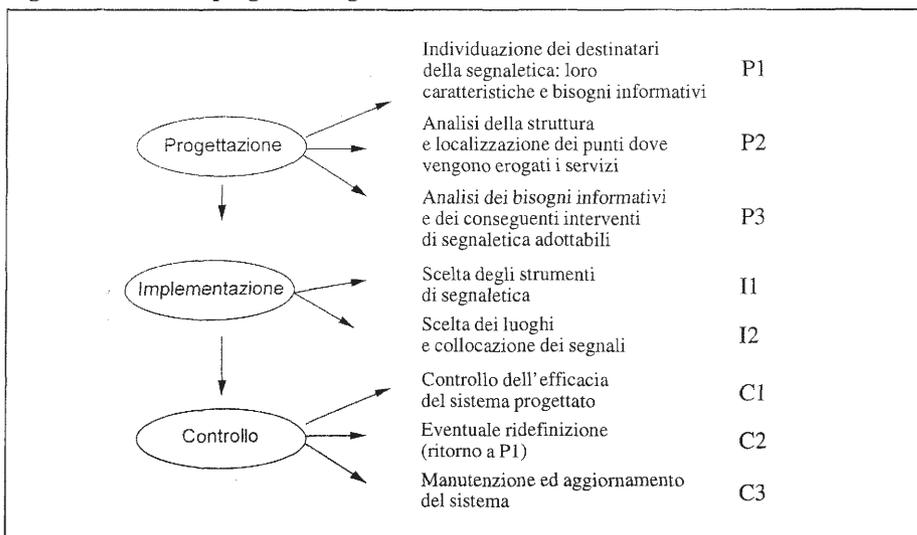
Per gli strumenti segnaletici assume un grande rilievo la continuità e l'uniformità nell'utilizzo dei caratteri e dei colori. Si deve, quindi, evitare che le eventuali informazioni aggiuntive o le correzioni apportate non rispettino i caratteri ed i colori precedentemente utilizzati. Ciò contribuisce, non solo a garantire l'estetica del sistema di segnaletica, ma anche la sua omogeneità ed intellegibilità.

Al riguardo, la leggibilità dei cartelli segnaletici è fortemente condizionata dal tipo di carattere utilizzato (15), esso deve essere visibile e leggibile dalle opportune distanze stabilite in fase di progettazione del sistema.

## 2. Fasi della realizzazione di un sistema di segnaletica

Nella realizzazione di un sistema di segnaletica per un'azienda sanitaria (come per una generica impresa erogatrice di servizi) si possono individuare tre fasi in cui conviene scomporre tale attività. Tali fasi sono: la progettazione del sistema, la sua implementazione ed infine, il controllo della sua efficacia; ognuna di esse si compone, a sua volta, di più sotto-fasi, come mostra la figura 1.

Figura 1 - Fasi di un progetto di segnaletica



### 2.1. La progettazione del sistema di segnaletica

La progettazione è una fase di primaria importanza in tutto il processo di realizzazione del sistema. Infatti, dal modo in cui questa sarà effettuata dipende in larga parte l'efficacia del sistema.

A) Individuazione dei destinatari della segnaletica: loro caratteristiche e bisogni informativi

Questa prima fase è rivolta all'individuazione dei macro-gruppi in cui si possono distinguere i soggetti che accedono alla struttura sanitaria; tali macro-gruppi sono individuabili sulla base del motivo per cui essi si recano presso la struttura; infatti sono i differenti motivi ad influenzare, a loro volta, i rispettivi bisogni informativi dei macro-gruppi (16).

Al riguardo, occorre sottolineare che l'efficacia di questa fase è circoscritta soprattutto alla definizione delle caratteristiche, della consistenza e dei fabbisogni informativi dei vari soggetti; infatti, i diversi macro-gruppi sono, generalmente, individuabili in: destinatari dei servizi, operatori sanitari, fornitori di merci e servizi e visitatori dei degenti; anche se non in tutte le strutture sanitarie sono presenti alcuni di essi (si pensi, ad esempio, al caso delle A.S.L. e dei Day Hospital in cui, non essendo effettuata la degenza dei soggetti, è improbabile che vi saranno dei visitatori).

I destinatari dei servizi forniti dall'azienda sono i soggetti che usufruiscono delle varie prestazioni che possono essere di natura tecnico-specialistica o amministrativa o che semplicemente vi accedono per chiedere informazioni sui servizi erogati.

Gli operatori sanitari sono i medici, i paramedici e gli altri soggetti che prestano la loro attività a vario titolo nell'azienda sanitaria (17).

Ai fornitori di merci e di servizi, invece, è necessario indicare i percorsi specifici che sono stati loro riservati per evitare di intralciare il normale percorso degli operatori sanitari o dei pazienti.

I visitatori dei degenti arrivano spesso per la prima volta nella struttura, per cui necessitano di adeguate informazioni sia sugli orari in cui è possibile accedere ai reparti, sia sui luoghi dove vengono erogate le prestazioni ed i percorsi per raggiungerli.

L'individuazione dei macro-gruppi non è fine a se stessa, bensì permette di definire il fabbisogno informativo che caratterizza i diversi destinatari dei servizi, in modo da predisporre un sistema di segnaletica in grado di fornire tutte le informazioni che questi soggetti richiedono più frequentemente (18). L'individuazione di tale fabbisogno informativo può risultare di prima approssimazione nei casi in cui la progettazione del sistema di segnaletica avviene in concomitanza con la progettazione della struttura di servizi stessa. In tale situazione si potrà, però, fare riferimento ai bisogni informativi avvertiti in strutture sanitarie analoghe per dimensioni, tipi di servizi offerti, bacino d'utenza ed altri caratteri rilevanti.

In particolare, lo specifico fabbisogno informativo dei diversi gruppi di destinatari della segnaletica può essere schematizzato nel modo riportato in tabella 2.

Esiste una differenza nell'entità del fabbisogno informativo dei vari gruppi di destinatari, anche se occorre sottolineare che il fabbisogno è stretta-

mente legato al grado di conoscenza che i soggetti hanno della struttura ed è quindi probabile che i destinatari dei servizi ed i visitatori avranno il maggiore bisogno informativo (19).

B) Analisi della struttura e localizzazione dei punti dove vengono erogati i servizi

Dopo aver rilevato il fabbisogno informativo si procede all'analisi della struttura fisica dove avviene l'erogazione. Ciò si verifica, ovviamente, nei casi in cui la progettazione del sistema di segnaletica avviene in una struttura preesistente, se, invece, la progettazione viene effettuata in concomitanza con quella della struttura di erogazione stessa, in tale sede si potranno scegliere le localizzazioni dei punti di erogazione e/o apportare eventuali modifiche alla struttura progettata (in particolare al layout) in modo da razionalizzare i percorsi e favorire l'orientamento. Il supporto della planimetria permette di individuare i luoghi dove vengono erogati i servizi: sanitari, amministrativi, comuni e di sicurezza. Questa fase ha un grande rilievo, perché consentirà, poi, di definire i percorsi da segnalare e di individuare i punti più idonei in cui collocare i segnali. Occorre, però, sottolineare che questa viene effettuata, generalmente, senza interferire con il layout della struttura esistente, in quanto è preferibile tenere separati gli interventi sulla segnaletica da quelli sul layout, essendo i primi interventi che è possibile effettuare in periodi brevi, mentre i secondi richiedono lunghi tempi di

**Tabella 2 - Il fabbisogno informativo nelle aziende sanitarie**

Fabb. inform. Gruppi sogg.	Cosa?	Dove?	Quando?	Come?	Chi?
Destin. serv.	X	X	X	X	X
Operatori	X	X	X		
Fornitori	X	X	X		
Visitatori	X	X	X		

attuazione ed implicazioni di ordine tecnico-architettonico.

C) Analisi dei bisogni informativi e dei conseguenti interventi di segnaletica adottabili

Questa fase prevede l'analisi delle informazioni più ricorrenti che i soggetti necessitano nell'accedere e nel percorrere la struttura. Successivamente si procederà alla definizione delle tecniche di segnaletica da adottare per ogni specifico fabbisogno informativo individuato.

Per le informazioni relative ai servizi (cosa?), dopo aver individuato i servizi (sanitari, amministrativi, complementari e di sicurezza) erogati nella struttura, è necessario definire il livello di gradualità con cui fornire tali informazioni, utilizzando dapprima un livello alto di aggregazione di queste nei punti di accesso, che diventerà via via più specifico nei punti di snodo della struttura, per divenire puntuale in quelli di destinazione (20). Sarà necessario, quindi, definire le parole chiave utili per individuare le informazioni così aggregate (per esempio: per i servizi di radiodiagnostica si potrà scegliere nel punto di accesso X-Ray, per poi andare nei dettagli in prossimità dei punti in cui effettivamente sono erogati tali servizi, indicando, ad esempio, TAC per la tomografia assiale computerizzata, RMN per la risonanza magnetica nucleare, etc.).

Si dovrà, infine, stabilire se, nella scelta delle informazioni più utili da fornire, occorre utilizzare un criterio di rappresentazione delle informazioni di tipo oggettivo, ossia che rispetti la suddivisione in reparti e patologie generalmente utilizzata, o di tipo soggettivo, ossia che privilegi le specifiche richieste più ricorrenti dei soggetti (ad esempio: Divisione Prof. XY, etc.).

Per le informazioni relative ai luoghi (dove?), dopo aver individuato i punti di erogazione dei servizi verso cui sono diretti i soggetti, verranno evidenziati i relativi percorsi da seguire, ma anche i punti di erogazione, al fine di consentire ai soggetti di individuarli fisicamente. Dovranno, infine, essere evidenziati i percorsi inversi che portano all'uscita.

L'analisi dei percorsi, partendo dallo studio della struttura fisica, dovrà essere condotta in modo da evidenziare i luoghi ed i percorsi considerati critici per l'erogazione dei servizi, sia per ciò che attiene la fluidità del percorso in cui canalizzare i soggetti, sia per la specifica natura di alcuni servizi sanitari (d'urgenza, pericolosi, etc.).

Tali luoghi e percorsi critici sono individuabili nei servizi di emergenza, nei servizi di richiesta frequente, nei luoghi e percorsi interdetti al pubblico ed, infine, nei servizi complementari ed in quelli di sicurezza.

I servizi di emergenza (ad esempio il pronto soccorso), per la loro importanza, dovranno essere evidenziati maggiormente rispetto agli altri — soprattutto nei percorsi — in modo da consentire il loro più immediato raggiungimento.

Anche i servizi di frequente richiesta dovranno essere segnalati in maniera chiara ed evidente sia nei punti di accesso che durante il percorso. Soprattutto per evitare che la ricerca di tali servizi da parte degli utenti crei continue interruzioni al lavoro degli operatori sanitari.

Per i luoghi ed i percorsi interdetti al pubblico (ad esempio: le sale operatorie, i reparti di terapia intensiva, i percorsi riservati al trasporto dei rifiuti organici, etc.), occorrerà, dopo aver scelto i percorsi appropriati per gli addetti ai lavori, segnalare opportunamente la preclusione al transito per i soggetti non autorizzati; ciò eviterà sia il rischio di intralcio nello svolgimento

di attività particolarmente delicate, sia che si arrechino danni agli estranei al servizio, siano essi degenti o visitatori.

Possono ancora esservi nella struttura dei luoghi e dei percorsi che per la loro complessità e tortuosità possono provocare la perdita del senso di orientamento nei soggetti. Sarà perciò necessario individuarli e provvedere ad eliminare le incertezze apponendo vi dei segnali chiari ed esaurienti.

Per i servizi di sicurezza (pompe antincendio, uscite di sicurezza, etc.) esistono disposizioni normative che ne regolano la ubicazione e la segnalazione (21), mentre per i servizi complementari (telefoni, toilette, etc.) è importante che essi siano segnalati in tutti i luoghi pubblici.

Per soddisfare il bisogno informativo relativo ai tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie ed amministrative (quando?) occorrerà — soprattutto in relazione alle dimensioni dell'azienda sanitaria — stabilire se collocare i pannelli segnaletici con tali informazioni nei punti di accesso alla struttura o nei punti di destinazione. Il riferimento alle dimensioni dell'azienda si giustifica, nel caso in questione, per la necessità di evitare nelle strutture sanitarie di grandi dimensioni un eccessivo appesantimento delle informazioni fornite nei punti di accesso, esso crea solo confusione negli utenti. Nel caso, invece, di una struttura sanitaria di piccole dimensioni fornire tali informazioni nei punti di accesso si presenta come la soluzione più razionale per gli utenti. Occorre sottolineare, invece, che la predisposizione di un sistema che segnali in modo chiaro e preciso le informazioni relative ai tempi di erogazione dei servizi può contribuire ad evitare che si formino inutili code agli sportelli che forniscono informazioni sui servizi, riservando il contatto solo per le richieste più complesse.

L'analisi del bisogno informativo connesso alle formalità di carattere burocratico-amministrativo che gli utenti devono espletare per ottenere l'erogazione dei servizi sanitari od amministrativi (come?), come pure le prescrizioni di carattere sanitario che occorre osservare prima di ricevere una prestazione sanitaria, dovrà essere sviluppata definendo il grado di analiticità con cui si vogliono fornire tali informazioni. Naturalmente per questo tipo di bisogno la valenza della segnaletica sarà limitata alle informazioni richieste più frequentemente dagli utenti ed a quelle di carattere generale comuni a più prestazioni. Infatti, data la numerosità delle informazioni da fornire, la segnaletica non potrà mai sostituire (soprattutto per le strutture sanitarie che offrono numerosi servizi) la funzione svolta dall'ufficio informazioni o da esaurienti dépliant informativi distribuiti agli utenti in cui si illustrano le varie prestazioni.

Nelle strutture sanitarie di grandi dimensioni le informazioni relative alla generalità dei soggetti che erogano i servizi (chi?) — così come per le informazioni relative ai tempi dell'erogazione — potrebbero essere offerte direttamente nei punti di destinazione per non appesantire il numero delle informazioni fornite all'accesso. Nelle strutture di piccole dimensioni, invece, occorrerà stabilire di volta in volta dove è più razionale per gli utenti ricevere tali informazioni (22).

### 2.2. Implementazione del sistema di segnaletica

Con l'implementazione il sistema di segnaletica viene calato nella realtà concreta. In particolare, in questa fase si procede alla scelta degli strumenti segnaletici da utilizzare ed alla individuazione dei punti della struttura più adeguati alla loro collocazione, per poi finire con la loro installazione.

Tale scelta (si veda la tabella 3) viene generalmente operata utilizzando: i cartelli per tutti i diversi tipi di informazioni da fornire, le piantine per quelle relative alla ubicazione nella struttura dei servizi erogati ed ai relativi percorsi da seguire, le strisce solo per fornire le informazioni relative ai percorsi da seguire ed infine, i numeri ed i colori per quelle relative alla specificazione dei servizi offerti, ai percorsi ed alla individuazione degli operatori che erogano i servizi (in quest'ultimo caso i colori possono essere molto utili per distinguere i diversi reparti).

Dopo aver scelto gli strumenti segnaletici si procederà alla individuazione dei punti della struttura dove collocare i segnali.

Questa fase si presenta critica in quanto una scelta non idonea di tali punti compromette l'efficacia del sistema di segnaletica, si pensi ad esempio a luoghi della struttura poco visibili, o dove i segnali possono essere manomessi facilmente, o essere non esattamente collocati nei punti in cui si manifesta il fabbisogno informativo.

In particolare, si procederà alla collocazione degli strumenti segnaletici selezionati nei punti della struttura precedentemente individuati, avendo riguardo ad alcuni suggerimenti per una migliore lettura della segnaletica, ad esempio non è consigliabile installare i segnali sulle porte perché quando queste sono aperte il messaggio non è più visibile, inoltre nel posizionare i cartelli occorre consentire anche la loro lettura da differenti angolazioni (23).

### 2.3. Controllo del sistema di segnaletica

L'ultima fase attiene al controllo, effettuato a posteriori, dell'efficacia del sistema realizzato. Tale controllo può essere realizzato con l'ausilio di questionari somministrati agli operatori sanitari che prestano la loro attività nella struttura, oppure agli utenti o agli altri soggetti (visitatori, fornitori, ecc.) che per vari motivi accedono all'azienda sanitaria. I questionari dovranno essere strutturati in modo da evidenziare:

— per gli utenti l'eventuale difficoltà incontrata nel raggiungere i punti di destinazione, il grado di intellegibilità e l'aiuto che essi hanno ricevuto dalla segnaletica;

— per gli operatori sanitari il tempo destinato (interrompendo il lavoro) a fornire informazioni agli utenti sui percorsi, nonché il tipo di informazioni richieste più frequentemente.

Se dall'analisi dei questionari dovesse emergere un non accettabile grado di efficacia del sistema di segnaletica realizzato, si renderà necessario un nuovo intervento volto alla rimozione delle cause d'inefficacia. Anche laddove il sistema dovesse risultare efficace si pone, comunque, la necessità di realizzare, ad intervalli regolari di tempo (sei mesi, un anno), interventi di monitoraggio del sistema di segnaletica volti a verificare la sua aderenza alle esigenze dell'utenza e, nel caso sorgessero nuove esigenze non soddisfatte, a migliorare ulteriormente la sua efficacia ed a porre rimedio alle possibili manomissioni a cui

**Tabella 3 - Scelta degli strumenti segnaletici in relazione ai bisogni informativi**

Bisogni inf. Strumenti segn.	Cosa?	Dove?	Quando?	Come?	Chi?
Cartelli	X	X	X	X	X
Piantine		X			
Strisce		X			
Num. colori	X	X			X

può essere sottoposta la segnaletica nelle strutture pubbliche.

### 3. Alcune riflessioni sulle implicazioni qualitative della segnaletica

Risulta evidente la rilevanza assunta (in tutta la progettazione di un sistema di segnaletica) dalla individuazione e dalla analisi dei bisogni informativi dei gruppi di destinatari al fine di focalizzare al meglio la scelta degli interventi adottabili.

In particolare, dal modo in cui gli interventi di segnaletica adottati saranno in grado di soddisfare i bisogni informativi degli utenti, dipenderà il livello di efficacia del sistema progettato, anche se, occorre precisare, che non tutti i bisogni informativi espressi dagli utenti hanno lo stesso livello di priorità. Infatti le informazioni connesse alla specificazione dei servizi offerti (cosa?), dei luoghi in cui essi vengono erogati e dei relativi percorsi (dove?) possono essere definite essenziali in qualsiasi struttura di erogazione. Mentre le restanti informazioni (quando?, come?, chi?) hanno un'importanza di natura secondaria (seppure rilevante), in quanto se è vero che la soddisfazione dei relativi bisogni informativi contribuisce a migliorare il sistema di segnaletica ed a differenziarlo da quello esistente in strutture di erogazione analoghe, tuttavia la loro mancanza non pregiudica, come viceversa nel caso delle informazioni essenziali, la possibilità per il cliente di muoversi agevolmente all'interno della struttura e di accedere al servizio.

Possiamo, quindi, distinguere le informazioni fornite attraverso il sistema di segnaletica in base ai bisogni soddisfatti, cioè una segnaletica essenziale ed una segnaletica differenziale. Di conseguenza, si avrà una diversa valutazione del livello qualità di tale sistema a seconda che il sistema di segnaletica progettato soddisfi solo i bisogni essen-

ziali o anche quelli differenziali, sarà possibile definire così rispettivamente: una qualità igienica e una qualità strategica (24) del sistema (figura 2).

In particolare, se il sistema di segnaletica progettato fornisce solo informazioni di tipo essenziale, avremo un livello minimale, ossia di base, della qualità (igienica) della segnaletica, mentre se vengono fornite informazioni anche di tipo differenziale, avremo un livello strategico di qualità che contribuisce a far sì che l'azienda acquisisca un vantaggio competitivo (25), rispetto ad altre aziende (ciò poco accade attualmente nella sanità considerando che quasi tutte le aziende si limitano tutt'al più ad offrire uno standard di qualità igienica), coinvolgendo l'utente nel processo di creazione del valore (per l'azienda, nonché

per lo stesso utente) (26) grazie alle informazioni aggiuntive maggiormente adeguate ai suoi specifici bisogni. Occorre, però, sottolineare che l'attributo strategico non fa riferimento solo alla capacità della segnaletica di fornire informazioni aggiuntive (differenziali), ma alla necessità che queste ultime scaturiscano da una analisi puntuale dei bisogni dei destinatari e siano in grado di soddisfarli. Le informazioni differenziali, infatti, non sono in grado di soddisfare le esigenze degli utenti se non sono precedute da una adeguata analisi dei bisogni. Lo stesso discorso vale per le informazioni essenziali, infatti, se queste non considerano adeguatamente le esigenze specifiche dei destinatari non sarà raggiunto neanche un livello di qualità igienica soddisfacente (figura 3).

Figura 2 - Livelli qualitativi della segnaletica

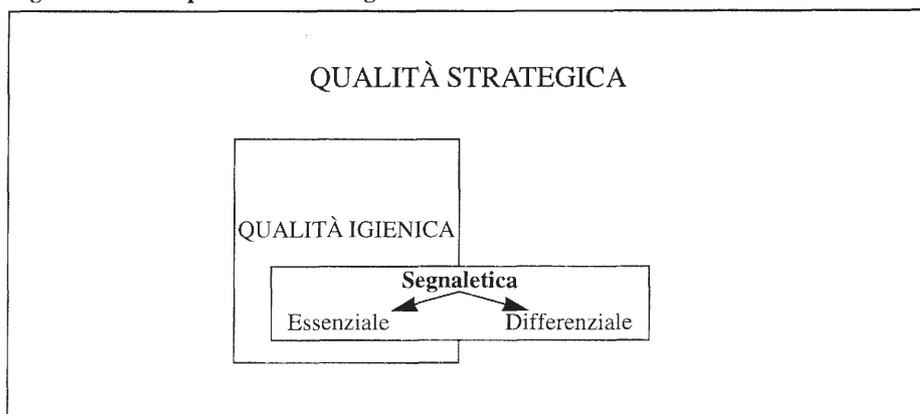
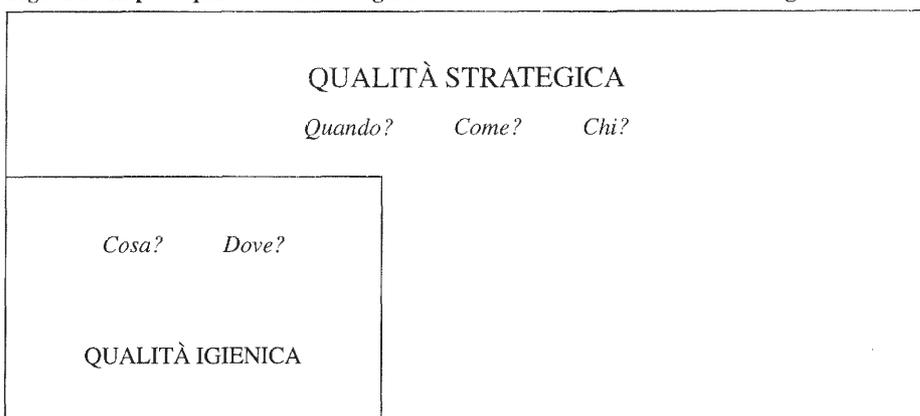


Figura 3 - Aspetti qualitativi dei bisogni informativi soddisfatti mediante la segnaletica



Naturalmente, la scelta tra un sistema di segnaletica essenziale ed uno differenziale dipenderà dalle valutazioni effettuate dall'azienda sanitaria (e di servizi in genere). Nel primo caso adeguerà gli strumenti segnaletici ai bisogni informativi generici da soddisfare, nel secondo, invece, arricchirà gli strumenti segnaletici sulla base degli specifici bisogni informativi e delle caratteristiche (27) dei destinatari della segnaletica.

Utilizzando lo schema tridimensionale proposto da Abell (28) per individuare l'area di affari dell'azienda (ossia la definizione qualitativa del mercato potenziale), che considera tre dimensioni: gruppi di clienti da servire (domanda), le funzioni d'uso (o bisogni dei clienti da soddisfare) e le tecnologie (offerta, ossia le modalità utilizzabili per fornire il servizio), è possibile delineare per il sistema di segnaletica lo schema riportato nella figura 4.

Riassumendo quanto fin qui esposto, attraverso l'osservazione dello schema di Abell si rileva come l'azienda sanitaria tramite l'immagine che proietta all'esterno genera delle aspettative nei clienti/utenti (ed altri frequentatori della struttura) sulla qualità delle informazioni che promettono di trasmettere attraverso la segnaletica (qualità promessa). A fronte del bisogno di informazioni esistente, l'azienda pone in essere un sistema di segnaletica, costituito da vari strumenti (piantine, strisce orizzontali, pannelli, numeri e colori), avente il compito di soddisfare: un bisogno di informazione essenziale dei vari destinatari (qualità igienica soggettiva), attraverso strumenti segnaletici che forniscono solo informazioni sul cosa? ed il dove? (qualità igienica oggettiva); ed un bisogno di informazione differenziale (29) degli stessi destinatari (qualità strategica soggettiva), attraverso strumenti segnaletici che, in questo

caso, forniscono anche le informazioni relative al quando?, come?, chi? (qualità strategica oggettiva).

Il modo in cui effettivamente queste informazioni deriveranno da un'analisi delle esigenze dei destinatari determinerà la qualità percepita del sistema di segnaletica adottato, essa rapportata alla qualità promessa, influenzerà positivamente o negativamente l'immagine dell'azienda sanitaria e la percezione del servizio.

(1) Le considerazioni esposte nei paragrafi che seguono sono il frutto di ricerche empiriche realizzate dalla Cattedra di Tecnica Amministrativa delle Imprese di Pubblici Servizi dell'Università degli Studi di Napoli «Federico II», le quali hanno avuto per oggetto l'analisi ed i successivi interventi di razionalizzazione dei sistemi di segnaletica esistenti presso alcune strutture di servizi pubblici. Tali ricerche sono state effettuate presso l'U.S.L. n. 39 di Soccavo, l'ospedale Santobono di Napoli, il policlinico della II Università degli Studi di Napoli (in corso di ultimazione) e la nuova sede del Provveditorato agli Studi di Napoli. Tali ricerche sono state finanziate con fondi MURST 60%.

(2) A conferma di ciò, da una indagine effettuata presso l'ospedale pediatrico Santobono

di Napoli è emerso che il 36% degli utenti intervistati avevano una scarsa familiarità con tale struttura e, quindi, una elevata difficoltà ad orientarsi al suo interno.

(3) L'importanza della segnaletica nelle strutture sanitarie viene richiamata dalla Circolare del Ministero della Sanità 100/SCPS/3 5697 del 31/10/91 («Iniziativa per l'attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale delle norme della legge 07/08/1990, n. 241, miranti al miglioramento dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e cittadini»).

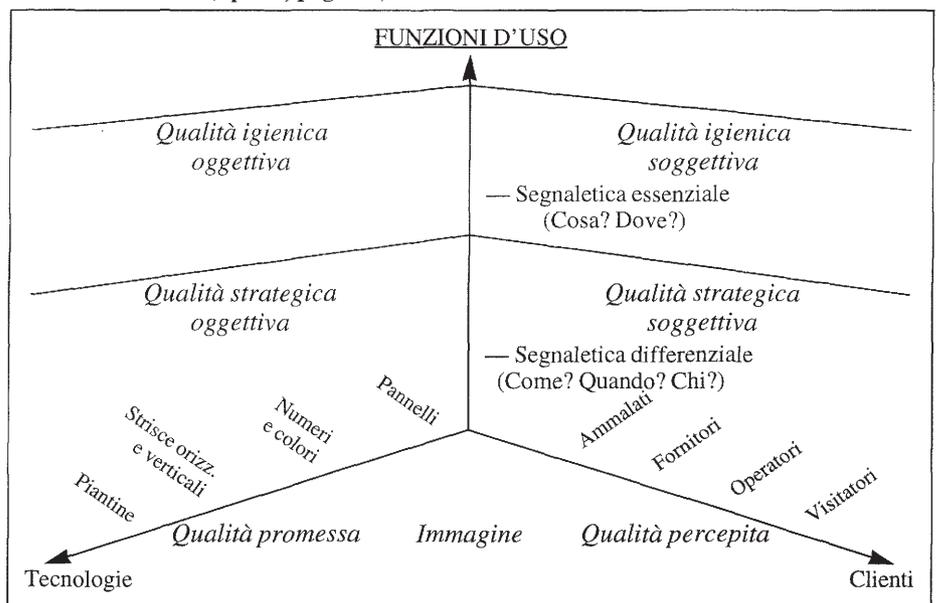
(4) I punti di origine possono corrispondere o meno con il punto di accesso alla struttura; infatti, possono anche essere dei punti intermedi di un percorso da cui i soggetti possono raggiungere punti diversi di destinazione.

(5) Gli utenti possono recarsi presso un'azienda sanitaria non solo per avere prestazioni sanitarie, ma anche per avere prestazioni amministrative — autorizzazioni, pagamento ticket, etc. —; inoltre, coloro che vi si recano per ottenere prestazioni sanitarie possono anche non avere reali problemi di salute — si pensi ai servizi sanitari di prevenzione —.

(6) Benetello M., *Il visual merchandising*, in Sicca L. (a cura di), *op. cit.*, pag. 314: «I simboli costituiscono i "vocaboli" della comunicazione visiva e svolgono la stessa funzione delle parole nella comunicazione verbale, con un vantaggio: sono indipendenti dal linguaggio e, quindi, universali».

(7) Il ruolo degli ideogrammi per la segnaletica è stato evidenziato dall'indagine effettuata, infatti il 73,2% degli intervistati propen-

**Figura 4 - Scelte dei vari interventi di segnaletica possibili (modello tratto ed adattato da P. Celentani, *op. cit.*, pag. 557)**



deva per l'utilizzo di segnali costituiti non solo da scritte ma anche da figure.

(8) Al riguardo, il D.P.R. dell'8 giugno 1982, n. 524 (che ha dato attuazione alle direttive CEE in materia), stabilisce i colori da utilizzare per la segnaletica di sicurezza (ad esempio il colore rosso viene prescritto per i dispositivi di arresto e di divieto, il colore giallo per i dispositivi di attenzione e di pericolo latente, il colore verde per i dispositivi di sicurezza e di pronto soccorso ed il colore azzurro per i dispositivi di prescrizione e di informazioni) ed inoltre, il colore di contrasto e del simbolo da abbinare ad ogni colore di sicurezza e la forma geometrica (cerchio, triangolo, quadrato o rettangolo) da utilizzare per i segnali.

(9) Cfr. *L'arte della segnaletica*, opuscolo informativo a cura della Divisione Segnaletica della Cicrespi S.p.A., pag. 18.

(10) Ciò può essere adeguatamente soddisfatto attraverso l'adozione di un sistema di segnaletica costituito da elementi intercambiabili che facilitano l'aggiornamento senza comportare un eccessivo costo.

(11) Le suddette informazioni rispecchiano, in linea generale, quelle indicate nella già citata Circolare del Ministero della Sanità 100/SCPS/3 5697 del 31/10/91, che, infatti, al punto 3 così recita: «Allo scopo di facilitare l'accesso dei cittadini alle strutture ospedaliere ed extraospedaliere è opportuno varificare che le strutture stesse siano identificabili da segnalazioni ben visibili e poste all'esterno degli edifici in prossimità degli ingressi. È opportuno che le segnalazioni riportino con chiarezza la tipologia del servizio, nonché l'indicazione degli orari di apertura al pubblico. Per facilitare, inoltre, l'orientamento dell'utenza all'interno delle strutture, si rende opportuna la predisposizione di appositi tabelloni con l'indicazione dell'ubicazione dei vari servizi sanitari ed amministrativi e del responsabile degli stessi. Sarà, inoltre, particolarmente evidenziata l'ubicazione dei servizi logistici (telefonici, informazioni, ecc.). Nel quadro della iniziativa in esame si raccomanda di porre particolare cura alla segnaletica relativa agli sportelli adibiti al rapporto con il pubblico, dove, a causa del tipo di adempimenti (prenotazioni delle visite, pagamento ticket, scelta e revoca del medico) è frequente il formarsi di code con notevoli disagi, resi più acuti dalla carenza di adeguata segnaletica».

(12) L'importanza di indicare nei luoghi di accesso alle strutture sanitarie la dislocazione dei servizi è emersa dalle interviste effettuate; al riguardo, il 43,8% degli operatori era dell'opinione di migliorare la segnaletica soprattutto nei punti di ingresso dell'ospedale, infatti, il

31,2% delle richieste di informazioni degli utenti si erano avute proprio nei punti di accesso della struttura.

(13) Le piantine potrebbero essere riprodotte, soprattutto nelle strutture sanitarie di grandi dimensioni, su dépliant distribuiti all'accesso della struttura, ciò consentirebbe agli utenti di orientarsi e di ricordare più facilmente i percorsi da compiere. Infatti, il 78,2% degli utenti del Santobono intervistati riteneva utile la distribuzione di piantine illustrative. Al riguardo, nell'ambito dell'indagine (in corso di ultimazione) sul livello di efficacia del sistema di segnaletica del policlinico della II Università degli Studi di Napoli, è stata elaborata una «Guida al paziente», da distribuire agli utenti, costituita da un foglio formato A 4, in cui su un lato è stata riprodotta la piantina del complesso ospedaliero con i vari padiglioni e cliniche evidenziati con un diverso colore, mentre sull'altro lato per ogni colore utilizzato nella piantina sono stati indicati i servizi erogati dalla relativa struttura; la guida contiene, inoltre, le informazioni più frequentemente richieste dagli utenti all'ingresso della struttura.

(14) I colori, ad esempio, possono essere utilizzati per contrassegnare l'appartenenza ai rispettivi reparti dei diversi servizi.

(15) *L'arte della segnaletica, op. cit.*, pag. 19: «Dalla metà degli anni sessanta, il più diffuso e popolare è il carattere Helvetica che ha un'ottima leggibilità a distanza, forme pulite ed attraenti... Per una più facile decifrazione del testo è preferibile usare lettere maiuscole e minuscole: la scritta infatti è più corta e più leggibile sia per abitudine alla lettura (giornali, scritti, dattiloscritti), sia perché inconsciamente si memorizza il profilo esterno, molto variabile».

(16) Per l'individuazione dei macro-gruppi, così come delle loro caratteristiche socio-culturali, consistenza e dei loro bisogni informativi, può essere utile intervistare i diversi soggetti che accedono all'azienda sanitaria, magari con l'ausilio di questionari appositamente strutturati.

(17) Anch'essi rientrano tra i destinatari della segnaletica in quanto possono non avere un'adeguata conoscenza della intera struttura (si pensi al caso di un Policlinico o di un Ospedale di grandi dimensioni costituito da più padiglioni) e dei percorsi da seguire per raggiungere determinati luoghi della struttura, diversi da quelli in cui lavorano, per cui anch'essi hanno bisogno di informazioni.

(18) L'indagine effettuata presso il Santobono ha evidenziato che i servizi per i quali sono maggiormente richieste informazioni sono gli ambulatori ed i reparti di degenza.

(19) Il bisogno informativo (come si può notare nella tabella 2) presente in tutti i gruppi di destinatari è il dove? (localizzazione dei servizi, percorsi da seguire, individuazione del punto di destinazione, percorso inverso), il cosa? (servizi sanitari ed amministrativi erogati nei diversi padiglioni, reparti, etc.) ed il quando? (orari in cui vengono erogati i servizi sanitari ed amministrativi per gli utenti; orari in cui si può usufruire dei servizi amministrativi per gli operatori; orari di consegna o ricevimento delle merci — in cui erogare i servizi — per i fornitori; orari di visita ai degenti per i visitatori).

(20) In altri termini, nei punti di accesso saranno fornite solo delle macro informazioni, mentre a mano a mano che si arriva ai punti di destinazione il livello delle informazioni fornite sarà sempre più analitico.

(21) Cfr. per la segnaletica di sicurezza sul posto di lavoro il già citato D.P.R. dell'8 giugno 1982, n. 524.

(22) In molte strutture sanitarie è stato attivato un centralino telefonico — dotato o meno di numero verde a seconda delle risorse disponibili —, che consente di razionalizzare ulteriormente l'afflusso degli utenti che richiedono informazioni.

(23) *L'arte della segnaletica, op. cit.*, pagg. da 23 a 27: «La posizione fisica dei segnali dipende dalle caratteristiche architettoniche dell'edificio, ma esiste una logica generale che va rispettata. Una delle regole più importanti è che i segnali della stessa categoria vengano collocati tutti con lo stesso criterio in posti visibili, dove ci si aspetta di trovarli, dove non disturbino le finiture e l'architettura generale e in modo che si adattino armoniosamente all'ambiente... Il riferimento orizzontale di posizionamento di placche a bandiera o di piastre sospese è costituito dal filo dello stipite superiore della porta che dovrà coincidere con quello inferiore del segnale. Il riferimento verticale, per segnali di piccolo formato da montare a mano, è di pochi centimetri verso l'esterno dallo stipite della porta e la loro applicazione dovrà essere fatta sempre dalla parte dove si trova la maniglia...»

(24) I termini qualità igienica e strategica sono stati definiti dal dott. Celentani P. (Seminaro: *La qualità nelle imprese di servizi*, Napoli, Facoltà di Economia e Commercio, 4 giugno 1993) e ripresi da Cercola R., *Qualità e valore nelle aziende della distribuzione*, in Economia e diritto del terziario, n. 1/94 ed in seguito approfonditi da Celentani P., *Dalla fisiologia alla psicomotricità di impresa: evoluzione dei paradigmi della qualità e del valore e loro interpretazione all'interno del modello del cir-*

colo di creazione del valore, in Mele R.-Sicca L. (a cura di), *op. cit.*

Al riguardo, il Celentani ha definito la qualità igienica — o essenziale — come quel livello qualitativo minimo senza il quale il consumatore non effettua l'acquisto (riguarda soprattutto il sistema di erogazione del servizio); mentre la qualità strategica è quel livello qualitativo che comporta un vantaggio competitivo per l'azienda attraverso un processo di creazione di valore per l'utente (riguarda soprattutto il sistema commerciale).

(25) Anche se parlare di vantaggio competitivo per le aziende appartenenti al comparto pubblico potrebbe apparire quasi una forzatura (per l'esistenza, in genere, di situazioni di monopolio del bisogno o del servizio), nell'accezione qui usata si considera il fatto che molte aziende pubbliche operano, oggigiorno, in regime di concorrenza sia con aziende del settore privato e sia con altre aziende pubbliche.

(26) Si veda il par. 3.1 e Celentani P., *Dalla fisiologia alla psicomotricità di impresa: evoluzione dei paradigmi della qualità e del valore e loro interpretazione all'interno del modello del circolo di creazione del valore*, in Mele R.-Sicca L. (a cura di), *op. cit.*, pag. 546: «Isoliamo i due attori, l'impresa ed il cliente che, nel processo di creazione del valore, operano simmetricamente: il consumatore crea valore per sé, utilizzando i servizi dell'azienda; quest'ultima, dal canto suo, valorizza il proprio ca-

pitale attraverso la gestione del rapporto con il cliente. In altri termini, ognuno dei due agenti crea valore per sé, attraverso l'altro».

(27) La definizione degli specifici bisogni informativi e caratteristiche dei destinatari della segnaletica comporta, però, la necessità di dover effettuare delle ricerche di mercato per acquisire tali informazioni, ciò, naturalmente, implica maggiori costi d'intervento.

(28) Cfr. Abell D.F., *Business e scelte aziendali*, Ipsoa, 1986, pag. 217 e segg.

(29) È ovvio che il bisogno di informazione differenziale ha un ruolo secondario rispetto al bisogno di informazione essenziale, essendo quest'ultimo legato all'agevole orientamento dei soggetti nella struttura.

#### BIBLIOGRAFIA

ABELL D. F., *Defining the business*, Prentice-Hall, 1980 (trad. it.: *Business e scelte aziendali*, Ipsoa, 1986).

BENETTELLO M., *Il visual merchandising*, in L. Sicca (a cura di), *Il marketing dell'azienda dettagliante moderna*, Padova, Cedam, 1990.

CELENTANI P., *Dalla fisiologia alla psicomotricità di impresa: evoluzione dei paradigmi della qualità e del valore e loro interpretazione all'interno del modello del circolo di creazione del valore*, in Mele R.-Sicca L.

(a cura di), *Gli studi di economia d'impresa in Italia. Contributi ad un dibattito in corso*, Padova, Cedam, 1995.

CERCOLA R., *Qualità e valore nelle aziende della distribuzione*, in *Economia e diritto del terziario*, n. 1, 1994.

CERCOLA R., COLETTI M., *L'impresa che assiste il cliente*, Milano, Etas Libri, 1995.

EIGLIER P., LANGEARD E., *Servuction. Le marketing des services*, Paris, McGraw-Hill, 1987 (trad. it.: *Il marketing strategico nei servizi*, Milano, McGraw-Hill, 1988).

FILOSA MARTONE R., IPPOLITO A., *La segnaletica nelle aziende sanitarie: l'esperienza della USL 39 di Soccavo*, in *Azienditalia*, n. 1, 1995.

GILI E., *Lo spazio come risorsa strategica per la qualità dei servizi*, in *Service management* (a cura di F. Pennarola), *Le raccolte di Sviluppo e Organizzazione*, n. 14, 1993.

IPPOLITO A., *La comunicazione nei processi di erogazione dei servizi*, in *Sinergie* (in corso di pubblicazione).

MELE R., *Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi*, Padova, Cedam, 1993.

PELLICANO M., *La comunicazione aziendale nelle imprese di servizi pubblici*, Padova, Cedam, 1992.

L'ARTE DELLA SEGNALETICA, *Opuscolo informativo a cura della divisione segnaletica della Cicrespi spa.*

# PRODUTTIVITÀ OSPEDALIERA E SISTEMA PREMIANTE AZIENDALE

di Fernando Janeselli

Azienda provinciale per i servizi sanitari - Ospedale S. Chiara - Trento

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Evoluzione storico-normativa del sistema: dai compensi fissi, alle compartecipazioni, agli incentivi di produttività - 3. Metodi di valutazione della produttività. Il piano di lavoro - 4. Conclusioni.

## 1. Introduzione

La cosiddetta «era manageriale» in Sanità, avviata con il D.L.vo n. 502/92, ha indotto una approfondita riflessione su tutti i principali criteri programmatori e gestionali finora adottati.

Sono in discussione non soltanto temi di valenza politico sociale ed a contenuto macroeconomico (il finanziamento del sistema sanitario, la compartecipazione alla spesa, l'aziendalizzazione delle USL e degli Ospedali, il rapporto pubblico-privato) ma anche i modelli organizzativi e gli strumenti gestionali nel tentativo di concepire un Servizio omogeneo, razionale e coerente nei suoi vari elementi costitutivi.

Fra questi ultimi un tema significativo riguarda la valutazione della produttività ospedaliera in rapporto con il sistema premiante aziendale comunemente definito «incentivazione della produttività».

La rilevanza dell'argomento travalica in realtà il mero dato finanziario (anche se la spesa impegnata annualmente a tale titolo dal SSN corrisponde a circa l'8% della spesa totale per il personale) e deriva dal fatto che l'incentivazione della produttività rappresenta uno dei pochi, e fra questi il più

importante, meccanismi premianti e motivazionali nel settore.

È appena il caso di ricordare che la stragrande maggioranza del personale del SSN è dipendente dall'Ente pubblico con rapporto di lavoro più o meno rigidamente definito dagli accordi unici di comparto e con un trattamento economico predeterminato salvo, appunto, che per la quota variabile di incentivazione.

È noto, d'altronde, che il sistema premiante può rappresentare per l'organizzazione lo strumento per indurre gli operatori a comportamenti finalizzati ed omologhi.

Il problema è, semmai, quello di far sì che esso sia anche coerente con le finalità e con gli obiettivi strategici dell'azienda.

Molto schematicamente i sistemi premianti razionali e sistematici possono essere distinti in tre diverse tipologie a seconda del contesto di mercato in cui l'azienda agisce:

— vi sono quelli centrati sulla domanda (tipici dell'azienda in espansione che deve conquistare segmenti di mercato ancora liberi attraverso l'induzione della clientela);

— vi sono quelli orientati al prodotto-risultato (tipici dei mercati saturi o fortemente concorrenziali in cui vanno privilegiati gli aspetti qualitativi);

— vi sono infine quelli centrati sul processo di produzione e sul controllo delle risorse (caratteristici delle situazioni di relativo monopolio).

Si può dire che il settore sanitario abbia via via sperimentato tutti e tre i contesti sopradescritti ma che non sempre abbia conseguentemente adeguato il proprio sistema premiante.

## 2. Evoluzione storico-normativa del sistema: dai compensi fissi, alle compartecipazioni, agli incentivi di produttività

Già nella legislazione del 1938 si ritrova una sorta di premio di produzione — i compensi fissi — per i medici ospedalieri, collegato al numero di pazienti ricoverati.

Dopo la riforma ospedaliera del 1968 (L. n. 132 e decreti delegati) nascono le cosiddette compartecipazioni all'attività specialistica ambulatoriale, espressione della quota parte di attività dell'Ente ospedaliero svolta dai medici in plus orario in favore degli assistiti dei vari Enti mutualistici e da questi ultimi rimborsata.

Con la legge di riforma sanitaria (L. n. 833/78) ed i successivi Accordi nazionali unici di lavoro (D.P.R. n. 348/83 e D.P.R. n. 270/87) il meccanismo non viene sostanzialmente modi-

ficato (anche se con l'abolizione del terzo pagante — le mutue appunto — era venuto meno il presupposto partecipativo) e si afferma gradualmente il carattere retributivo, sempre in plus orario, allargato anche ad altre categorie di personale nonché l'orientamento alla produttività per obiettivi (attraverso l'estrapolazione di uno specifico fondo denominato sub 2).

Il processo di cambiamento del sistema premiante verso il nuovo istituto di incentivazione della produttività viene perfezionato dall'ANUL del 1990 (D.P.R. n. 384) che introduce il concetto di piano di lavoro, ripreso anche dall'articolo 8 della legge n. 537/93 (legge finanziaria 1994).

Alla successiva riforma del 1992 (D.L.vo n. 502) non ha ancora fatto seguito una compiuta contrattazione nazionale (ancora in corso per quanto riguarda la dirigenza medica) anche se il nuovo accordo di comparto sembra confermare la svolta definitiva verso il principio del trattamento economico accessorio in plus orario collegato alla produttività per obiettivi, definiti annualmente ed in via preventiva dai vertici aziendali e verificati a posteriori dal servizio di controllo interno o dal nucleo di valutazione (artt. 46 e 47).

Viene anche prevista (art. 48) la possibilità di premiare la qualità della prestazione individuale con una gratifica forfetaria sganciata dal plus orario ed attribuita dai dirigenti sulla base dei seguenti criteri:

- a) precisione e qualità delle prestazioni svolte;
- b) capacità di adattamento operativo al contesto di intervento, alle esigenze di flessibilità e alla gestione di cambiamenti organizzativi;
- c) orientamento dell'utenza e alla collaborazione all'interno del proprio servizio e tra i diversi servizi;
- d) capacità organizzativa e di proporre soluzioni innovative e di

contribuire alla realizzazione di miglioramenti organizzativi e gestionali.

Nella tabella 1 viene sinteticamente riportata l'evoluzione del sistema premiante ospedaliero considerando il periodo storico, i destinatari, l'oggetto del premio, le conseguenze indotte.

### 3. Metodi di valutazione della produttività. Il piano di lavoro

In senso generale si intende per produttività, sia di una organizzazione complessa, sia delle singole

unità produttive che la compongono, la capacità di fornire risultati coerenti con gli obiettivi strategici attraverso l'utilizzazione delle risorse disponibili nel modo più efficiente possibile.

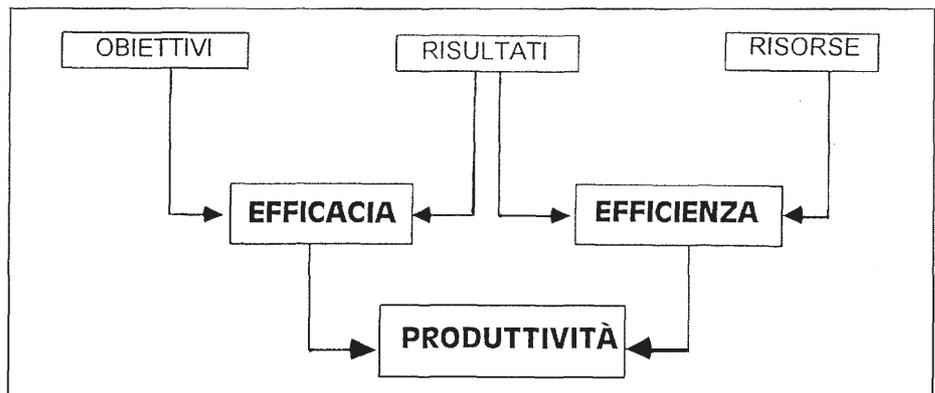
La produttività riassume quindi entrambi i concetti di efficienza (rapporto risorse/risultati) e di efficacia gestionale (rapporto risultati/obiettivi) come illustrato nella tabella 2.

Esemplificando in ambito ospedaliero con riferimento al target cox artrosi e posto che:

**Tabella 1 - Il sistema premiante ospedaliero**

Periodo	Denominazione istituto	Destinatari	Oggetto del premio	Conseguenze
Anni '50-'60	Compenso fisso	Medici strutturati	Ricoveri ospedalieri	Incremento ospedalizzazione
Anni '70	Compartecipazioni	Medici ospedalieri	Attività specialistica ambulatoriale	Sviluppo/induz. offerta ambulatoriale
Anni '80	Misto (compartecipaz./retribuz. in plus orario)	Tutti i dipendenti ospedalieri	Misto (attiv. spec. amb./prolungamento orario di lavoro)	Idem più inflazione organici
Anni '90	Incentivazione della produttività	Tutti i dipendenti ospedalieri	Produttività per obiettivi	Da verificare (possibile l'induzione della competizione e della privatizzazione)

**Tabella 2**



— l'efficacia gestionale dell'ospedale (ed in esso della U.O. di Ortopedia) è data dal rapporto fra i risultati ottenuti (numero pazienti sottoposti con esito favorevole a protesi d'anca) e gli obiettivi prefissati (pazienti affetti da cox artrosi e ricoverati in un dato periodo temporale); e che

— l'efficienza dell'ospedale (e della U.O. di Ortopedia) è data dal rapporto fra le risorse impiegate per il trattamento dei pazienti cox artrosici ed i risultati ottenuti (come sopra definiti);

— la produttività rappresenta il processo assistenziale più efficiente, fra quelli possibili, per ottenere un livello accreditato di efficacia.

In altre parole essa è l'alternativa più economica nella produzione di qualità.

La valutazione di produttività è un'operazione complessa che richiede l'individuazione degli obiettivi, la ricognizione dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate ed infine una attenta analisi organizzativa.

Essa inoltre deve essere condotta con metodo rigoroso e basata su criteri oggettivi e realistici per evitare scelte irrazionali o, peggio, arbitrarie.

Nella realtà ospedaliera della provincia Autonoma di Trento è stato adottato da circa 7 anni un metodo di valutazione della produttività correlato alla distribuzione dei premi incentivanti.

La procedura ha subito nel tempo successive revisioni ed affinamenti ed oggi può considerarsi a regime.

Lo strumento utilizzato per la programmazione del lavoro e per la valutazione di produttività ospedaliera è il piano di lavoro.

#### *Il piano di lavoro*

In generale si deve intendere per piano di lavoro lo strumento tecnico di programmazione, direzione e verifica di unità organizzative dotate di autonomia decisionale circa l'impiego delle risorse messe a disposizione, che

consenta altresì di stabilire obiettivi specifici e di determinare i carichi funzionali di lavoro in rapporto al tempo.

In pratica il piano di lavoro è un procedimento/documento sistematico che, sulla base delle considerazioni svolte nel paragrafo precedente, consente di perseguire obiettivi di analisi decisionale e di valutazione di produttività aziendale.

Nell'azienda/presidio ospedaliero deve essere elaborato un piano di lavoro in ragione d'anno per ciascuna unità operativa (reparto o servizio); nel loro insieme i singoli piani di lavoro costituiscono il piano di lavoro dell'intero presidio.

La sua intrinseca caratteristica di contenitore in cui si mettono in relazione elementi decisionali strategici e tattici, aspetti di marketing, di programmazione e di controllo può apparire eccessivamente ambiziosa; in realtà nella pratica gestionale essa si è rivelata efficace e funzionale, comportando alcuni importanti vantaggi:

— è uno strumento di sintesi e di semplificazione procedurale;

— è uno strumento oggettivo, tra-

sparente e come tale accettato dalle varie équipes;

— ammette ed induce il confronto ed il monitoraggio continuo di efficienza ed efficacia rinforzando la motivazione del personale;

— si inserisce agevolmente nel rigido sistema premiante aziendale (incentivazione della produttività) e nella applicazione degli istituti normativo-contrattuali relativi al personale.

Il piano di lavoro, proposto secondo precise linee guida dal responsabile della U.O./Servizio è valutato in sede direzionale sulla base di criteri generali, indicatori e parametri predefiniti.

Ogni piano di lavoro si articola in fasi successive secondo la seguente procedura logica:

- analisi del bisogno;
- analisi della attività dei risultati;
- analisi delle risorse;
- verifica di produttività;
- proposta dei programmi e dei progetti obiettivo per l'anno seguente.

#### *Analisi del bisogno (tabella 3)*

Riguarda l'identificazione qua-

**Tabella 3 - Marketing conoscitivo (azienda/presidio ospedaliero)**

Segmentazione	Bacino d'utenza	Domanda
<i>Geografica</i> Regioni, Province Distretti	N. utenti potenziali (residenti nel territorio di riferimento)	N. utenti effettivi (dimessi/curati per residenza)
<i>Demografica</i> Età	N. utenti potenziali per fascia d'età	N. utenti effettivi per fascia d'età
Sesso Classe economico-sociale	N. utenti potenziali per sesso N. utenti potenziali per fascia economico-sociale	N. utenti effettivi per sesso N. utenti effettivi per fascia economico-sociale
<i>Epidemiologica</i> Nati-mortalità	N. utenti potenziali (nati-morti di residenti nel territorio di riferimento)	N. utenti effettivi (nati-morti nella struttura ospedaliera per residenza)
Categorie di bisogno (per settore nosologico e categorie diagnostiche)	N. utenti potenziali (residenti nel territorio di riferimento e portatori di bisogno sanitario)	N. utenti effettivi (dimessi e curati per residenza e singola patologia)

li/quantitativa del bisogno-domanda pertinenti e quindi, in definitiva, degli obiettivi specifici da perseguire.

Tale marketing conoscitivo si propone di definire:

— il bacino di utenza potenziale dell'ospedale nel suo complesso o di singole unità operative e servizi. Può essere espresso graficamente con il nomogramma di Gandy che visualizza la capacità dell'ospedale di soddisfare l'utenza del proprio territorio rispetto a quella di zone extraterritoriali (multizionalità);

— la segmentazione dell'utenza, che consiste nella suddivisione dell'utenza potenziale in sottoinsiemi (target) distinti ed omogenei in base a variabili geografiche, demografiche ed epidemiologiche rilevando le principali categorie di bisogno sanitario;

— la domanda, esprimibile come preferibilità assoluta (n. prestazioni richieste per servizio-prodotto) con indicazione della lista di attesa o preferibilità relativa (n. utenti potenziali/n. utenti effettivi).

#### *Analisi dei risultati raggiunti (tabella 4)*

Nell'ambito di questa fase vengono descritti i risultati dell'attività annuale di ogni unità operativa/servizio, espressi con dati ed indicatori.

I risultati possono riferirsi ad unità di prodotto finito o intermedio e rilevati in volumi di attività (numero di prestazioni) o in tempo lavoro a seconda della tipologia di prodotto.

Sono esempi di prodotti finiti le dimissioni, le visite e le prestazioni ambulatoriali in genere, mentre sono prodotti intermedi le consulenze interne, gli interventi chirurgici ed i singoli atti diagnostico-terapeutici.

Sono quantificabili per volumi di attività tutte le prestazioni clinico-assistenziali programmate mentre sono rilevabili a fascia oraria i turni di guar-

dia attiva e le attività di emergenza in genere, le attività funzionali ed organizzative, lo studio e la didattica.

Per poter disporre di un comune denominatore rispetto alle risorse impiegate, il complesso dei risultati raggiunti va comunque tradotto in tempo e riportato in ragione settimanale per una maggiore aderenza organizzativa.

Per le attività espresse in volumi si possono utilizzare a tal fine indici temporali predeterminati in base alla normativa vigente (D.P.R. n. 128/69; delibera CIPE 1984; D.M. 13 settembre 1988; piani sanitari), alla letteratura ed all'esperienza pratica.

In proposito molte regioni (fra cui la Provincia Autonoma di Trento) hanno predisposto ed adottato appositi «tempari», una esemplificazione dei quali — relativamente al segmento di attività degenza ordinaria — è riportata in tabella 5.

#### *Analisi delle risorse*

In questa fase vengono rilevati i seguenti elementi:

— composizione dell'équipe per profilo professionale e qualifica, e de-

bito orario settimanale comprensivo di plus orario e di eventuale lavoro straordinario preventivamente stabiliti ed autorizzati in base al piano di lavoro dell'anno precedente;

— numero di ore effettivamente lavorate dall'équipe nel periodo temporale di conseguimento dei risultati;

— verifica dell'organizzazione del lavoro considerando le modalità di combinazione pratica della risorsa tempo. Si evidenzia in altre parole la programmazione settimanale degli orari di servizio dell'équipe nell'ambito delle varie attività: degenza, ambulatorio, day hospital, sala operatoria, attività organizzative, studio, didattica e ricerca etc.

#### *Verifica di produttività*

Rappresenta il momento valutativo integrato delle informazioni rilevate nelle precedenti fasi del piano di lavoro.

Scopo di tale valutazione è

— accertare il livello di efficacia del/i servizio/i valutando la coerenza dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi/bisogni precedentemente posti (fase A);

**Tabella 4 - Lista dei risultati (équipe mediche)**

Attività	Risultati	Quantificazione
Degenza ordinaria	N. dimessi/trasferiti per patol. e durata di degenza	Indice temp. unitario
Degenza diurna	N. accessi per patologia	Indice temp. unitario
Sale operat. e anest.	N. e tipo di interventi chirurgici e anestesia	Indice temp. unitario
Servizi diagnostici	N. visite/prestazioni diagnostiche	Indice temp. unitario
Consulenza interna	N. visite/prest. diagnostico-terapeutiche	Indice temp. unitario
Consulenza extraosp.	N. e sede accessi	A fascia oraria
Ambulatoriale	N. visite /prestazioni	Indice temp. unitario
Guardia attiva	Turni di servizio diurno-notturno-festivo	A fascia oraria
Organiz.-dirig.-vigil.	In base tipologia UO/Serv.	A fascia oraria
Studio did. ricerca	N. ore did./studio; n. lavori scientifici, convegni etc.	A fascia oraria
Altre	In base tipologia U.O./Servizio	A fascia oraria

— determinare il livello di efficienza del/i servizio/i confrontando i risultati (fase B) con le risorse (fase C);

— elaborare di conseguenza il sistema premiante (incentivi).

In particolare il rapporto differenziale fra risultati e risorse (espressi entrambi in ore settimanali) può essere immediatamente utilizzato per definire programmaticamente (tabella 6):

— il plus orario settimanale correlato al premio di produttività;

— il tetto delle ore straordinarie autorizzabile per ogni singola équipe;

— l'eventuale fabbisogno di ulteriori risorse;

— l'opportunità di impiego alternativo e più conveniente delle stesse.

#### Verifica-proposta di programmi/progetti obiettivo

Trattandosi di un procedimento sistematico e continuo il piano di lavoro deve contemplare la verifica delle iniziative progettuali perseguite nell'anno trascorso nonché descrivere quelle proposte per il futuro.

La metodologia richiesta per la presentazione di nuovi progetti obiettivo è la seguente:

1) denominazione progetto ed ambito di applicazione;

2) obiettivi che si propone di raggiungere (con i riferimenti normativi e/o programmatici);

3) durata potenziale del progetto;

4) soggetti esterni a cui si rivolge;

5) personale coinvolto;

6) analisi di fattibilità, compatibilità delle risorse ed impatto organizzativo;

7) risultati prefissati;

8) indicatori di monitoraggio e verifica.

Nel caso di verifica di progetti obiettivo già perseguiti la procedura è invece la seguente:

1) denominazione progetto;

**Tabella 5 - Parametri di assistenza medica per paziente al giorno e per disciplina, in rapporto con la tipologia dell'ospedale e la durata media di degenza standard**

Specialità (U.O.)	Ospedali multizon.	Ospedali zonali	D.M.D. standard
Medicina generale	da 30 a 40 min	da 25 a 35 min	12 gg.
Chirurgia generale	da 35 a 45 min	da 30 a 40 min	9 gg.
Ost. ginecologia	da 35 a 45 min	da 30 a 40 min	5 gg.
Geriatria	da 30 a 40 min	da 25 a 35 min	13 gg.
Pediatria	da 45 a 55 min	da 35 a 45 min	5 gg.
Pat. neonatale	90 min	—	8 gg.
O.R.L.	da 35 a 45 min	—	8 gg.
Oculistica	da 35 a 45 min	—	6 gg.
Ortopedia traum.	da 35 a 45 min	da 30 a 40 min	8 gg.
Malattie infettive	da 30 a 40 min	—	13 gg.
Pneumologia	da 30 a 40 min	—	12 gg.
Tisiologia	20 min	—	60 gg.
Chir. vascolare	da 35 a 45 min	—	9 gg.
Chir. max. facc.	da 35 a 45 min	—	5 gg.
Urologia	da 35 a 45 min	—	9 gg.
Dermatologia	da 30 a 40 min	—	8 gg.
Cardiologia	da 30 a 40 min	—	8 gg.
Chir. pediatrica	da 35 a 45 min	—	5 gg.
Nefrologia	da 30 a 40 min	—	13 gg.
Neurologia	da 30 a 40 min	—	12 gg.
Oncologia	da 30 a 40 min	—	12 gg.
Psichiatria	da 35 a 45 min	da 35 a 45 min	13 gg.
Riabilitazione	20 min	20 min	20 gg.

Il tempo di assistenza, nell'ambito del range indicato, viene attribuito in base allo scostamento della D.M.D. effettiva (calcolata escludendo i ricoveri con D.M.D. inferiore a 2 giorni) rispetto alla D.M.D. standard.

Sono attualmente in fase di avanzata elaborazione i nuovi parametri temporali di assistenza basati sull'indice di case mix di ogni unità operativa e correlati al peso medio D.R.G.

**Tabella 6 - Verifica di efficienza**

Risultati raggiunti	Carico di lavoro
Degenza ordinaria (n. casi x I.T.U.)	Ore settimanali
Degenza diurna (n. casi x I.T.U.)	» »
Sala operatoria (n. interventi x I.T.U.)	» »
Consulenza interna (n. visite-prest. x I.T.U.)	» »
Consulenza extraops. (n. ore accesso)	» »
Ambulat division. (n. visite-prest. x I.T.U.)	» »
Guardia attiva (n. turni settimanali)	» »
Studio-did.-ric. (n. ore settimanali)	» »
Organizzazione (n. ore settimanali)	» »
Totale	Ore settimanali
Risorse impiegate	Debito orario équipe
N. operatori x debito orario unitario (al netto delle assenze)	Ore settimanali
Totale	Ore settimanali



- 2) durata effettiva;
- 3) personale coinvolto;
- 4) risultati raggiunti;
- 5) risorse impiegate;
- 6) valutazione finale.

#### 4. Conclusioni

Nella nostra esperienza l'adozione del piano di lavoro ed il metodo sopra descritti ha comportato rilevanti ed innegabili vantaggi gestionali.

Ha permesso innanzitutto il collegamento fra elementi di valutazione prettamente organizzativi (risultati-prestazioni) ed elementi di valutazione eminentemente economici (risorse-costi) sotto il comune denominatore dell'analisi del prodotto ospedaliero, non fine a se stesso, ma ancorato al bisogno-domanda reale del territorio di

riferimento in linea con i più recenti indirizzi legislativi (L. n. 724/84 e linee guida n. 1/95 Min. san.) e dottrinali.

In secondo luogo esso può rappresentare una tappa fondamentale nello sviluppo del processo decisionale favorendo il graduale passaggio dal tradizionale metodo incrementale afinalistico a quello sinottico per obiettivi.

#### BIBLIOGRAFIA

- BORGONOV E., *Introduzione allo studio dell'ospedale negli aspetti gestionali ed organizzativi*, L'ospedale: un approccio economico aziendale, Giuffrè, Milano, 1988.
- BURKHEAD J., HENNIGAN J. P., *Productivity Analysis: A search for Definition and Order Public*, in *Administration Review*, n. 1, 1978.
- CACCIARI M., ZUCCHINI A., *L'istituto di incentivazione della produttività*, Gli ospedali della vita, 1992 anno XIX, n. 2, pp. 111/116.
- EASTAUGH, STEVEN R., *Health Care Finance. Economic Incentives and productivity Enhancement*, New York Auburn House (1992).
- FRANCI A., BRUSCAGLIA G., *La valutazione dei bacini di utenza delle strutture sanitarie*, Franco Angeli ed., Milano, 1990.
- LOMBARDINI S. ET AL., *Teoria degli incentivi e riforma del Servizio Sanitario Nazionale*, Torino, La Rosa, 1991.
- MINTZBERG H., *Structure in Fives Designing effective Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice Hall 1992.
- PASDERA A., *Lo zero base budgeting: uno strumento per razionalizzare l'attività degli enti pubblici*, in *Studi organizzativi* 1988, n. 3-4, pp. 163-193.
- VACCANI R., *La gestione del personale nella sanità*, L'organizzazione dell'ospedale, McGraw Hill, pp. 221-229, 1988.
- ZANGRANDI A., *Le caratteristiche dell'azienda ospedale*, L'ospedale: un approccio economico aziendale, Giuffrè, Milano, 1988.

# UN'ESPERIENZA DI COMUNICAZIONE DELLE INFORMAZIONI DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA MEDIANTE UN'ATTIVITÀ DI «FRONT OFFICE»

di Paolo Fusaroli<sup>1</sup>, Ester Baroncini<sup>1</sup>, Richard Betti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servizio di Igiene e Sanità Pubblica AUSL di Ravenna

Sommario: 1. Introduzione - 2. Materiali e metodi - 3. Risultati - 4. Conclusioni.

## 1. Introduzione

L'utente che interroga telefonicamente o di persona il servizio di Igiene e Sanità Pubblica spesso incontra delle difficoltà ad ottenere l'informazione richiesta per la mancanza di un valido interlocutore che sappia gestire o indirizzare la richiesta.

Nell'intenzione di dare un'immediata risposta ed un corretto orientamento all'utente, il servizio di Igiene e Sanità Pubblica del dipartimento di prevenzione dell'azienda unità sanitaria locale di Ravenna, nell'ambito territoriale di Lugo, che ha un bacino di utenza di poco al di sotto di 100.000 residenti, ha sperimentato un modello organizzativo che ha previsto l'istituzione di un «front office». Tale ufficio ha assunto l'impostazione di un vero e proprio sportello della prevenzione che è in grado di soddisfare la maggior parte delle richieste o di indirizzare l'utente al giusto punto di erogazione dell'informazione o della prestazione.

L'intervento organizzativo illustrato nel presente lavoro è stato effettuato per agevolare il contatto dell'utente con la struttura pubblica, nell'ottica della trasparenza dell'attività del servizio e della semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni. La legge n. 241/1990 «Nuove norme in materia di procedimento ammini-

strativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi», pone la trasparenza come criterio costitutivo dell'azione amministrativa, la successiva circolare del Servizio Centrale della programmazione Sanitaria del Ministero della Sanità 100/SCPS/3/5697 del 31 ottobre 1991 dal titolo «Iniziative per l'attuazione nel servizio sanitario nazionale delle norme della legge n. 241/1990 miranti al miglioramento dei rapporti tra pubblica amministrazione e cittadini», riconosce la necessità di istituire il tesserino di riconoscimento per il personale dipendente, disegna la costituzione degli uffici per le pubbliche relazioni, si danno indicazioni per migliorare la segnaletica e la modulistica. Il Decreto legislativo n. 502/1992 dal titolo «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge n. 421/1992» al titolo IV, articolo 14, prevede l'informazione come un diritto per i cittadini.

## 2. Materiali e metodi

Il lavoro si è sviluppato in due tempi, nell'arco di circa due anni. Dapprima è stata fatta un'indagine sulle richieste telefoniche dell'utenza dell'ambito di Lugo, in quanto era necessario quantificare e qualificare la domanda telefonica prevalente. Si è uti-

lizzato un questionario, illustrato in figura 1, che è stato distribuito e compilato dagli operatori che rispondevano al telefono, con il compito di indicare la fascia oraria e l'argomento di chiamata, individuato in una delle seguenti 6 categorie: ambulatori, alimenti, edilizia, ambiente, invalidi ed altro. Il periodo per l'indagine è stato fissato dal 22 marzo al 3 aprile 1993, per un totale di 12 mattine, con orario 7.00-13.00 e 11 pomeriggi, con orario 13.00-19.00. Il periodo scelto riteniamo che possa essere considerato sufficientemente rappresentativo, in quanto le richieste pervenute all'interno dello stesso non sono state particolari e non si sono discostate da quelle che si sono verificate durante tutto l'anno; tale affermazione non è stata dedotta da un monitoraggio, ma dall'esperienza degli operatori.

Dopo la valutazione dell'impegno lavorativo richiesto per la gestione delle telefonate, descritto più avanti, e per indirizzare correttamente gli utenti che si presentavano, è stato organizzato un ufficio, collocato all'ingresso del servizio, dotato di un centralino telefonico e due derivati con 5 linee esterne, 2 linee dirette per gli altri servizi dell'AUSL e 20 numeri per gli uffici interni. In tale ufficio ruotano due operatori per volta, adeguatamente preparati a fornire informazioni sia di



per il settore alimentare e relative all'edilizia entrambe con il 9%.

I risultati emersi dall'indagine, svolta in un periodo limitato e scelto a caso, evidenziano come la maggior parte delle richieste telefoniche siano relative ad informazioni di carattere sanitario legate all'attività degli ambulatori.

Nell'indagine non è stato raccolto il tempo impiegato per ogni comunicazione, però da informazioni ottenute dagli operatori addetti, sappiamo che il tempo medio di risposta, dalla ricezione della chiamata, alla eventuale ricerca della persona responsabile, alla formulazione di una adeguata risposta, vengono spesi mediamente 5 minuti, per un totale di 7 ore e 26 minuti giorno d'impegno degli operatori, distribuiti fra le varie categorie come indicato in tabella 1.

La scelta di utilizzare categorie precodificate (chiuse) nel primo questionario, se da un lato ha agevolato la compilazione, dall'altro ha creato alcuni problemi di interpretazione dei dati. La categoria residua «altro» è stata frequentemente scelta, producendo un dato aggregato di difficile interpretazione e non più disaggregabile. Tale risultato, ha portato ad interrogare gli operatori per individuare cosa veniva classificato come «altro» ed è emerso

**Tabella 1 - Distribuzione delle richieste al mattino e al pomeriggio per categoria (prima indagine)**

Categorie	Tot.	Tot. matt.	% matt.	Perc.	Tel die <sup>1</sup>	N. matt. <sup>2</sup>	Ore <sup>3</sup>	Min. <sup>3</sup>	Tot. min.
Ambulat.	202	171	84,7	19,7	18	15	1	28	88
Alimenti	95	84	88,4	9,3	8	7	0	41	41
Edilizia	72	69	95,8	7,0	6	6	0	31	31
Ambiente	176	155	88,1	17,2	15	13	1	17	77
Invalidi	89	75	84,3	8,7	8	7	0	39	39
Altro	392	326	83,2	38,2	34	28	2	50	170
<b>Totale</b>	<b>1026</b>	<b>880</b>	<b>85,8</b>	<b>100,0</b>	<b>89</b>	<b>77</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>446</b>

<sup>1</sup> Tel die = numero delle richieste telefoniche per giorno di 12 ore. Si ottiene dividendo il valore di ciascuna della colonna «tot» per il numero delle ore di apertura del servizio nel periodo considerato (numero delle richieste per ora), moltiplicato per le ore di apertura giornaliera (12 ore).

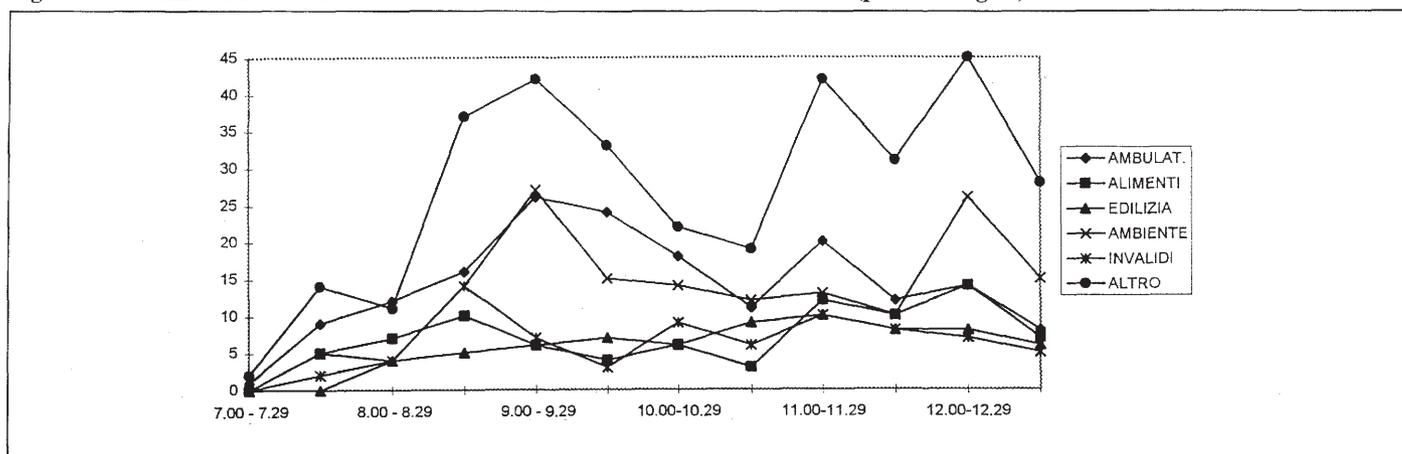
<sup>2</sup> N. matt. = numero di richieste effettuate mediamente durante ciascuna mattina.

<sup>3</sup> Ore e min. = tempo impiegato nell'arco delle 12 ore di apertura del servizio per soddisfare le richieste telefoniche per categoria, calcolato su una media di 5 minuti per ciascuna comunicazione.

**Tabella 2 - Distribuzione delle richieste telefoniche per categorie e fasce orarie del mattino (prima indagine)**

Fasce orarie	Ulat.	Alimenti	Edilizia	I ente	Invalidi	Altro	Totale	Perc.
7.00- 7.29	1	0	0	0	0	2	3	0,3
7.30- 7.59	9	5	0	5	2	14	35	4,0
8.00- 8.29	12	7	4	4	4	11	42	4,8
8.30- 8.59	16	10	5	14	14	37	96	10,9
9.00- 9.29	26	6	6	27	7	42	114	13,0
9.30- 9.59	24	4	7	15	3	33	86	9,8
10.00-10.29	18	6	6	14	9	22	75	8,5
10.30-10.59	11	3	9	12	6	19	60	6,8
11.00-11.29	20	12	10	13	10	42	107	12,2
11.30-11.59	12	10	8	10	8	31	79	9,0
12.00-12.29	14	14	8	26	7	45	114	13,0
12.30-12.59	8	7	6	15	5	28	69	7,8
<b>Totale</b>	<b>171</b>	<b>84</b>	<b>69</b>	<b>155</b>	<b>75</b>	<b>326</b>	<b>880</b>	<b>100,0</b>

**Figura 3 - Andamento delle richieste telefoniche durante le fasce orarie del mattino (prima indagine)**

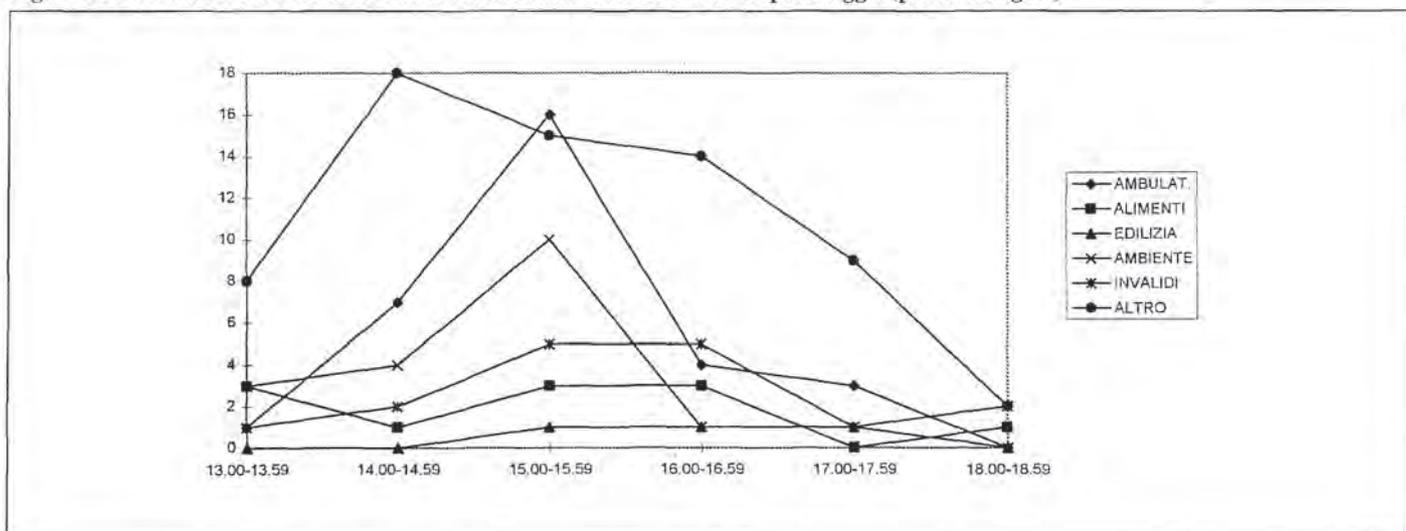


che in tale categoria venivano inserite le richieste dirette ad operatori specifici, oppure quelle per problemi di polizia mortuaria, o per disinfezioni/disinfestazioni ed infine quelle per argomenti di competenza di altri servizi quali, nell'ordine: materno infantile, medicina del lavoro, veterinaria, medicina di base, ospedaliero. Di conseguenza per la seconda indagine si è utilizzato un questionario con la cate-

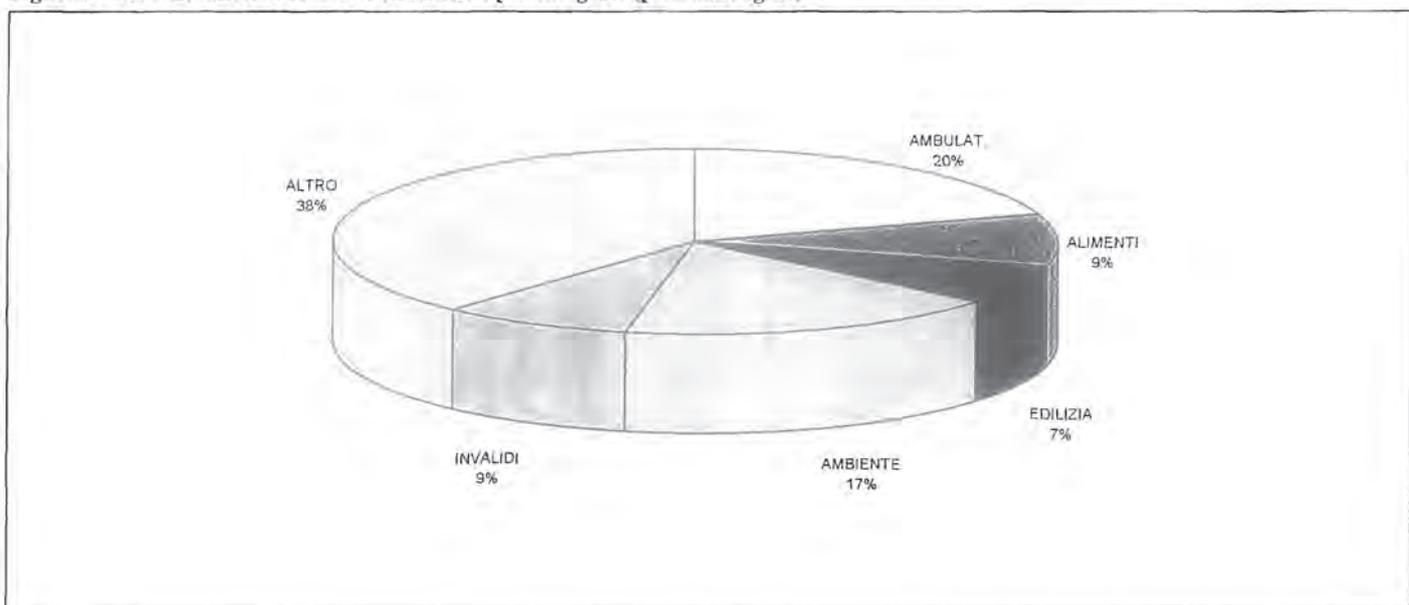
**Tabella 3 - Distribuzione delle richieste telefoniche per fascia oraria del pomeriggio e categoria (prima indagine)**

Fascie orarie	Ulat.	Alimenti	Edilizia	I ente	Invalidi	Altro	Totale	Perc.
13.00-13.59	1	3	0	3	1	8	16	11,0
14.00-14.59	7	1	0	4	2	18	32	21,9
15.00-15.59	16	3	1	10	5	15	50	34,2
16.00-16.59	4	3	1	1	5	14	28	19,2
17.00-17.59	3	0	1	1	1	9	15	10,3
18.00-18.59	0	1	0	2	0	2	5	3,4
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>66</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

**Figura 4 - Andamento delle richieste telefoniche durante le fasce orarie del pomeriggio (prima indagine)**



**Figura 5 - Percentuali delle richieste telefoniche per categorie (prima indagine)**



goria «altro» scomposta in ulteriori argomenti. Sul piano metodologico siamo consapevoli che esistono differenze fra i due questionari, tuttavia riteniamo che sia possibile una comparazione fra i dati ottenuti, in quanto già nella prima indagine la categoria altro era utilizzata per gli argomenti poi specificati nel secondo questionario.

L'analisi dei dati raccolti in seguito alla somministrazione del secondo questionario ha rilevato che ci sono state 887 richieste telefoniche e 216 utenti presentatisi al front office.

L'esame del numero e dell'argomento delle sole richieste telefoniche ha evidenziato alcune differenze rispetto alla precedente indagine. Per il confronto è stata utilizzata la percentuale relativa delle varie categorie dopo aver escluso 24 casi per i quali l'argomento non era stato specificato (tabella 4 e figura 6).

La categoria «altro» nella seconda indagine è stata scomposta in: argomenti di non competenza del servizio

con il 17,1%, disinfezione/disinfestazione 3,6%, polizia mortuaria 1,5%, ed infine richieste dirette a specifici operatori del servizio 26,0%. Gli utenti che si presentano «di persona» all'ufficio rivolgono domande, spesso simili a quelle degli utenti «telefonici». Le differenze sono legate alle categorie «Edilizia», con il 19,4% contro il 6,0%, in quanto nell'ufficio vengono accettate e restituite le pratiche

edilizie, «Polizia mortuaria», 1,5% contro 12,5%, per il disbrigo delle relative pratiche, per cui l'utente si deve necessariamente presentare. Infine nella categoria «Personali», sono inferiori le richieste rivolte da parte di coloro che si sono presentati al servizio, 2,8% contro il 26,8% (tabella 5 e figura 7).

Il questionario della seconda indagine è stato utile per effettuare una va-

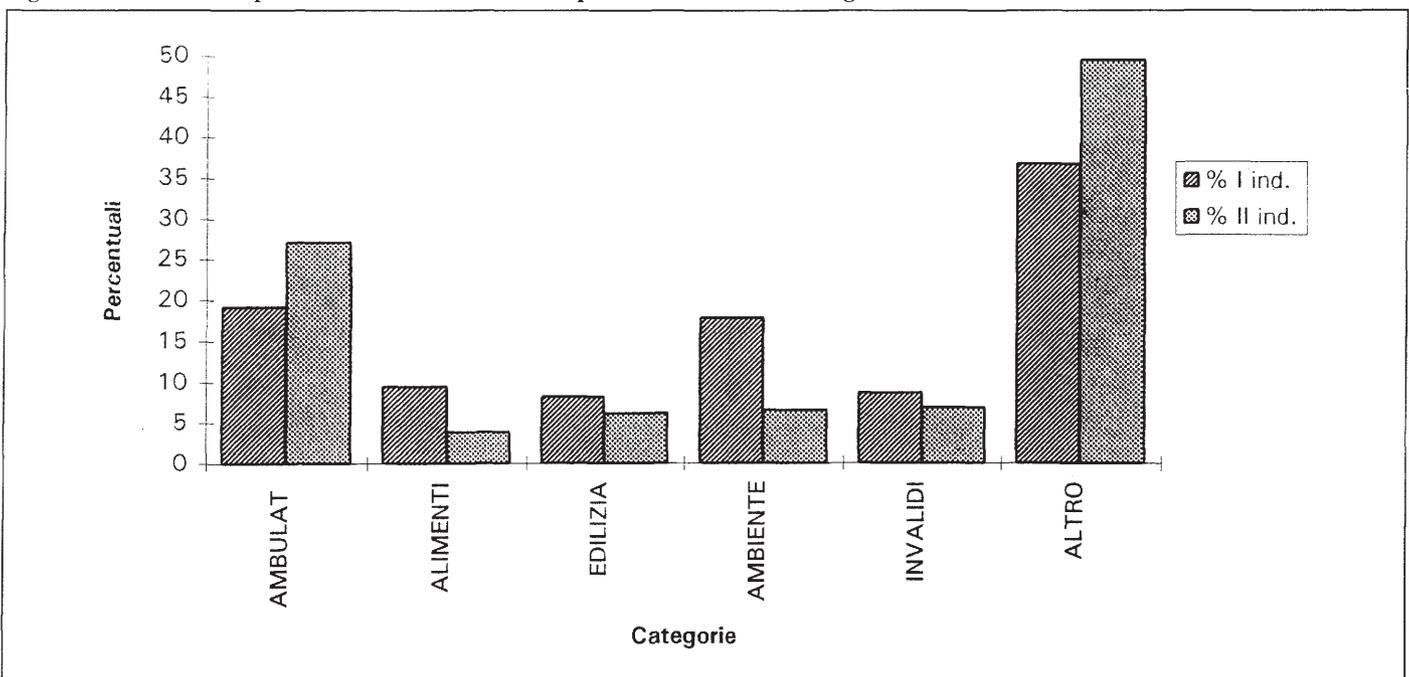
**Tabella 4 - Distribuzione delle richieste telefoniche totali della prima e della seconda indagine per categoria**

Categorie	Tot. I ind. <sup>1</sup>	Tot. II ind.	% I ind.	% II ind.	N. matt. <sup>2</sup>
Ambulat.	161	234	19,1	27,1	14
Alimenti	79	33	9,4	3,8	7
Edilizia	69	53	8,2	6,1	6
Ambiente	150	56	17,8	6,5	13
Invalidi	73	59	8,7	6,8	6
Altro	310	428	36,8	49,6	27
<b>Totale</b>	<b>842</b>	<b>863</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>73</b>

<sup>1</sup> Tot. I ind. = totale delle richieste effettuate nella prima indagine dal quale sono state escluse le richieste telefoniche avvenute prima delle ore 8.00 e dopo le ore 13.00, per uniformità con la seconda indagine.

<sup>2</sup> N. matt. = numero di richieste effettuate mediamente ogni mattina.

**Figura 6 - Distribuzione percentuale delle richieste nella prima e nella seconda indagine**



lutazione dell'efficacia del servizio. Come indicatore è stata utilizzata la percentuale di richieste soddisfatte dagli addetti all'ufficio suddiviso per utenti telefonici e non. Dalla tabella 6 si possono trarre due conclusioni:

— le richieste telefoniche sono soddisfatte dall'ufficio nella misura del 56% dei casi;

— per le richieste telefoniche rivolte a specifici operatori del servizio (categoria: Personali), gli addetti dell'ufficio, accertando le motivazioni della richiesta, ne soddisfano in prima persona il 34%. Le restanti richieste, passate a specifici operatori del servizio, possono essere considerate come soddisfatte, in quanto il passare adeguatamente una richiesta è una risposta efficace. Tenendo conto di quest'ultima osservazione la percentuale delle richieste totali soddisfatte sale al 74%.

Si è dimostrata maggior efficacia nella soluzione dei quesiti per coloro che si presentano personalmente, infatti l'85% di essi viene soddisfatto

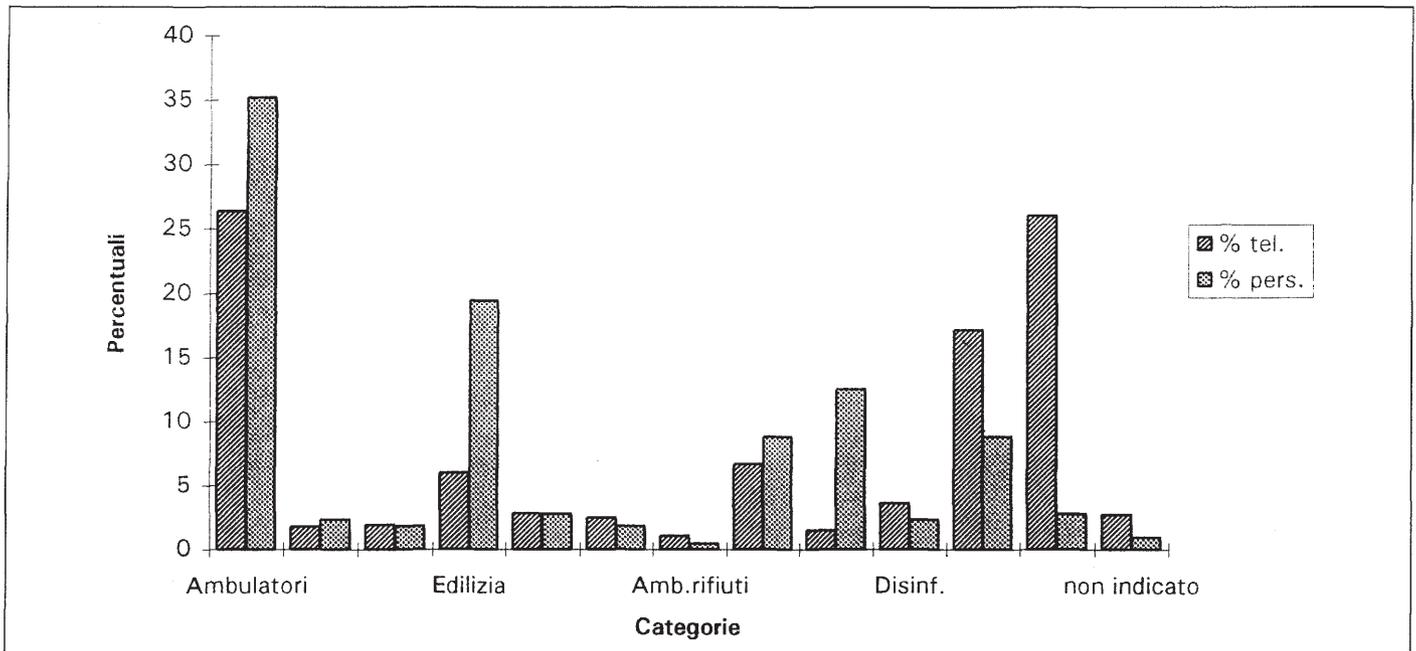
dall'ufficio (tabella 7). Tale dato evidenzia che l'impatto diretto fra persone agevola la comunicazione e facilita la risposta. Per migliorare l'impatto indiretto (telefono) si può intervenire sugli addetti dell'ufficio. A tal proposito si sono programmate delle giornate di lavoro per il miglioramento delle performance telefoniche anche con l'ausilio di simulazioni.

Un utile indicatore di efficacia interna è la capacità di risolvere i problemi posti dall'utente o di passarli ad altri. È emerso che per le richieste telefoniche 5 operatori su 15 non sono in grado di rispondere ad almeno la metà delle richieste; dagli elementi in possesso non si è in grado di affermare che tali richieste siano state indirizzate appropriatamente (tabella 8).

**Tabella 5 - Distribuzione delle richieste al front office per modalità e categorie (seconda indagine)**

Categorie	Tot. tel.	Tot. pers.	% tel.	% pers.
Ambulatori	234	76	26,4	35,2
Al. pr. amm.	16	5	1,8	2,3
Al. inf. tec.	17	4	1,9	1,9
Edilizia	53	42	6,0	19,4
Amb. acqua	25	6	2,8	2,8
Amb. aria	22	4	2,5	1,9
Amb. rifiuti	9	1	1,0	,5
Invalidi	59	19	6,7	8,8
Pol. mort.	13	27	1,5	12,5
Disinf.	32	5	3,6	2,3
Arg. non comp.	152	19	17,1	8,8
Personali	231	6	26,0	2,8
Non indicato	24	2	2,7	,9
<b>Totale</b>	<b>887</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Figura 7 - Distribuzione percentuale delle richieste per categoria dell'utenza, telefonica e personale (seconda indagine)**



#### 4. Conclusioni

Il tempo richiesto per le risposte telefoniche e quello necessario per soddisfare richieste analoghe poste da utenti che di persona si rivolgono al Servizio, spesso ricorrendo a diversi uffici prima di trovare la soluzione al proprio problema, insieme all'esigenza di fornire all'utente una zona filtro efficace, ha determinato l'istituzione di un punto di accoglienza denominato «front office», dotato di un centralino telefonico e due derivati che raccolgono tutte le chiamate entranti nel servizio. Tale ufficio è aperto dalle ore 8.00 alle ore 13.00, orario durante il quale vengono richieste l'86% delle informazioni ed è collocato nei pressi dell'ingresso al servizio.

In tale ufficio si eseguono le consegne e il ritiro delle pratiche edilizie, degli scarichi civili e produttivi, vengono accolte le istanze, gli esposti, le segnalazioni e predisposta la documentazione per adempimenti di polizia mortuaria, vengono raccolte le prenotazioni per le visite ambulatoriali ad accesso programmato e predisposti gli inviti per la profilassi vaccinale e i rinnovi dei libretti sanitari. In una bacheca sono esposti i turni di servizio del personale, con le rispettive sedi ed un registro sul quale annotare gli orari di uscita, l'orario previsto per il rientro e il luogo di reperibilità degli operatori in servizio ordinario e straordinario nel territorio.

Gli operatori presenti a rotazione nell'ufficio sono in grado di soddisfare oltre il 69 % delle richieste di informazioni telefoniche e non dell'utenza.

Con l'istituzione del «front office» si può affermare che i tempi di attesa dell'utenza si sono ridotti della metà circa, infatti l'utenza è agevolata nella soluzione dei suoi quesiti, senza dover interpellare diversi operatori. Nelle sedi periferiche degli uffici d'igiene dell'ambito territoriale di Lugo di Ravenna (ex USL 36), si è provveduto ad

informare sull'opportunità di chiamare l'ufficio per ogni necessità tramite manifesti collocati nelle sedi dei servizi sanitari. Poiché viene soddisfatto il 33% delle richieste dirette a specifici operatori competenti per l'argomento, vi è una buona preparazione degli ope-

ratori dell'ufficio che divengono sempre più esperti, mano a mano che affrontano nuovi problemi, in quanto chiamati a spiegare all'utenza procedure e protocolli che devono essere conosciuti. Per tale motivo il «front office» non è una semplice attività di

**Tabella 6 - Categorie di richieste e modalità di gestione da parte del front office, per utenti telefonici**

Categorie	Non indic.	Risolta	Passata	Tot. (r.+p.)	% risolta
Ambulatori	1	175	58	233	75,1
Al. pr. amm.	1	9	6	15	60,0
Al. inf. tec.	0	10	7	17	58,8
Edilizia	0	35	18	53	66,0
Amb. acqua	0	17	8	25	68,0
Amb. aria	0	13	9	22	59,1
Amb. rifiuti	0	7	2	9	77,8
Invalidi	0	25	34	59	42,4
Pol. mort.	0	9	4	13	69,2
Disinf.	1	20	11	31	64,5
Arg. non comp.	1	85	66	151	56,3
Personali	0	78	153	231	33,8
Non indicato	4	13	7	20	65,0
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>496</b>	<b>383</b>	<b>879</b>	<b>56,4</b>
<b>Totale (- person.)</b>		<b>418</b> <b>649<sup>1</sup></b>	<b>230</b> <b>230<sup>2</sup></b>	<b>648</b> <b>879</b>	<b>64,5</b> <b>73,8</b>

<sup>1</sup> 649 = sono tutte le richieste risolte più quelle passate personali.  
<sup>2</sup> 230 = sono le richieste passate tranne quelle personali.

**Tabella 7 - Categorie di richieste e modalità di gestione da parte del front office, per utenti presentati**

Categorie	Risolta	Passata	Tot. (r.+p.)	% risolta
Ambulatori	66	10	76	86,8
Al. pr. amm.	4	1	5	80,0
Al. inf. tec.	4	0	4	100,0
Edilizia	36	6	42	85,7
Amb. acqua	6	0	6	100,0
Amb. aria	2	2	4	50,0
Amb. rifiuti	1	0	1	100,0
Invalidi	13	6	19	68,4
Pol. mort.	24	3	27	88,9
Disinf.	4	1	5	80,0
Arg. non comp.	17	2	19	89,5
Personali	2	4	6	33,3
Non indicato	1	1	2	50,0
<b>Totale</b>	<b>180</b>	<b>36</b>	<b>216</b>	<b>83,3</b>
<b>Totale (- person.)</b>	<b>178</b> <b>184<sup>1</sup></b>	<b>32</b> <b>32<sup>2</sup></b>	<b>210</b> <b>216</b>	<b>84,8</b> <b>85,2</b>

<sup>1</sup> 184 = sono tutte le richieste risolte più quelle passate personali.  
<sup>2</sup> 32 = sono le richieste passate tranne quelle personali.

centralino, ma un servizio che richiede operatori competenti e motivati. Occorre aggiungere che abbiamo riscontrato differenti abilità nel soddisfare la richiesta e questo porta alla necessità di indagare sul gradimento da parte degli operatori.

In seguito ad una adeguata formazione le figure professionali coinvolte e cioè, operatori di vigilanza, infermieri ed amministrativi, inizialmente ciascuno impiegato per la specifica competenza nei rispettivi campi, sono divenute sufficientemente esperte per gestire le informazioni di base di tutti gli argomenti e campi di interesse del servizio di igiene e sanità pubblica.

In una struttura più complessa quale quella del dipartimento di prevenzione, sarebbe ipotizzabile istituire un ufficio del tipo di quello descritto nel presente lavoro, composto da 3 operatori contemporaneamente presenti, limitando la rotazione per la necessaria competenza che deve essere acquisi-

ta. Tali figure assumono una notevole importanza, nell'ottica di uno sportello della prevenzione, quali erogatori di informazioni che vanno da notizie sanitarie elaborate dai servizi del dipartimento, alle necessarie procedure

per ottenere certificazioni od autorizzazioni, alla prenotazione telefonica di prestazioni, alla restituzione dei pareri sulle pratiche, alla accoglienza di segnalazioni per inconvenienti igienici.

**Tabella 8 - Numero di richieste e modalità di gestione da parte di ciascun operatore del front office**

Operatore	Richieste telefoniche				Richieste utente		
	Missing	Pass.	Sodd.	% sodd.	Pass.	Sodd.	% sodd.
1		33	50	60,2	1	16	94,1
2	2	35	76	68,5		16	100,0
3		22	30	57,7	1	12	92,3
4		10	5	33,3	2	2	50,0
5	1	50	40	44,4	4	13	76,5
6		30	14	31,8		11	100,0
7		24	62	72,1	12	16	57,1
8		7	17	70,8		3	100,0
9		63	45	41,7	3	7	70,0
10		23	25	52,1	5	5	50,0
11	2	45	69	60,5	6	39	86,7
12		8	15	65,2		4	100,0
13	1	2	15	88,2	1	5	83,3
14		1	5	83,3			
15	2	30	28	48,3	1	31	96,9
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>383</b>	<b>496</b>	<b>56,4</b>	<b>36</b>	<b>180</b>	<b>83,3</b>

# **La sanità nel mondo**

**Sezione 4<sup>a</sup>**

# IL FUNDHOLDING NEL REGNO UNITO: APPUNTI DA UN VIAGGIO DI STUDIO

di Giovanni Fattore<sup>1</sup>, Francesco Longo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano - LSE Health «London School of Economics and Political Science»

<sup>2</sup> SDA-CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

**SOMMARIO:** 1. La riforma NHS - 2. Lo schema - 3. La storia del fundholding dal 1991 al 1996 - 4. Assetti organizzativi e sistemi informativi - 5. La determinazione negoziale del fondo - 6. La gestione del fondo - 7. I contratti tra fundholders e produttori - 8. I risparmi e il loro utilizzo - 9. La valutazione del nuovo schema - 10. Il futuro del fundholding in Regno Unito.

## 1. La riforma NHS

La riforma del sistema sanitario inglese (NHS, National Health Service), elaborata nel «White Paper» Working for Patient (1989) rappresenta il più radicale intervento di ristrutturazione del NHS dalla sua creazione nel 1948. Semplificando al massimo, possono essere individuate due principali interventi previsti dalla riforma:

a) la costruzione di un mercato interno (quasi mercato) tramite la separazione tra providers (i produttori delle prestazioni) e i purchasers (gli acquirenti delle medesime);

b) l'introduzione di un nuovo modello per la medicina di base collegato al suo rafforzamento nella funzione di «gate-keeping».

Oggetto del presente scritto è la descrizione, l'analisi e l'interpretazione del processo di trasformazione della medicina generale nel Regno Unito, alla luce di una revisione della letteratura principale e di alcuni colloqui e interviste effettuate dagli autori.

Nel processo più generale di riforma del NHS, il fundholding fu introdotto all'ultimo momento e apparve come un fulmine a ciel sereno, «the wild card in the pack of reforms» (A. Coulter, 1995). L'idea del fundhol-

ding è piuttosto semplice: rafforzare il ruolo di gatekeeping del medico di base affidandogli la responsabilità sulla gestione di un fondo per l'acquisto, per conto dei propri assistiti, dell'assistenza farmaceutica e di parte di quella specialistica.

Il riordino della medicina di base, accolta inizialmente con sfavore, ha registrato un progressivo e crescente successo, al punto che quasi il 50% della popolazione è attualmente iscritta presso MMG (medici di medicina generale) coinvolti nel nuovo schema. Una delle determinanti di questo successo è stata sicuramente la ferma volontà politica dei governi conservatori (Thatcher e Major) nel portare avanti questa parte della riforma. La crescita del nuovo sistema è stato perciò rapida, in parte inevitabilmente convulsa, con una serie ininterrotta di repentini aggiustamenti, come è fisiologico in qualsiasi processo di introduzione di una innovazione così radicale.

L'assetto istituzionale complessivo del NHS è andato a regime dal 1/4/96, con la fusione tra DHA (le agenzie territoriali una volta deputate alla gestione dell'assistenza sanitaria e, dal 1991, incaricate di gestire la funzione di acquisto dei servizi) e FHSA (Family Health Service Authority), il pre-

cedente gestore locale della rete dei servizi di medicina di base, di assistenza farmaceutica, odontoiatrica e oftalmica. Obiettivo di questa fusione è la creazione di un'unica agenzia, denominata Health Authority, responsabile per la tutela della salute della popolazione residente e incaricata dell'acquisto dei servizi all'interno del nuovo «quasi mercato». In precedenza, infatti, il sistema britannico separava alla fonte il finanziamento dell'assistenza sanitaria, attribuendo alle DHA quello per i servizi specialistici e di comunità, e alle FHSA quello per i medici di base, l'assistenza farmaceutica e altre funzioni minori. Fino al 1993 il NHS britannico non prevedeva forme «forti» di raccordo tra DHA e medici di base né sul piano finanziario né su quello organizzativo (Fattore 1996).

Ora il sistema si trova ad avere quindi quattro attori pubblici fondamentali:

---

Gli autori ringraziano la Conferenza dei rettori delle università italiane e il British Council, che all'interno del progetto di collaborazione italo-britannica per la ricerca e l'istruzione superiore, ha concesso un finanziamento per la ricerca da cui è potuto nascere questo articolo.

a) le aziende ospedaliere (NHS Hospital Trusts);

b) le aziende di produzione dei servizi territoriali (NHS Community Trusts);

c) le Health Authority (HA), che acquistano i servizi, compresa la medicina di base;

d) i MMG, fundholder o non fundholder (vedi infra 2).

Di seguito vengono analizzate la struttura del nuovo schema per la medicina di base e le modalità con cui si raccorda con le altre componenti del NHS.

## 2. Lo schema

I MMG inglesi sono dei professionisti indipendenti convenzionati con il NHS, analogamente a quanto avviene in Italia. Essi hanno in media circa 1700 iscritti, contro i poco meno di 1000 dei MMG italiani e, di norma, operano in una pratica associata, in media con 3-5 componenti per gruppo. L'istituto della guardia medica notturna e festiva non esiste: i MMG inglesi garantiscono la continuità assistenziale ventiquattro ore al giorno sette giorni su sette. Rispetto ai medici italiani, tuttavia, i MMG inglesi sono coadiuvati in maniera significativa da personale infermieristico e amministrativo, prevalentemente a spese del sistema sanitario.

Il MMG britannico è l'unico prescrittore del sistema di prestazioni erogate al di fuori del regime di ricovero ospedaliero (farmaci convenzionati esterni, specialistica e diagnostica in regime ambulatoriale). La possibilità di prescrizione da parte degli altri medici è infatti limitata alle sole prestazioni erogate in regime di ricovero, al contrario di quanto avviene nel SSN italiano dove anche gli specialisti ospedalieri possono prescrivere farmaci, prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali.

Il sistema di retribuzione è piuttosto complesso. In prima approssimazione, esso può tuttavia essere scomposto in due componenti, una fissa e una variabile. La componente fissa, in media pari al 60% di quella totale, deriva dalla quota capitaria che, oltre a dipendere dall'età dell'assistito, prevede una maggiorazione per gli assistiti appartenenti alle fasce più povere. Il restante 40% della retribuzione è invece collegato sia al raggiungimento di target predefiniti su alcuni programmi preventivi (percentuali di popolazione coperta per specifici screening o vaccinazioni), sia ad alcune prestazioni che vengono retribuite a notula (fee for service). La retribuzione annuale di un MMG inglese è in genere compresa tra i 100-130 milioni, al netto delle spese per l'ambulatorio e per il personale di supporto che sono quasi totalmente a carico del NHS. Si tratta di remunerazioni sostanzialmente in linea con quelle medie del personale medico impiegato nelle strutture ospedaliere.

Il nuovo schema attribuisce ai MMG che vi aderiscono su base volontaria un budget (il fund) con il quale acquistare i farmaci e alcune prestazioni specialistiche per i propri assistiti, scegliendo le aziende pubbliche o private e gli specialisti e negoziando con questi il prezzo dei servizi «acquistati». Eventuali risparmi sul fondo possono essere utilizzati soltanto per investimenti nell'ambulatorio diretti a migliorare l'assistenza fornita ai pazienti. Disavanzi inferiori al 5% del fondo sono portati in detrazione alle assegnazioni per l'anno successivo. Disavanzi di maggiore entità attivano una procedura di «audit» finalizzata a verificare le cause del disavanzo che può concludersi con la revoca del regime di fundholding.

Esiste una precisa definizione del portafoglio di prestazioni e servizi che rientrano nelle competenze del fondo:

tendenzialmente le prestazioni della medicina dei servizi e di comunità, le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche, i farmaci, i ricoveri elettivi di primo livello e alcune prestazioni rese in regime di day hospital. Sono tipicamente escluse le prestazioni di emergenza/urgenza e i ricoveri di alta specialità. Annualmente viene fissata una soglia di spesa massima per iscritto (15 milioni nel 1995), superata la quale il finanziamento delle prestazioni torna a carico della HA, come le rimanenti prestazioni escluse dallo schema.

Dall'introduzione del nuovo schema si è assistito ad un progressivo allargamento delle competenze dei fondi gestiti dai MMG e, di conseguenza, del loro ammontare finanziario. Nel 1995, in media, i fundholders hanno gestito un fondo per assistito pari 400.000 lire, poco meno del 25% della spesa sanitaria procapite complessiva del NHS.

Nel 1995, il 30 % degli ambulatori associati erano inseriti nel nuovo schema e coprivano il 41% della popolazione del Regno Unito, gestendo il 14 % della spesa del NHS in Inghilterra (Cornwell & Waite 1995).

Convivono quindi due distinti acquirenti nel NHS inglese, responsabili di tipologie di prestazioni diverse: il District (ora HA) e i MMG. Il primo è pensato come espressione di una logica di programmazione pubblica a partire dai bisogni di una comunità locale, l'altro è concepito come espressione diretta della domanda. Le due tipologie di acquirenti rappresentano logiche differenti e, per certi aspetti, incompatibili. Se i District sono chiamati, nella loro logica di acquisto, ad analizzare i bisogni e a valutare le priorità per tutti i bisogni sanitari di una ampia popolazione (circa 500.000 abitanti), i MMG fundholder sono chiamati a rispondere alle esigenze espresse dai loro pazienti e a gestire una domanda

individuale, acquistando un ventaglio limitato di prestazioni per una popolazione di piccole dimensioni (circa 10.000 persone) (Coulter 1995).

Evidentemente, questi due modelli di acquisto rappresentano due concezioni diverse dell'intervento pubblico in sanità: l'una dove una agenzia pubblica (la Health Authority) definisce che cosa si acquista a fronte dei bisogni osservati e delle risorse disponibili, l'altra in cui il singolo individuo, attraverso la mediazione del proprio MMG, cerca di acquisire le prestazioni che più si avvicinano alle proprie esigenze ed aspettative, fatto salvo un tetto di spesa che funge da limite massimo oltre cui il medico non può spingersi per il complesso dei propri iscritti. Il modello di riferimento rimane quello del «quasi mercato», ma evidentemente le due possibili varianti di esso sul lato della domanda tendono a produrre due scenari diversi (Glennester et al. 1994). Attualmente il governo sta spingendo nella direzione di favorire lo sviluppo dello schema. Sono stati infatti recentemente introdotti due nuove versioni dello schema: la prima a cui possono accedere gruppi con 3.000 assistiti e che copre una gamma ristretta di servizi, l'altro in cui i MMG sono chiamati a gestire un fondo per acquistare tutte le tipologie di servizi sanitari, comprese quindi le alte specialità e le emergenze. Questa seconda variante dello schema viene definita Total Fundholding, ossia budget globale e rappresenta di fatto, una riforma nella riforma, modificando profondamente la natura e la logica di funzionamento della funzione di acquisto. Attualmente tra i 3.000 studi associati inseriti nello schema, 50 sono total fundholder in via sperimentale. L'estensione o meno di questo modello rappresenta uno dei temi al centro del dibattito inglese (vedi infra 3).

All'interno del budget disponibile, i MMG possono acquistare le prestazioni e i servizi liberamente presso aziende pubbliche o private oppure presso specialisti singoli. Anche le modalità di erogazione sono libere, tanto che i MMG possono addirittura contrattare l'erogazione dei servizi nel proprio ambulatorio. Anche gli schemi contrattuali e quindi le modalità di retribuzione per i servizi resi sono liberi.

Il cittadino può liberamente cambiare il proprio MMG, trasferendo quindi la propria quota del fondo. Fino ad oggi, non si è tuttavia registrato un significativo aumento nel numero di «cambi» dei MMG da parte dei pazienti. La libertà di scelta del medico da parte del paziente introduce un elemento di competizione, altrimenti assente nel «quasi mercato» in cui la funzione di acquisto è gestita dalle sole HA. Infatti, la libertà di scelta del MMG dovrebbe attivare forme di competizione tra i MMG (il cui reddito dipende dal numero di pazienti assistiti), introducendo delle possibili dinamiche competitive sul lato della domanda.

L'adesione allo schema è volontaria. Affinché uno studio possa aderire è necessario il consenso di tutti i membri del gruppo stesso. Sono definite delle soglie minime di assistiti sotto le quali l'accesso al regime non è consentito. Queste soglie sono state imposte per l'evidente necessità di avere popolazioni sufficientemente ampie sia per ridurre le conseguenze della variabilità nei bisogni della popolazione assistita, sia per cercare di contenere i costi amministrativi di «transazione» generati dal fundholding. La soglia minima era stata inizialmente posta a 9000 iscritti, poi abbassata a 7000 per favorire ulteriori ingressi nello schema. Per raggiungere queste soglie i singoli studi possono «unirsi», disponendo quindi di un unico fondo,

senza tuttavia creare un'unica pratica associata. Il fundholding ha favorito quindi un'ulteriore crescita dell'associazionismo medico. Infatti, nei primi tre anni di vita dello schema ben 650 ambulatori associati si sono correlati per comporre 280 funds (Cornwell & Waite 1995).

In media le singole HA si trovano a dover gestire tra i 10 e i 30 funds, per i quali devono definire i budget, monitorare periodicamente gli andamenti, controllare i consuntivi e gestire le transazioni finanziarie con le strutture d'offerta.

Il fondo deve essere utilizzato dai MMG per l'acquisto di una lista definita di prestazioni e servizi:

- a) prestazioni e servizi ospedalieri (la maggioranza delle prestazioni ambulatoriali e di chirurgia elettiva);
- b) servizi di assistenza territoriale (assistenza infermieristica domiciliare, assistenza psichiatrica diurna, assistenza per handicap scolastici);
- c) prestazioni erogate direttamente negli ambulatori dei MMG (visite dietetiche, fisioterapia, ecc.);
- d) esami diagnostici strumentali e di laboratorio;
- e) farmaci e presidi sanitari;
- f) lo staff infermieristico, amministrativo e di supporto per l'ambulatorio.

Le prestazioni di questa lista prescritte da MMG non fundholder rientrano nelle competenze del budget della HA, così come tutte le prestazioni escluse da questo elenco.

Nel 1994, la spesa gestita dei fundholder era così ripartita:

- 55% per prestazioni ospedaliere e di medicina territoriale;
- 38% per farmaci e presidi;
- 7% per lo staff infermieristico ed amministrativo interno agli ambulatori dei MMG.

Le spese per prestazioni ospedaliere e di medicina territoriale sono a loro

volta ripartibili secondo le seguenti percentuali:

- 40% per prestazioni ambulatoriali;
- 29% per ricoveri elettivi e di day hospital;
- 16% per assistenza infermieristica domiciliare;
- 6% per servizi psichiatrici e di supporto agli handicap scolastici;
- 6% esami diagnostici;
- 3% prestazioni e servizi erogati direttamente negli ambulatori dei MMG.

I risparmi ottenuti nella gestione dei fondi possono essere utilizzati dai MMG per ulteriori spese sanitarie, per investimenti nell'ambulatorio, per rafforzare lo staff, e per donazioni ad altri presidi sanitari (vedi par. 9).

### 3. La storia del fundholding dal 1991 al 1996

L'introduzione del fundholding fu contestuale all'attuazione più generale della riforma a partire dal 1991. La spinta iniziale fu prevalentemente di natura politica, in un forte ed evidente contrasto con le potenti associazioni dei medici inglesi. Essendo l'adesione allo schema volontario pochi risultarono gli studi medici che vi aderirono nella prima fase.

La pressione politica che sosteneva il progetto era molto forte. I primi budget vennero determinati con generosità, conferendo ai MMG fundholder una notevole capacità di acquisto e quindi di attivazione di servizi aggiuntivi per i propri iscritti. La generosità dei budget si rivelò una leva molto potente per sollecitare ulteriori gruppi di MMG a scegliere il nuovo schema: i MMG non fundholders percepivano il rischio di avere a disposizione minori risorse per i loro pazienti rispetto ai colleghi inseriti nello schema. Inoltre, l'aumento di potere nei confronti degli specialisti fu percepita progressiva-

mente come una interessante opportunità di riqualificazione professionale.

Il governo venne addirittura accusato dal mondo scientifico di sfavorire valutazioni sistematiche (o perlomeno di non incoraggiarle, non garantendo finanziamenti) dei risultati del nuovo modello.

La generosità iniziale dei budget non è riconducibile soltanto alla forte volontà politica di favorire lo schema; essa fu anche probabilmente il frutto di errori tecnici dovuti alla debolezza iniziale del sistema informativo relativo alla spesa indotta (vedi infra par. 6).

Parte delle adesioni e delle autoesclusioni dallo schema ebbero probabilmente anche delle motivazioni politiche o ideologiche.

La fase iniziale vide il coinvolgimento degli ambulatori di più rilevanti dimensioni, con un numero alto di MMG associati, sia a causa del numero relativamente elevato di iscritti minimi che occorre avere (9000), sia perché questo tipo di pratiche associate di norma raccoglie i professionisti più motivati, abituati ad un lavoro di gruppo e particolarmente attenti alle innovazioni. Questo produsse rapidamente una copertura relativamente estesa della popolazione ed una allocazione crescente di risorse. L'effetto trascinarsi si rivelò inevitabile, per la paura di rimanere esclusi da un meccanismo, magari non condiviso, che tuttavia garantiva budget significativi di acquisto già posseduti da colleghi. Col tempo, lo stesso consenso

nei confronti dello schema tra i MMG è cresciuto, al punto che sicuramente oggi non si può più parlare di una avversione generalizzata (tabella 1).

Si osservano grandi differenze nelle percentuali di adesioni allo schema nelle diverse zone del paese: vi sono aree dove il 90% dei MMG aderiscono e altre in cui questa percentuale non arriva al 10%. Lo schema è molto diffuso in alcune regioni e nelle aree periferiche delle grandi città, mentre è poco diffuso nel centro delle grandi città, soprattutto Londra. L'ipotesi interpretativa che viene proposta è che nelle aree con popolazioni più povere, e quindi con una domanda forte e complessa, lo schema non riesca a svilupparsi. La causa delle difficoltà di sviluppo del in queste aree è anche dovuto al sistema retributivo dei MMG, che lega una parte significativa della remunerazione (40%) ad obiettivi di attività (es. target screening: l'incentivo scatta se si raggiunge una percentuale significativa di popolazione). Nelle zone socialmente più depresse raggiungere questi obiettivi appare più difficile. Il MMG che pratica in queste aree ha meno tempo e meno energie per potere dedicarsi ad uno schema ulteriormente impegnativo come il fundholding, a cui non è associato alcun incentivo remunerativo diretto.

A partire dal 1° aprile 1996 il Governo ha avviato la sperimentazione, in 50 realtà pilota volontarie, il total fundholding. In questa estensione del-

Tabella 1 - Crescita del numero dei fondi negli anni

Anno di applicazione schema	Numero di fondi attivati
1991-2	303
1992-3	590
1993-4	1248
1994-5	1836
1995-6	2221

Fonte: Audit Commission per NHS Executive.

lo schema ai MMG viene assegnata praticamente tutta la quota capitaria per i propri iscritti, togliendola completamente dalle competenze della HA. Sono quindi i MMG che devono provvedere ad acquistare tutte le prestazioni necessarie per i propri iscritti, sottoscrivendo i necessari contratti. Se questa sperimentazione dovesse diffondersi, a regime, il ruolo delle HA non sarebbe quindi più quello di acquirenti del sistema (ruolo assunto dai MMG), ma solo quello di regolatori del sistema e di supporto ai gestori dei fund. Più avanti verranno discusse le problematiche relative ai modelli organizzativi connessi a questa ipotesi (par. 5).

A partire dal 1° aprile 1996 anche gli ambulatori associati più piccoli possono aderire ad una versione ridotta dello schema: il Community fundholding, che si limita al conferimento di un budget per l'acquisto di servizi di medicina territoriale e dell'assistenza farmaceutica. L'accesso a questa variante dello schema è consentito per pratiche con almeno 3.000 assistiti. Due medici indipendenti con 1.500 iscritti possono comunque «consorzarsi» per aderire allo schema.

Esistono quindi tre tipologie di fundholding:

- a) Community fundholding;
- b) Standard fundholding;
- c) Total purchasing fundholding.

Lo schema non prevede nessun ritorno economico diretto per i MMG che vi aderiscono. Anzi, la definizione stessa delle regole di funzionamento dello schema ha cercato di isolare completamente il sistema retributivo dei MMG dalla gestione del fondo. L'assenza di incentivi economici diretti non ha comunque impedito un rapido sviluppo dello schema. Esistono infatti motivazioni di altro tipo, prevalentemente extra-economiche, che possono avere giocato un ruolo di ri-

lievo. Di seguito vengono presentate sei motivazioni che possono avere spinto i MMG ad aderire allo schema:

a) il significativo aumento di potere nei confronti dei medici specialisti intra ed extra ospedalieri. Essere dotati di un fondo con il quale contrattare direttamente le prestazioni degli specialisti, potendo negoziare e discutere protocolli, luoghi di cura, volumi e prezzi, da cui dipendono almeno in parte le remunerazioni degli specialisti, rappresenta un potere estremamente incisivo, sicuramente sconosciuto nella precedente storia della medicina di base. Questa inversione di potere tra specialisti e MMG è ammessa anche dagli stessi MMG contrari allo schema;

b) il desiderio di sperimentare e innovare. Per molti MMG ha valso anche l'effetto novità, cioè il desiderio di innovare, di sperimentare nuovi assetti, che portassero dei cambiamenti nella propria professione. Come testimoniato anche dalla ricerca di Glennerster et al (1994), alcuni medici hanno visto nel fundholding l'opportunità di cimentarsi con attività diverse dalla pratica clinica, trovando soddisfazione nelle funzioni manageriali e imprenditoriali richieste dal nuovo schema;

c) l'interesse a migliorare l'assistenza ai propri assistiti. Già dal secondo anno di implementazione, l'adesione allo schema mostrava di permettere livelli quali-quantitativi assistenziali più elevati di quelli assicurabili dai MMG non fundholders. La determinazione iniziale di budget molto generosi ha infatti rappresentato un incentivo significativo ad aderire allo schema;

d) lo sviluppo dell'ambulatorio. La possibilità di utilizzare eventuali avanzi del fondo per comprare ulteriori prestazioni per i propri pazienti, per investimenti per l'ambulatorio, per nuove tecnologie, rappresenta eviden-

temente un incentivo estremamente interessante. A questo occorre aggiungere che il MMG, ritirandosi dalla professione, può vendere il proprio ambulatorio, o la propria quota, potendo quindi incassare la quota parte dei risparmi investiti;

e) la voglia di mettersi alla prova. La crescita di una certa consapevolezza della propria responsabilità economica e sociale nello svolgere la professione ha spinto molti MMG a voler monitorare il proprio comportamento, sicuri, i più, di avere già dei comportamenti eccellenti che lo schema avrebbe finalmente premiato;

f) l'informattizzazione dello studio e le possibilità di ottenere uno staff infermieristico ed amministrativo più consistente. L'adesione allo schema garantisce anche risorse maggiori, pagate direttamente dalla HA locale, per lo staff ambulatoriale e per il sistema informativo. Concretamente questo può garantire quasi due unità di supporto in più di quelle ottenibili da una pratica non fundholding e un finanziamento per lo sviluppo del sistema informativo di varie decine di milioni.

#### **4. Assetti organizzativi e sistemi informativi**

Nel Regno Unito, la pratica di gruppo è tradizionalmente diffusa; essa è stata ulteriormente favorita dal fundholding. In realtà si osserva la presenza di tre possibili modelli organizzativi e/o funzionali per raggiungere le soglie dimensionali minime richieste dallo schema:

a) la pratica di gruppo: più medici (5-7) in un unico ambulatorio;

b) medici singoli, che mantengono i propri ambulatori separati, associati funzionalmente per raggiungere le soglie necessarie per il fundholding;

c) ambulatori di gruppo associati funzionalmente o che decidono di gestire un fondo comune per raggiungere

re il numero di pazienti minimo necessario per accedere allo schema e/o per ridurre i costi di gestione.

L'NHS inglese lascia ai MMG la piena libertà nel definire il proprio assetto organizzativo: ciò che si osserva è una netta predominanza, tra i MMG fundholder, del modello organizzativo di tipo a) e di tipo c).

Alcune studi associati, per la parte gestionale e amministrativa, assumono un assetto definito multifund. In esso i fondi rimangono separati, ma la struttura gestionale e amministrativa viene condivisa tra diversi fondi. Questo permette di ottenere economie di scala, garantendo quindi la riduzione di parte dei costi amministrativi. Il contributo di ogni singolo fondo alle spese comuni è proporzionale all'ammontare del proprio budget. Inoltre, i multifund tendono a sottoscrivere contratti collettivi con i propri principali erogatori di prestazioni, ottenendo in questo modo un maggiore potere contrattuale. Durante le negoziazioni del budget con l'HA locale i multifund possono invocare risorse maggiori per altre componenti di spesa, avendo contenuto quelle per la struttura gestionale. A metà del 1995 esistevano 16 multifund che connettevano 350 studi associati, per un totale di 2.000.000 di pazienti. I multifund più grandi raccordano in media da 20 a 30 fondi a cui sono collegati da 40 a 60 studi associati.

L'organizzazione interna per la gestione del fundholding si struttura attorno alla presenza di tre tipi di professionalità a supporto del lavoro dei MMG: il fund manager, il practice manager e gli impiegati amministrativi. Il fund manager si preoccupa di supportare la gestione complessiva del budget e dei rapporti con l'esterno. In particolare, il fund manager prepara il budget preventivo con cui negoziare con l'HA locale, partecipa al processo negoziale stesso e opera, di fatto,

come responsabile del processo interno di programmazione e controllo, definendo l'allocazione delle risorse tra i medici e tra le componenti di spesa. Periodicamente, prepara inoltre i report consuntivi per i MMG, discutendo insieme a loro i risultati, rivedendo eventualmente la programmazione interna. A questa attività è inoltre collegata la negoziazione e la contrattazione con i fornitori.

Il practice manager supporta i medici per l'organizzazione e il governo di tutti gli aspetti connessi all'attività sanitaria: organizza i percorsi di accoglienza e di prenotazione, le agende degli appuntamenti, le attività più complesse, (day surgery ambulatoriale, il servizio di assistenza infermieristica, i programmi di screening, ecc.) e supporta iniziative quali la definizione di protocolli e la gestione di casistiche particolarmente complesse.

Il personale amministrativo è necessario per supportare questa complessa attività di gestione e di organizzazione (acquisto di prestazioni, ricevimento e controllo fatture, monitoraggio attività e costi indotti, ecc.). A seconda delle dimensioni dei fondi si determina il numero e il tempo dedicato da parte di questi professionisti. I loro stipendi e i loro contratti sono decisi liberamente dai MMG, i quali cercano di avere nel proprio budget assegnato la copertura per queste spese.

Il sistema informativo interno per la gestione del fund può essere costruito liberamente e viene finanziato al 75% dal NHS fino ad un massimo di 60 milioni. Il NHS impone solo alcuni standard relativamente ai reports finali che devono essere inviati regolarmente alle HA. Il mercato informatico inglese ha pertanto potuto sviluppare un'offerta di una vasta gamma di pacchetti applicativi diversi per gli ambulatori fundholder.

Di norma l'architettura dei sistemi informativi assume questa struttura di fondo. Gli ambulatori sono dotati di due distinti sistemi relazionati tra loro: uno sanitario ed uno gestionale. Quello sanitario correla le singole prescrizioni con le cartelle cliniche informatizzate. Le componenti di spesa prescritte, inserite nello schema di fundholding, vengono automaticamente rilevate anche dal sistema gestionale. Questo contabilizza la spesa indotta e prepara le richieste di prestazioni ai fornitori con i quali vi sono i contratti di acquisto in corso. Quando il paziente ha ricevuto la propria prestazione presso il fornitore, questi invia la fattura al fundholder. La fattura viene imputata nel sistema gestionale, verificando se la prestazione eseguita e fatturata corrisponde a quanto era stato richiesto nella prescrizione dei MMG. Mensilmente vengono inviate alle HA le fatture dei singoli produttori, in quanto la cassa viene comunque gestita dalla HA locale (vedi par. 6). Il sistema gestionale, rilevando tutte le spese, permette di elaborare tutti i report periodici necessari: spesa per MMG, per componente di spesa, per paziente, con tutti gli indicatori impostati. L'unica voce di spesa non inserita integralmente nel flusso informativo complessivo dei MMG è quella farmaceutica. Questa viene rilevata dalle HA locali attraverso le prescrizioni ricevute e pagate alle farmacie. Successivamente, i fundholder ricevono dei rapporti di sintesi standardizzati a livello nazionale. Questi provvedono ad imputare anche questa voce di costo nel proprio sistema gestionale. Attualmente non vi sono connessioni in rete tra i fundholder, i produttori e le HA: l'invio di informazioni avviene per vettori esterni. Lo sviluppo previsto nell'immediato futuro è orientato a colmare questa lacuna.

## 5. La determinazione negoziale del fondo

La determinazione dell'ammontare del fondo ed il correlato portafoglio delle prestazioni da esso coperto rappresenta naturalmente una delle questioni cruciali nel funzionamento dello schema.

La definizione dei budget in realtà è logicamente scomponibile in due distinte fasi:

a) la determinazione della quota del budget dell'HA locale da destinare al fundholding;

b) il riparto di questa cifra fra i diversi gruppi di fundholder presenti nel territorio della HA.

La determinazione del fondo e il suo riparto è lasciata alla HA locale, la quale la sottrae dal proprio budget più generale d'acquisto. Non vi sono quindi delle regole definite centralmente. La realtà mostra però una prassi comune diffusa, che ha visto anche il susseguirsi di alcuni precisi sviluppi storici.

Dal punto di vista teorico la determinazione del fondo può cadere tra due estremi: la spesa storica indotta dai MMG o, all'opposto, una quota capitaria per cittadino iscritto, pesata per età e/o per sesso, e/o per profili epidemiologici.

Nell'esperienza inglese si è imposta una logica operativa in cui la decisione dell'ammontare dei fondi nasce come frutto di un processo, che da un lato rileva ed analizza i dati dei risultati storicamente conseguiti, e dall'altro cerca di correggere i dati storici in base a dei parametri capitari. Il programmatore dei fondi, il management della HA, infatti, analizza i dati a consuntivo e li confronta con una potenziale ripartizione capitaria, di norma pesata per età e per sesso, e definisce una proposta che viene sottoposta ai MMG funholder. A questo punto si innesca un processo negoziale tra le parti, fino al raggiungimento di un accor-

do. La negoziazione tra la HA e i MMG costituisce sicuramente un processo complesso, in cui si scontrano inevitabilmente due punti di visti opposti, rispetto ad un tema di grande visibilità sociale. La ricerca di appoggi istituzionali e/o politici durante il processo negoziale costituisce parte integrante e fisiologica di un sistema che è pubblico e di grande rilevanza sociale. Tenzialmente l'ultima parola spetta alla Health Authority, che deve ricercare la compatibilità con l'allocatione più generale delle proprie risorse.

Le prime determinazione dei fondi, all'inizio dell'applicazione dello schema (1991), risultarono estremamente problematiche, soprattutto a causa dell'assenza di dati, non essendo in precedenza il sistema informativo strutturato sulla logica del monitoraggio della spesa indotta. La logica che si applicò fu di tipo «bottom up», vale a dire si cercò di utilizzare i dati prescrittivi forniti dai medici di base, confrontandoli con i dati di attività forniti dai produttori. I budget dei MMG risultarono in questo modo «gonfiati», perché i MMG tendevano ad accrescere i dati delle loro prescrizioni, nella speranza di poter in questo modo vedersi assegnata una parte significativa delle risorse.

In media i MMG risparmiarono qualche punto percentuale dei propri budget, arrivando anche a delle restituzioni spontanee di assegnazioni in quanto palesemente dimostratesi eccessive. La tendenza registrata era comunque quella di non ottenere eccessivi risparmi, per la paura di vedersi decurtato significativamente il fondo relativo all'esercizio successivo. Vi era quindi il serio pericolo nel sistema di trascinare nel tempo la cattiva allocatione iniziale delle risorse.

Col passare degli anni i dati a disposizione per la determinazione dei fon-

di sono aumentati e sono diventati di maggiore affidabilità.

Questo ha permesso di sostituire l'approccio iniziale di riparto, negli anni successivi (1994-1995), con una logica di tipo «top-down». Secondo questo approccio, partendo dalle risorse assegnate, la Health Authority le alloca tra le prestazioni incluse ed escluse nello schema. Successivamente viene stimata la percentuale dei MMG che aderiscono allo schema, per definire la quota parte da assegnare per il fundholding, alla luce dei comportamenti storici. Questo garantisce un maggior equilibrio tra le prestazioni interne ed esterne allo schema.

Nella fase attuale (esercizi 1996-1997) il dibattito si è spostato sul tema dell'equità, ponendo quindi maggiore enfasi ai criteri di riparto tra fundholder e non fundholder e cercando di fare maggiore riferimento ad quota capitaria come metro distributivo. In sostanza si cerca di allontanarsi progressivamente dall'allocatione storica, a favore di distribuzioni correlate all'età, al sesso e ad alcuni indicatori di bisogno degli assistiti.

La determinazione dei fondi avviene per componenti di spesa (farmaceutica, servizi della medicina di base, prestazioni ambulatoriali, ricoveri di elezione), ma una volta assegnato il fondo non sono imposti vincoli relativi al loro utilizzo: il fondo è considerato un budget unico. I MMG sono quindi liberi di operare trasferimenti tra le diverse componenti di spesa. Evidentemente questa libertà si scontra con l'esigenza di arrivare ad una posizione di forza al tavolo delle trattative per l'anno successivo, dove la discussione si struttura inevitabilmente a partire dai dati di consuntivo per componente di spesa.

Un problema rilevante è la definizione precisa di cosa rientri nel fondo e cosa debba essere pagato dalla HA dal proprio budget d'acquisto. Il por-

tafoglio delle prestazioni/servizi incluse nello schema si sta progressivamente allargando, contraendo quindi l'oggetto del contendere, che viene eliminato del tutto nelle situazioni di total fundholding.

## 6. La gestione del fondo

I costi amministrativi, che rappresentano evidentemente un aspetto critico dello schema, ammontano al 2,5% dei fondi assegnati, per una media di 85 milioni annui per fondo (Cornwell & Waite 1995).

Per quanto riguarda la gestione amministrativa dei fondi è importante sottolineare come tutto il processo di fundholding operi solo per competenza e come la cassa continui ad essere gestita dalla Health Authority. In altre parole ai fundholder non viene trasferito un finanziamento monetario, ma solo la garanzia che la HA pagherà per i loro contratti. La politica di cassa viene quindi fatta dalla HA locale. In questo modo anche l'utilizzo dei risparmi sul budget può avvenire soltanto quando sono resi disponibili ai MMG. Questa soluzione operativa pare coerente con una logica che vuole trasferire ai MMG responsabilità e potenzialità gestionali, evitando un eccessivo carico di lavoro amministrativo, che più razionalmente può essere svolto da un'unica agenzia.

L'impostazione dello schema è strutturata per cercare di spingere il più possibile i MMG ad assumere una logica di tipo gestionale, cioè di riflessione sulle conseguenze economiche delle proprie decisioni, a fronte di una popolazione di assistiti data e conosciuta e di risorse economiche predefinite. Il fundholding favorisce quindi l'assunzione di una logica di programmazione e controllo e di discussione all'interno del gruppo dei MMG. Essi infatti preparano, supportati dal fund manager, la richiesta di budget al-

l'HA, analizzando le diverse componenti di spesa (farmaci, prestazioni ambulatoriali, ricoveri, servizi territoriali, staff infermieristico dell'ambulatorio, staff gestionale, ecc.) e giustificando le proprie richieste sulla base dei bisogni previsti, delle attività programmate e quindi dei costi attesi. Successivamente i MMG impostano la propria programmazione interna delle attività, suddividendosi livelli attesi di costi ed attività, cercando magari di porsi degli obiettivi di risparmio. Essi devono inoltre dotarsi di un sistema informativo in grado di monitorare l'andamento dei dati di attività e di costo e in grado di produrre periodicamente alcuni report utili a supportare il monitoraggio e il controllo delle attività svolte e della situazione finanziaria.

Le politiche che sembrano emergere sono orientate a cercare di esaurire il budget di acquisto, al fine di non trovare decurtati i fondi per l'esercizio successivo. Evidentemente questo impone di valutare i risultati complessivi dello schema non giudicando il contenimento complessivo della spesa (che in ultima analisi non è incentivato), ma analizzando la ricomposizione del portafoglio di attività acquisite.

## 7. I contratti tra fundholders e produttori

I contratti tra fundholder e specialisti e tra fundholder e NHS Trusts o altri produttori di servizi sono liberi, in quanto non soggetti ad alcuno schema normativo. L'unica imposizione di legge è per i produttori, i quali hanno l'obbligo di definire strutture tariffarie uguali per tutti gli acquirenti e correlate alla sola copertura dei costi. Ovviamente questo principio normativo risulta estremamente debole, poiché i produttori definiscono oggetti di costo differenti per diversi acquirenti, potendo nascondere dietro tipologie di

verse di nomenclatori prezzi differenti. Infatti, si osserva che i contratti delle HA tendono a privilegiare come base di riferimento i ricoveri per specialità (più precisamente il ciclo di prestazioni legati ad un ricovero per specialità) all'interno di block contracts che definiscono volumi e finanziamenti complessivi comunque garantiti, mentre i contratti dei MMG tendono a definire contratti su singole prestazioni.

La percezione che si ricava osservando il sistema è che, contrariamente alle previsioni della teoria economica (maggiori volumi acquisiti, prezzi inferiori), le HA spuntano dei prezzi più alti. Questo è probabilmente spiegabile con il fatto che le risorse provenienti dai MMG sono considerate aggiuntive e quindi «appetibili» anche con tariffe più vicine ai soli costi variabili. Le aziende ospedaliere hanno ormai precise politiche commerciali rivolte ai MMG. In particolare, l'interesse dei Trusts verso la domanda dei MMG si rafforza verso la fine di ogni esercizio, quando i contratti e i finanziamenti ottenibili delle HA sono esauriti e sul mercato rimane solo la disponibilità dei budget dei MMG.

Osservando le preferenze espresse dai MMG nella scelta dei loro fornitori si notano i seguenti criteri prioritari di acquisto:

a) forte orientamento alle esigenze espresse dai cittadini, che valutano soprattutto la durata della lista di attesa e la vicinanza del presidio;

b) privilegio a favore di contratti con colleghi con cui vi siano consolidati rapporti professionali e di conoscenza;

c) valorizzazione dei presidi di cura locali, in difesa degli interessi della comunità locale di appartenenza;

d) orientamento prevalente verso agenzie di offerte pubbliche: non si è assistito ad una significativo riorienta-

mento verso il privato da parte dei MMG fundholders;

e) modesta attenzione alla variabile prezzo che risulta più considerata per prestazioni semplici e standardizzate (es. esami di laboratorio).

Non si registrano significativi comportamenti opportunistici, salvo qualche caso che ha trovato ampia eco sulla stampa, all'interno della battaglia politica più generale sulla riforma. Soltanto all'inizio dell'applicazione del nuovo schema alcuni MMG hanno negoziato contratti per prestazioni particolari con un proprio membro dello studio. Successivamente, questa pratica è stata esplicitamente vietata.

Si impone a questo punto una delle domande centrali nell'attuale dibattito all'interno del sistema sanitario britannico: i MMG sono degli acquirenti migliori rispetto alle HA locali?

I MMG mostrano una migliore capacità di definire aspetti di natura sanitaria (protocolli, standard, tempi di attesa) in quanto si relazionano direttamente con il medico erogatore, acquistano piccoli volumi e possono ottenere un immediato «feed back» dai pazienti. D'altra parte, essi sembrano più attenti alle esigenze immediate della domanda e strutturalmente impossibilitati ad assumere una logica di programmazione più ampia delle priorità. Inoltre, occorre tenere presente che i costi di transazione potrebbero essere significativamente più elevati in un contesto in cui la funzione di acquisto è gestita da molti fondi di piccole dimensioni.

I sostenitori della migliore capacità d'acquisto dei MMG spingono a favore dell'ipotesi del total fundholding, in cui tutti gli acquisti vengono contrattati e decisi dai MMG.

Osservando che in media una HA negozia e sottoscrive un centinaio di contratti d'acquisto all'anno, lo schema di total fundholding, che fraziona in molte piccole agenzie la precedente

agenzia unitaria d'acquisto, impone implicitamente due possibili modifiche strutturali nel meccanismo del fundholding, affinché i costi di transazione non crescano eccessivamente:

a) un supporto da parte delle HA nella definizione e gestione dei contratti;

b) lo sviluppo di fund più grossi o perlomeno di fund correlati tra loro (multifund).

Il rischio della prima soluzione è di assoggettare i fundholder ad un controllo maggiore da parte della HA, sottraendo loro di fatto l'autonomia precedentemente assegnata. In altre parole, il total fundholding rischierebbe di risultare in una radicalizzazione dello schema soltanto apparente, il cui esito reale potrebbe invece essere rappresentato dalla riappropriazione delle gestione dei fondi da parte della HA. Nella seconda ipotesi, invece, i fondi, diventati più consistenti ma non di dimensioni eccessive, potrebbero riuscire a raggiungere una dimensione sufficiente per negoziare almeno i contratti principali con i produttori, mantenendo una capacità di autogoverno da parte dei MMG supportati dai propri fund manager tale da evitare l'ingerenza della Health Authority locale.

## 8. I risparmi e il loro utilizzo

Fatto salvo il principio per cui devono essere impiegati a beneficio dei pazienti, i risparmi ottenuti nella gestione dei fondi possono essere utilizzati dai MMG abbastanza liberamente. Si ricorda inoltre che non vi sono incentivi finanziari diretti che possano essere attinti dai risparmi a aggiunti alla retribuzione del MMG. I medici devono presentare un piano di utilizzo dei risparmi entro tre anni, il quale deve essere autorizzato dalla HA. L'eventuale generazione di disavanzi, che inevitabilmente vengono ripianati dalla HA, indebolisce la posizione nego-

ziale per il budget dell'anno successivo e può teoricamente portare all'espulsione dallo schema. Fino ad ora vi è stata una certa generosità nell'approvare qualsiasi piano di utilizzo dei risparmi e nel ripiano dei disavanzi proprio per favorire la diffusione delle adesioni allo schema.

Nell'esercizio 1993-1994 i fundholder hanno risparmiato in media il 3,5% del budget. Il 25% dei MMG ha avuto disavanzi in media pari al 1%. Si registrano comunque rilevanti differenze nelle percentuali di avanzo/disavanzo tra i diversi gestori. L'ampiezza di questi scostamenti non appaiono correlati all'ammontare dei fondi (Cornwell & Waite 1995), ma si ipotizza che dipendano da tre diversi elementi:

a) diverse strategie nei confronti della HA: chi cerca di consumare l'intero budget, rischiando quindi di superarlo, per garantirsi livelli di trasferimenti alti nel tempo, e chi, invece, è interessato a generare risparmi per utilizzarli in base a proprie progetti;

b) la determinazione dei volumi dei fondi, in alcune zone più ricche che in altri;

c) l'interiorizzazione della responsabilizzazione economica da parte dei MMG e lo sviluppo delle necessarie abilità gestionale (ad esempio quelle di negoziazione).

In base ai dati resi disponibili in una pubblicazione della Audit Commission (1995) (organismo incaricato di monitorare l'intero NHS), i risparmi sul budget hanno il seguente utilizzo:

— il 9% dei risparmi ottenuti, in media 125 milioni per fondo, sono stati restituiti alle HA ammettendo quindi implicitamente che la determinazione iniziale dei fondi era stata sovrastimata;

— il 35% è stato utilizzato per acquistare ulteriori prestazioni sanitarie per i pazienti, soprattutto con lo scopo di diminuire i tempi di attesa per visite

e ricoveri ospedalieri per interventi di elezione;

— il 25% è stato impiegato per investimenti nelle strutture ambulatoriali;

— il 15% è stato destinato all'acquisto di tecnologie ambulatoriali;

— e, infine, il 16% è stato speso per altri impieghi (ad es. donazioni agli ospedali locali).

Gli ambulatori, seppur finanziati indirettamente dal NHS attraverso contributi, sono generalmente di proprietà dei MMG. La possibilità quindi di investire nel proprio ambulatorio o nell'acquisto di tecnologie rappresenta un accumulo di ricchezza privata, finanziata dai risparmi sui propri budget. Indirettamente vi è quindi anche un meccanismo di incentivazione individuale, anche se non sembra particolarmente sfruttato (solo il 40% dei risparmi sono investiti) e non sembra essere percepito come leva incentivante dal punto di vista retributivo-patrimoniale.

## 9. La valutazione del nuovo schema

La riforma del NHS Britannico contenuta in *Working for Patients* rappresenta il più radicale intervento di ristrutturazione del NHS dalla sua istituzione nel 1948. Malgrado la rilevanza dei cambiamenti previsti dalla riforma, il Governo presieduto da M Thatcher decise di non accompagnare i cambiamenti proposti con alcun processo sistematico di monitoraggio e di valutazione, sostenendo che tali attività avrebbero rappresentato un segno di debolezza da parte del governo.

Principalmente a causa di questo disinteresse da parte del Governo, la riforma del NHS è stata oggetto di vaste speculazioni teoriche, ma di scarse attività di valutazione. Purtroppo, anche il regime di fundholding, la parte della riforma più controversa e inno-

vativa, ha sofferto di questa mancanza.

Di seguito viene presentata una sintesi delle poche evidenze disponibili in grado di fornire delle risposte a tre domande principali: lo schema ha indotto maggiore efficienza? Lo schema ha indotto dei miglioramenti sulla qualità dell'assistenza? Quali sono le implicazioni dello schema in termini di equità? (Coulter 1995).

### *Lo schema ha indotto maggiore efficienza?*

Uno degli obiettivi del fundholding è promuovere miglioramenti dell'efficienza incoraggiando i MMG a razionalizzare le prescrizioni di farmaci e l'utilizzo dell'assistenza specialistica, e ad operare una pressione sulle strutture d'offerta affinché sia migliorato il rapporto qualità e prezzi delle prestazioni erogate.

L'ambito su cui si è maggiormente concentrata l'attenzione sino ad ora riguarda l'assistenza farmaceutica. Tre studi hanno mostrato che i tassi di crescita della spesa farmaceutica sono stati più contenuti tra i MMG che hanno aderito al regime di fundholding (Bradlow, Coulter 1993; Burr *et al.* 1992; Maxwell *et al.* 1993). I MMG fundholders sembrano infatti essere stati maggiormente attivi nel definire dei prontuari locali e nel cercare di aumentare l'utilizzo di farmaci generici. L'evidenza disponibile tende inoltre a suggerire la conclusione che questi risparmi non siano stati associati ad un deterioramento della qualità dell'assistenza farmaceutica. Non è tuttavia ancora possibile stabilire se questi risultati possano perdurare nel tempo, oppure se i risparmi attribuibili al fundholding tendano a svanire dopo due o tre anni.

La situazione per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi specialistici appare meno chiara. Un studio effettuato

a Oxford non ha riscontrato differenze tra MMG fundholder e non fundholder (Coulter, Bradlow 1993), mentre una ricerca effettuata in Scozia ha mostrato una netta diminuzione nel numero di pazienti inviati agli specialisti a seguito dell'introduzione dello schema (Howie *et al.* 1994). In quest'ultimo studio si è inoltre rilevato che parte degli invii agli specialisti era stato sostituito con servizi erogati direttamente dai MMG.

Alcuni studi hanno evidenziato che i MMG fundholders tendono ad aumentare la gamma dei servizi direttamente offerti nel loro ambulatorio (Howie *et al.* 1994; Bailey *et al.* 1994). Evidentemente, la disponibilità di servizi specialistici presso gli ambulatori facilita le possibilità di accesso da parte dei pazienti. Tuttavia, non è ancora stato valutato l'impatto di questo decentramento sulla qualità e l'efficienza dei servizi.

I costi amministrativi collegati al regime di fundholding non sono trascurabili. D'altra parte occorre fare attenzione sul significato di questi costi. Se infatti, da un lato, essi rappresentano un impiego di risorse non direttamente dedicato all'assistenza dei pazienti, dall'altro, l'utilizzo di risorse per attività considerate «amministrative» può avere un ritorno assistenziale indiretto perché può promuovere processi gestionali maggiormente coordinati ed efficaci.

Complessivamente, le ricerche finora condotte hanno mostrato che il fundholding promuove, anche se in modo non radicale, alcuni cambiamenti nei comportamenti prescrittivi e nel ricorso alla medicina specialistica da parte dei MMG. L'entità e le caratteristiche di questi cambiamenti sono tuttavia ancora poco conosciuti. Alla stato attuale delle conoscenze, non è quindi possibile dare una valutazione sull'impatto complessivo dello schema sull'efficienza. E questo non sol-

tanto per l'esiguità delle indagini disponibili, ma anche perché gli stessi incentivi prodotti dallo schema non sembrano essere così orientati a promuovere risparmi o un riorientamento complessivo dei comportamenti. Come rilevato precedentemente, diversi meccanismi di funzionamento operativo dello schema potrebbero infatti avere spinto i MMG fundholders a non modificare il pattern dei propri comportamenti per non correre il rischio di vedere indebolita la loro posizione nelle negoziazioni per i fondi degli esercizi futuri.

Per certi aspetti le poche ricerche finora effettuate si sono orientate a verificare dei cambiamenti che solo in parte possono essersi verificati in tempi così brevi. Probabilmente, ciò che andrebbe studiato più a fondo è se l'adesione al fundholding abbia innestato un processo di crescita culturale e professionale dei MMG in grado di attrezzarli degli strumenti necessari per affrontare gli spazi di autonomia e i nuovi ambiti di responsabilità insiti in uno schema che attribuisce un nuovo ruolo alla medicina generale.

*Lo schema ha indotto miglioramenti nella qualità dell'assistenza?*

I fundholders, come d'altra parte anche le HA, includono degli standard di qualità nei contratti con i Trust. Questi standard riguardano specifici elementi come la comunicazione ai MMG di informazioni sulle caratteristiche dei servizi offerti e la lunghezza delle liste d'attesa. Diversi studi basati sulla percezione da parte dei MMG fundholders evidenziano come sia impressione diffusa che il regime di fundholding produca dei benefici sia agli occhi dei pazienti che a quelli dei MMG stessi. Tuttavia, non sembra che questi miglioramenti riguardino la qualità tecnica delle prestazioni, quanto piuttosto una serie di elementi rela-

tivi al comfort del paziente e agli ambiti relazionali. Inoltre, l'unico studio che ha cercato di valutare sistematicamente l'impatto del fundholding sulla qualità dell'assistenza in termini di processi e risultati non ha registrato benefici rilevanti attribuibili allo schema (Howie et al. 1995).

Anche in questo caso è chiaro che maggiori elementi sarebbero necessari per effettuare una valutazione complessiva. Sembra tuttavia possibile sostenere, almeno in prima istanza, che il regime non ha generato cambiamenti rilevanti sul fronte della qualità, fatta forse eccezione per alcuni elementi maggiormente visibili da parte dei pazienti che sembrerebbero essere stati migliorati, come d'altra parte era da attendersi da uno schema che valorizza il ruolo della «voice» dei pazienti (che possono facilmente riferire le loro esperienze ai MMG) e che la collega a potenziali «exit» (il cambio dello specialista da parte del MMG e il cambio del MMG da parte del paziente).

*Quali sono le implicazioni dello schema in termini di equità?*

Dare una risposta a questa domanda appare un compito estremamente complesso sia a causa delle difficoltà insite nella definizione stessa di equità, sia per le ovvie difficoltà di misurazione. Per affrontare comunque il tema può essere utile valutare aspetti più specifici. Un primo ambito di valutazione riguarda l'accesso ai servizi specialistici da parte dei pazienti iscritti presso MMG fundholder e non fundholder. Non sono disponibili studi sistematici che abbiano affrontato questo tema. Tuttavia, numerosi aneddoti riportati in diverse riviste indicano che i pazienti dei MMG fundholder sono facilitati nell'accesso dei servizi coperti dai fondi. Sono stati inoltre riportati dalla stampa diversi casi

in cui, a fine esercizio finanziario, i Trust smettevano di fornire prestazioni elettive per i pazienti finanziati dalle HA (perché i volumi previsti dai contratti erano stati già raggiunti), mentre continuavano ad erogare gli stessi servizi ai pazienti dei MMG fundholder.

Come ricordato sopra, lo schema fu introdotto definendo l'ammontare dei fondi sulla base dei comportamenti prescrittivi «storici» dei singoli MMG. Questo approccio può generare due tipi di conseguenze non auspicabili sotto il profilo dell'equità. In primo luogo, l'utilizzo di dati storici tende a consolidare eventuali differenze tra le dotazioni dei singoli fondi non giustificate dai bisogni della popolazione assistita. Inoltre, la forte variabilità registrata nelle dotazioni dei fondi sembra essere stata anche facilitata da comportamenti «opportunistic» da parte di alcuni MMG che hanno aumentato le prescrizioni nel periodo in cui venivano raccolti i dati per calcolare i fondi. Dati questi elementi, è verosimile ritenere che alcuni pazienti abbiano decisamente maggiori possibilità di accesso di altri in funzione del MMG presso cui sono iscritti.

L'altro elemento di preoccupazione riguarda eventuali differenze tra i fondi dei fundholder e le risorse rimaste in gestione presso le HA. La generosità con cui sono stati stimati i fondi per i MMG fundholder ha chiaramente come effetto quello di ridurre le disponibilità per i pazienti non fundholder.

In termini più generali, l'introduzione del fundholding su base volontaria rischia di creare un cosiddetto «two-tier system», dove i pazienti dei MMG fundholder potrebbero trovarsi in una posizione di vantaggio rispetto a quelli che rimangono iscritti presso MMG non fundholder e per cui le politiche di acquisto dei servizi vengono effettuate dalle HA.

Un terzo aspetto che potrebbe indurre un deterioramento dell'equità del sistema riguarda il rischio di «cream skimming», ossia il rischio che lo schema tenda a favorire dei comportamenti da parte dei MMG fundholder orientati a «scremare» dalle liste i pazienti più bisognosi di assistenza e quindi più costosi. Glennerster e colleghi (1994) hanno mostrato che effettivamente lo schema potrebbe indurre incentivi in questa direzione e che il «cream skimming» è tecnicamente possibile e potenzialmente profittevole. Sulla base di alcune simulazioni, è stato quindi proposto di adottare un sistema di determinazione dei fondi sulla base di quote procapite aggiustate per una serie di variabili in grado di tenere conto, oltre che dell'età e del sesso, di alcuni indicatori socio-economici. Ciò, tuttavia, permetterebbe di ridurre soltanto una parte degli incentivi che favoriscono il «cream skimming».

Non sono per ora mai stati registrati comportamenti di «cream skimming» tra i MMG fundholder; è tuttavia da ricordare che proprio il riferimento alla spesa «storica» può avere prevenuto questi comportamenti e che il rischio di «cream skimming» potrebbe emergere una volta che venisse finalmente identificata una formula per la determinazione dei fondi.

Anche per quanto riguarda l'equità ogni conclusione sull'impatto del fundholding è prematura. Esistono comunque diversi elementi che giustificano una certa preoccupazione. Queste preoccupazioni riguardano sia il rischio che si apra un divario nelle possibilità assistenziali fornite ai pazienti sulla base della scelta del medico di base, scelta che potrebbe non essere poi così libera in zone dove prevalgono nettamente il regime tradizionale o quello fundholding, sia il rischio che l'introduzione di forti incentivi economici sui MMG produca forme di di-

scriminazione nei confronti di pazienti più bisognosi e, probabilmente, meno in grado di fare valere i propri diritti (pazienti anziani, socialmente emarginati, appartenenti a minoranze etniche).

Complessivamente, le evidenze disponibili sugli effetti del fundholding sono molto limitate. È quindi prematuro qualsiasi giudizio definitivo. Volendo comunque cercare di fare un bilancio, sembra plausibile sostenere che il sistema non ha avuto un impatto radicale e che, complessivamente, la strada della responsabilizzazione economica dei MMG sembra possibile a patto che sia monitorata attentamente, facendo attenzione ai dettagli dello schema e bilanciando i meccanismi competitivi e di incentivazione con puntuali sistemi di monitoraggio e di regolamentazione di questo «quasi mercato». D'altra parte, questa sembra essere la conclusione più generale che può essere tratta da diverse iniziative di riforma intraprese nei paesi industrializzati in questi anni: i mercati in sanità possono funzionare soltanto se sono accompagnati dallo sviluppo di strumenti di regolamentazione e monitoraggio in grado di garantire che le forze del mercato lavorino in funzione degli interessi sociali.

Due aspetti, infine, devono essere ricordati per completare una valutazione dello schema. Il primo riguarda il suo successo in termini di adesioni da parte dei MMG. Malgrado l'iniziale opposizione mostrata dai medici e dalla British Medical Association, nell'arco di meno di 5 anni lo schema ha visto l'adesione di quasi il 50% dei MMG inglesi. Sebbene alcuni incentivi inappropriati possano avere favorito questo risultato, non può non essere rilevata la crescita di popolarità del fundholding. Soltanto il fatto che una riforma così radicale sia stata realizzata in tempi così ridotti dimostra se non altro la possibilità di intraprendere

delle strade in cui viene totalmente rivisto il sistema delle responsabilità professionali del medico, allargandole alla sfera economica. Il secondo aspetto, per certi aspetti collegato al primo, riguarda i rapporti tra medicina generale e medicina specialistica. La riforma del NHS in generale, ma il fundholding in particolare, ha ridefinito i rapporti di forza (e di collaborazione) tra queste due componenti della medicina. Il rafforzamento della funzione di gate-keeping insita nello schema di fundholding ha contribuito notevolmente ad attribuire alla medicina generale quella funzione di «guida» che tanto è stata auspicata in questi ultimi venti anni.

## 10. Il futuro del fundholding nel Regno Unito

Il futuro del fundholding nelle versioni sino ad ora sperimentate è incerto. Il governo conservatore difende fermamente lo schema, considerandolo uno dei punti di forza della riforma avviata nel 1991. Introducendo le varianti presentate sopra, esso sembra anche essere orientato a spingere l'intera medicina generale verso l'assunzione di responsabilità economiche nell'esercizio della funzione di «gate-keeping» nei confronti della medicina specialistica. Addirittura, la sperimentazione del Total fundholding sembra suggerire la volontà dei conservatori di arrivare ad attribuire ai MMG l'intera funzione di acquisto dei servizi sanitari. Il Partito laborista, decisamente favorito nei sondaggi delle elezioni che si terranno nel 1997, ha una visione diversa: ha infatti più volte annunciato che vorrebbe abolire lo schema, almeno nelle sue versioni esistenti. Tuttavia, in un recente documento specificamente dedicato alla politica sanitaria (Labour 1995), questa posizione sembra essersi ammorbidita. Pur criticando aspramente la presenza

di elementi di mercato all'interno del NHS, i laboristi sembrano favorire una versione debole del fundholding, caratterizzata da forme di cogestione tra HA e MMG nell'esercizio della funzione di acquisto dei servizi sanitari specialistici. Paradossalmente, è possibile che le traiettorie di sviluppo della funzione di acquisto nel NHS supportate dai due partiti tendano ad incontrarsi: sia l'estensione dello schema promossa dai conservatori, che la volontà di maggiore cooperazione tra MMG e HA espressa dai laboristi potrebbero portare a una nuova versione del fundholding in cui lo scopo dello schema viene esteso e in cui vengono identificati dei modelli organizzativi che co-reponsabilizzano MMG e HA nella gestione della funzione di acquisto dei servizi specialistici.

Perciò, malgrado le differenze che si registrano tra i due partiti, e che sono anche il frutto della necessità politica di radicalizzare le divergenze, è

probabile che una qualche versione del fundholding continuerà a giocare una funzione rilevante nel futuro del NHS in Regno Unito.

#### BIBLIOGRAFIA

- BAILEY J., BLACK M., WILKIN D., *Specialistic outreach clinics in general practice*, British Medical Journal 1994; 308: 1083-6.
- BRADLOW J., COULTER A., *Effect of fundholding and indicative prescribing schemes on general practitioners prescribing costs*, British Medical Journal 1993; 307: 1186-89.
- BURR A., WALKER R., STENT S., *Impact of fundholding on general practice prescribing patterns*, Pharmaceutical Journal; October (supplement).
- CORNWELL J., WAITE D., *Briefing on GP Fundholding*, London, Auditic Commision, 1995.
- COULTER A., *Evaluating general practice fundholding in the UK*, European Journal of Public Health 1995; 5: 233-239.
- COULTER A., BRADLOW J., *Effect of NHS reforms on general practitioners' referral patterns*, British Medical Journal 1993; 306: 433-7.
- DIXON J., GLENNERSTER H., *What do we know about fundholding in general practice?*, British Medical Journal 1995; 311: 727-30.
- FATTORE G., *I Trust ospedalieri e il sistema sanitario di Londra*, in M. Meneguzzo (a cura di), Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie. Egea Milano, 1996.
- GLENNERSTER H., MATSAGANIS M., OWEN P., HANCOCK S., *Implementing GP fundholding: wild card or winning hand?*, Buckingham., Open University Press 1996.
- HOWIE J., HEANEY D., MAXWELL M., *Evaluating care of patients reporting paing in fundholding practices*, British Medical Journal 1994; 309: 705-10.
- HOWIE J., HEANEY D., MAXWELL M., *Care of patients with selected health problems in fundholding practices in Scotland between 1990 and 1992: needs process and outcome*, British Journal of General Practice 1995; 45:121-6.
- LABOUR PARTY, *Renewing the NHS. Labour's agenda for healthier Britain*, London 1995.
- LONGO F., *Quale mestiere per il MMG nella nuova azienda USL?*, Organizzazione Sanitaria, in corso di pubblicazione.
- MAXWELL M., HEANEY D., HOWIE J., NOBLE S., *General practice fundholding: observation on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method*, British Medical Journal 1993; 307:1190-4.

# LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO TURCO TRA LE LINEE GUIDA DI INTERVENTO DELLA BANCA MONDIALE

di Marco Meneguzzo<sup>1</sup>, Ugur Cagli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CeRGAS - Università «L. Bocconi» - Milano

<sup>2</sup> Middle East Technical University Ankara

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il sistema sanitario turco: un quadro di insieme - 3. Le spinte (e i bisogni) per il cambiamento del sistema - 4. Ospedali, assistenza sanitaria di base e modalità di finanziamento - 5. I progetti di cooperazione tecnica ed assistenza della Banca Mondiale.

## 1. Introduzione

Recenti studi e ricerche comparate sui diversi sistemi sanitari stanno sempre più prendendo in considerazione i paesi a sviluppo intermedio, che per caratteristiche socioeconomiche e dimensioni demografiche sono destinati a diventare i principali mercati sanitari del futuro.

Esempi significativi sono costituiti in America Latina dal Messico, dal Brasile e dall'Argentina; nell'Africa subsahariana da Nigeria e Sudafrica, paesi impegnati in importanti processi di riforma del sistema ed in Asia, Iran, Pakistan, India, Thailandia, Indonesia, Filippine e Corea del Sud.

In tutti questi paesi si è aperta una importante riflessione su quale dovrà essere l'assetto del sistema sanitario, in un contesto internazionale dove forti sono le raccomandazioni delle agenzie internazionali e dei principali «think tanks» volte alla riduzione del ruolo dell'operatore pubblico, alla crescita dei piani assicurativi con la correlata distinzione tra centri di acquisto e centri di erogazione dei servizi e alla applicazione estensiva di forme di compartecipazione alla spesa degli utenti.

Nodi critici che dovranno essere sciolti dai diversi governi sono rappresentati dalla esistenza di sempre maggiori fasce di popolazione escluse da qualsiasi forma di offerta dei servizi, dalla necessità di garantire assistenza sanitaria di base da parte del sistema pubblico in contesto di scarsità di risorse, dalla prevalenza di sistemi informali di economia (produzione di beni e servizi, mercato del lavoro), che proprio per le loro caratteristiche non mettono a disposizione fondi e contributi sanitari ed impediscono il decollo di sistemi di copertura assicurativa pubblica.

Tra i paesi a sviluppo intermedio impegnati in processi di riforma del sistema economico e sociale un caso di particolare interesse è rappresentato dalla Turchia; il previsto prossimo inserimento nell'Unione Europea richiederà ai futuri governi (con l'incognita rappresentata dal recente affidamento del mandato al partito «conservatore-islamico») la messa in atto di una pluralità di interventi, dalla revisione dei sussidi alle imprese, alla dismissione di imprese di proprietà pubblica, alla regolazione tecnica dei prodotti industriali, alla apertura degli acquisti pubblici, alla introduzione dei brevetti e dei diritti di proprietà intel-

lettuale, alla riforma del sistema bancario ed assicurativo.

In parallelo dovranno essere attivati interventi di modifica e riassetto del sistema di offerta dei servizi alle persone (sanità, previdenza, assistenza, educazione) per facilitare l'allineamento con l'Europa; immediato sarà l'impatto di queste riforme di sistema sull'assetto del sistema sanitario.

La riorganizzazione in atto del settore sanitario pubblico turco basata sulla introduzione di un sistema di un sistema universale di assicurazione sanitaria va vista all'interno di questo processo di progressiva convergenza con l'Europa; studiare il cambiamento istituzionale e la gestione della transizione nella sanità ottomana assume notevole rilievo, tenendo conto che la Turchia con 62.400.000 abitanti (1994) diventerà in prospettiva dopo la Germania Federale, la nazione «europea» più popolata e con un sistema sanitario destinato ad affrontare e risolvere numerosi problemi.

Alcuni di questi problemi caratterizzano i paesi sviluppati (crescita della spesa legata alla complessità dei processi diagnostici e terapeutici ad alta intensità tecnologica) e richiedono determinate risposte; altri invece sono tipici dei paesi a sviluppo inter-

medio (nuove patologie infettive, marginalizzazione ed esclusione di parte della popolazione, sviluppo dei sistemi sanitari di comunità) ed esigenze politiche di intervento del tutto nuove e poco improntate ad esigenze di riqualificazione manageriale e di contenimento dei costi.

Turchia non è solo Europa ma rimane profondamente Medio Oriente; emblematici sono i risultati delle ultime elezioni che hanno visto la crescita dei partiti islamici, che hanno realizzato, come in altri paesi mediterranei, un sistema di offerta di servizi sociali e sanitari concorrente e parallelo al circuito pubblico, considerato come burocratizzato e inefficiente. La rete autogestita di offerta, le sue modalità organizzative e di funzionamento ed i suoi risultati rappresenta un importante terreno di studio e ricerca che può essere tranquillamente paragonato e confrontato con il settore non lucrativo (associazionismo, cooperative, volontariato) in forte crescita in altri paesi europei.

Notevole è la rilevanza di forme di offerta dei servizi sanitari non istituzionali e complementari di offerta di servizi sanitari, considerando che in Turchia ben il 52% della popolazione non dispone di copertura assicurativa sanitaria e fortissime sono le barriere all'accesso ai servizi, in particolare nelle zone arretrate (Altopiano Anatolico, Oriente).

La Turchia sempre più aspira a giocare il ruolo di potenza regionale nei confronti delle nazioni asiatiche (ad es. Kazakistan, Turkmenistan, Azerbaigan, le stesse Repubbliche del Caucaso) sorte a seguito della disgregazione dell'Unione Sovietica ed attualmente riconducibili alla C.S.I.; l'agenzia turca di cooperazione (1) sta infatti promuovendo ed attivando interventi in tal senso nel settore sociale, sanitario ed educativo, in concerto con

agenzie ed organizzazioni internazionali.

Le riforme economiche e sociali della Turchia influenzeranno notevolmente le politiche di intervento che i governi delle repubbliche della ex Asia sovietica metteranno in atto per meglio gestire la transizione verso l'economia di mercato; del resto la stessa Turchia sta già svolgendo un ruolo di «potenza regionale» nei confronti di alcuni paesi europei a maggioranza islamica.

Emblematici sono i casi della Bosnia e soprattutto della Albania dove la Turchia, attraverso università, centri di ricerca e scuole di management, è direttamente coinvolta nei progetti, finanziati da istituzioni internazionali, destinati alla ristrutturazione e riqualificazione della rete di offerta dei servizi sanitari.

Due ulteriori motivazioni rafforzano l'interesse ad analizzare il sistema sanitario turco:

— l'esistenza del progetto di riforma del sistema sanitario iniziato nel 1989 con la Strategia di Sviluppo istituzionale;

— il coinvolgimento della Banca Mondiale e di altre organizzazioni internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF) nei progetti di sviluppo e riorganizzazione del sistema.

Questi due aspetti verranno trattati in dettaglio nella parte conclusiva dell'articolo: va subito ricordato che gli interventi di sviluppo istituzionale avviati in un sistema fortemente burocratizzato, quale quello turco, rappresentano un importante termine di confronto per comprendere punti di forza e di debolezza delle strategie di intervento della Banca Mondiale, sempre più diffuse a livello internazionale e sintetizzate nel rapporto «Investing on health» (World Bank 1993).

La riflessione sul rendimento istituzionale e sulla efficacia delle politiche

di riforma istituzionale è sicuramente facilitata dalla possibilità di disporre di una prima valutazione ex post sui risultati degli interventi finanziati dal prestito concesso nel 1990 dalla Banca Mondiale per 75 milioni di dollari (Primo progetto sanitario; per una descrizione delle priorità si veda box).

---

*Priorità del Primo Progetto di riforma sanità 1990*

- miglioramento accessibilità ai servizi in 8 Province (10% popolazione);
  - aumento efficienza nella offerta dei servizi;
  - rafforzamento capacità manageriale del Ministero della Sanità.
- 

## **2. Il sistema sanitario turco: un quadro di insieme**

*«Assicurare la salute della nazione turca è un dovere nazionale  
K. Ataturk»*

Come ricordato in precedenza la Turchia, paese di 64 milioni di abitanti (popolazione attesa nel 2000 70 milioni) si trova ad affrontare problemi sanitari propri dei paesi in via di sviluppo (elevata mortalità neonatale ed infantile, patologie legate alla malnutrizione e alle inadeguate condizioni di vita, diffusione di malattie infettive) e dei paesi industrializzati (aumento della speranza di vita, crescita del peso della popolazione anziana seppure in misura modesta rispetto agli altri paesi europei, malattie cardiovascolari e respiratorie come principali cause di mortalità insieme ai traumatismi ed agli incidenti).

Il sistema di offerta di servizi sanitari è affidato e gestito da numerosi centri di responsabilità in primo luogo il Ministero della sanità, l'Agenzia pubblica per la sicurezza sociale (SSK), il Ministero della Difesa, le Università, il Ministero del Lavoro e della sicurezza sociale, le Università ed infine numerosi centri privati

(ospedali, poliambulatori specialistici e professionisti).

Elevata è quindi la frammentazione del sistema di offerta, fenomeno che ha complicato in passato e rende attualmente molto difficile il coordinamento ed il governo complessivo del sistema.

Importante indicatore della parcellizzazione della rete di offerta è la distribuzione della offerta ospedaliera (numero di Ospedali e dotazione di posti letto); come mostra la tabella 1 dei 1024 ospedali operanti nella penisola anatolica, 666 (il 51,6% dei posti letto totali) sono direttamente gestiti dal Ministero della Sanità mentre 115 (16,7% dei posti letto) fanno capo alla S.S.K. l'agenzia pubblica di assicurazione sanitaria (tabella 1).

Dominante è il ruolo giocato dalle strutture di offerta che a vario titolo fanno riferimento alla Amministrazione statale; occorre inoltre segnalare che gli ospedali costituiscono centro di riferimento per i pazienti/utenti non soltanto per l'attività di ricovero ma anche per le prestazioni specialistiche (ambulatoriale e diagnostica strumentale) a motivo della debolezza operativa e della bassa qualità delle strutture di filtro (siano esse pubbliche o private) esistenti a livello territoriale.

Notevoli difficoltà si riscontrano infatti nel funzionamento dei centri di «prima risposta» e di medicina comunitaria/di territorio; analisi empiriche mostrano che i pazienti turchi scavalcano sistematicamente centri ed uffici sanitari di primo (e secondo livello) per accedere ai servizi ambulatoriali e di diagnostica strumentale offerti dagli ospedali; nel 1990 ad esempio sono state effettuate negli ospedali 50 milioni di visite ambulatoriali a fronte dei 15 milioni di visite svolte nei centri sanitari.

Gli stessi ospedali peraltro non presentano standard particolarmente elevati di funzionalità; le analisi effettuate

dagli staff di programmazione del Ministero della Sanità evidenziano un tasso di occupazione dei posti letto (media nazionale tra pubblici e privati) pari al 55,5% nel 1993.

Nei settori della prevenzione e della medicina di base fondamentale è il ruolo svolto dalle strutture di offerta pubbliche; il Ministero della Sanità gestisce direttamente la rete delle unità sanitarie di base (o meglio dei centri sanitari di comunità), istituite negli anni '70 a seguito della prima legge di riforma del sistema sanitario ottomano (legge di «socializzazione dei servizi sanitari di base» avente per obiettivo prioritario lo sviluppo dei servizi sanitari nelle aree rurali).

Sono attualmente presenti in Turchia 11630 uffici sanitari, ciascuno con popolazione di riferimento pari a 2000 persone (aree rurali) e destinati ad assicurare e garantire servizi infermieristici ed ostetrici di base. Vi sono poi 4426 centri sanitari di comunità che costituiscono il livello intermedio e momento di coordinamento tecnico operativo degli uffici sanitari territoriali; il bacino di utenza «istituzionale» dei centri sanitari è tra i 5000 e i 10000 abitanti e la dotazione organica dei centri stessi è costituita da medici,

infermieri, ostetriche, tecnici sanitari ed operatori sociosanitari (educatori sanitari).

Aree principali di attività di uffici e centri sanitari sono la prevenzione, vaccinazioni e controllo delle malattie infettive, tutela della salute materno infantile, educazione sanitaria, igiene pubblica e attività specialistica extraospedaliera (in misura limitata); vi sono poi altre strutture pubbliche decentrate rappresentate dai centri per la pianificazione familiare (261) e 251 centri per la profilassi antitubercolare.

Il Ministero della Sanità gestisce gli uffici sanitari, i centri sanitari di comunità e gli ospedali pubblici secondo un modello gerarchico settoriale, articolato su base territoriale (le Province).

A livello centrale operano alcune strutture di staff (relazioni pubbliche, legale, bilancio) e l'Istituto di Igiene nonché diverse unità di «line» (Dipartimenti, Direttorati), individuate in base a criteri diversificati (per patologia — malaria, cancro, tubercolosi — per utenza — ad es. tutela salute materno infantile —, per macroarea di attività — educazione sanitaria, medicina di base, medicina di secondo e terzo livello —).

Tabella 1 - Distribuzione ospedali per proprietà 1994

	N. ospedali	N. posti letto
Amministrazione centrale .....	723	96432
di cui		
Ministero sanità .....	666	77753
Ministero difesa .....	42	15900
Altri ministeri .....	2	680
Imprese pubbliche .....	13	2099
SSK fondi assicurativi .....	115	25196
Università .....	29	19852
Municipalità .....	5	1160
Impre private .....	153	5690
Associazioni di volontariato .....	10	741
Minoranze etniche .....	5	934
Ospedali cap. estero .....	6	560

Fonte: Health policy coordination unit b).

L'amministrazione decentrata è imperniata sui Direttorati Provinciali della Sanità che sono parte integrante e settore di intervento della Amministrazione Provinciale; la Turchia è divisa in 73 Province affidate ad un Governatore, nominato direttamente dal Ministero dell'Interno; il modello vede quindi una dipendenza prevalentemente funzionale dei Direttorati dal Ministero della Sanità, e una forte dipendenza gerarchica (ed operativa) dal Governatore e dalla Amministrazione decentrata dello Stato.

Il Direttorato provinciale alla Sanità è formato da unità operative che costituiscono i «terminali» dei Dipartimenti e Direttorati a livello centrale (ad es. servizio farmaceutico, igiene pubblica, malattie infettive, salute materno infantile); ai singoli Direttorati fanno capo poi la rete di strutture sanitarie descritta in precedenza (dagli ospedali provinciali, ai centri per la tubercolosi, ai consultori materno infantile — o centri per la pianificazione familiare —, ai laboratori di igiene pubblica e ai centri sanitari di comunità).

Infine vi è un terzo livello di governo, il Distretto, in cui si articola l'Amministrazione provinciale. Il Distretto è retto sempre da un Governatore nominato dal Governatore della Provincia; il Governatore è coadiuvato da una struttura di supporto da cui dipendono gli ospedali di riferimento distrettuale, i consultori familiari, i centri per il controllo della tubercolosi, centri sanitari ed uffici sanitari e centri di formazione ed addestramento per gli operatori sanitari.

In pratica la articolazione operativa del Ministero della Sanità risulta corrispondere ad un modello di offerta proprio dei sistemi con un Servizio sanitario nazionale; si è in presenza di un sistema di offerta a forte controllo centrale, con limitata autonomia del livello locale e con logiche di coordinamento tecnico operativo (il cosiddetto

sistema di riferimento-contro riferimento) basato, ad un primo livello, sui centri sanitari di comunità (non sono previsti infatti medici di famiglia o medici di comunità), ad un secondo livello gli ospedali distrettuali e /o provinciali ed a un terzo livello gli ospedali specializzati gestiti da una pluralità di centri di offerta.

Ulteriore conferma della centralità rivestita dalla rete di offerta pubblica proviene dalla analisi delle risorse (infrastrutture fisiche e personale) in dotazione al settore sanitario; va ricordato che non sono ancora disponibili in Turchia dati sulla dotazione tecnologica.

Nella tabella 2 viene presentata la dotazione complessiva di personale, distinto per tipologia tecnico-professionale e per organizzazione di appartenenza (HPCO b) 1995); nel 1993 lavoravano in Turchia 61.000 medici (di cui più del 55% sono i medici generalisti; l'indicatore di sistema è 1 medico ogni 1290 abitanti), 11.000 dentisti, 54.000 infermieri e 36.000 ostetriche; infermieri ed ostetriche operano prevalentemente nei centri e negli uffici sanitari, scarsamente dotati di personale medico.

La pratica privata è abbastanza diffusa tra i medici (vi sono ca 8000 medici che operano in studi privati di cui più di 6000 specialisti, il 23% del totale) e dominante in categorie come farmacisti e dentisti.

All'opposto operatori sanitari di base si concentrano nelle strutture pubbliche; il Ministero della Sanità rappresenta il principale datore di lavoro con circa 195.000 dipendenti. Per meglio capire la dotazione effettiva del personale occorre ricordare i 600.000 circa dipendenti del SSN italiano o il milione ca di operatori che lavorano per il N.H.S. britannico; entrambi i paesi hanno una popolazione di poco inferiore alla Turchia.

Infine il quadro di insieme del settore sanitario turco va completato con un sintetico richiamo alle risorse finanziarie; va segnalato in primo luogo che attualmente la spesa sanitaria turca assorbe il 5% ca del PNL e che questa percentuale è sempre stata oscillante a partire dal 1963, anno della prima riforma istituzionale del sistema, e durante gli anni 70 ed 80 in un intervallo compreso tra il 3 ed il 4,3 del PNL.

Molto complesso è il sistema di finanziamento del settore sanitario, in cui sono coinvolte numerose agenzie.

Come mostra il box vi sono quattro principali fonti di finanziamento; i trasferimenti sul bilancio dello Stato, alimentati dalla entrate fiscali, che finanziano il sistema di offerta gestito dal Ministero della Sanità e dagli altri centri pubblici, le forme di assicurazione sanitaria obbligatoria, i fondi assicurativi sanitari privati ed infine forme di compartecipazione degli utenti

**Tabella 2 - Il personale del sistema sanitario turco 1993**

	Totale	Ministero sanità	Privati
Medici	61050	33160	8119
Generalisti	26322	23463	1394
Specialisti	34728	9697	6725
Dentisti	11069	2038	7428
Farmacisti	17696	1299	14763
Infermieri	54268	35684	960
Ostetriche	36263	34442	847
Amminst. tecnici	28776	22856	802

Fonte: Health policy coordination unit b).

e pagamenti diretti (i cosiddetti «out of pocket» o meglio di tasca propria).

#### Fonti finanziamento

Trasferimenti bilancio Stato  
Assicurazione sanitaria obbligatoria  
— SSK  
— BAG Kur  
— GERF  
Fondi assicurativi privati  
Pagamenti diretti utenti

Principale fonte di finanziamento della rete di offerta del Ministero della Sanità (ospedali e centri territoriali) è quindi rappresentata dalle entrate tributarie che coprivano nel 1994 l'83% della spesa; un 5% è rappresentato dai fondi speciali (fondi di ricerca) ed il 12% dai fondi provenienti dai rimborsi assicurativi e dalle entrate dirette (2). Ad esse si aggiungono rimborsi dei centri assicurativi e pagamenti diretti da parte degli utenti; si è quindi in presenza di un sistema pubblico (rete Ministero della sanità) con un finanziamento prevalentemente fiscale.

Anche gli Ospedali universitari sono finanziati da trasferimenti statali e da «entrate dirette». Seconda importante fonte di finanziamento è rappresentata dai contributi sanitari obbligatori; ruolo centrale viene svolto da SSK la assicurazione obbligatoria per lavoratori dipendenti che funziona come centro di acquisto di prestazioni e gestisce direttamente una propria rete di offerta. SSK è alimentata dai contributi pagati dai lavoratori e dai datori di lavoro; altre fonti sono le forme di cofinanziamento diretto degli assicurati su farmaci e prestazioni specialistiche (visite, accertamenti strumentali) (circa il 20% delle entrate).

Nel 1993 SSK assicurava circa 19 milioni di lavoratori (con una crescita della popolazione assicurata negli anni '80 del 7% annuo); un rilevante problema è rappresentato dalla evasione contributiva da parte dei datori di lavoro (circa il 15% delle imprese).

Bag Kur è un piano assicurativo per i lavoratori autonomi ed indipendenti che copre circa 3 milioni di persone; a differenza di SSK non gestisce una propria rete di offerta ma acquista le prestazioni attraverso contratti con i diversi fornitori (pubblici e privati); al pari di SSK sono previste forme di copagamento da parte degli assicurati.

Infine Emekli Sandigi (GERF) fornisce copertura assicurativa sanitaria per i dipendenti pubblici (in realtà è un fondo pensione per la Pubblica Amministrazione) ed è gestita direttamente dal Ministero delle Finanze.

Infine vi sono fondi assicurativi sanitari privati (circa 30) che forniscono copertura assicurativa a più di 300.000 persone (dipendenti banche, imprese assicurative, imprese commerciali, imprese telecomunicazioni ed informatica).

Secondo le stime 1994 i fondi pubblici (trasferimenti a carico del Bilancio dello Stato finanziano il 42% della spesa; i rimborsi pagati dai fondi assicurativi pubblici e privati il 22% mentre i pagamenti diretti degli utenti ben il 35% della spesa sanitaria totale (e ben il 91% della spesa delle strutture sanitarie private).

Elevata rimane la percentuale della popolazione non assicurata; ben il 53% non è ancora coperto da fondi assicurativi pubblici (in questa percentuale è compresa la quota molto ridotta di popolazione che gode di una assicurazione sanitaria privata).

### 3. Le spinte (e i bisogni) per il cambiamento del sistema

Significativo è il titolo del documento predisposto dalla «unità di progetto» del Ministero della Sanità turco insieme alla Banca Mondiale ed ai consulenti internazionali: «il bisogno di cambiamento»; non si tratta di rispondere a semplici tendenze in atto, come nel caso di molti sistemi sanitari

dei paesi occidentali, che hanno dovuto affrontare negli anni '80 e nei primi anni '90 il duplice impatto legato al manifestarsi della crisi di legittimazione e dalla crisi finanziaria ma di affrontare e risolvere i due nodi critici rappresentati dalla limitata qualità dei servizi forniti e dallo squilibrio tra condizioni sociosanitarie della popolazione e status socioeconomico del paese.

Non va dimenticato che negli ultimi anni la Turchia ha registrato una crescita del PNL compresa tra l'11% (1991-1992) ed il 7% (1993) e che tale sviluppo, pur rallentato (tasso proiettato pari al 5%) è destinato a durare nei prossimi anni.

Al nodo critico della qualità si affiancano rilevanti problemi di equità (si pensi semplicemente alla quota di popolazione non assicurata) ed alla accessibilità della popolazione ai servizi, nonostante la capillare rete dei centri di offerta comunitari gestiti dal Ministero della Sanità.

Il sistema sanitario turco sarà chiamato a rispondere nei prossimi anni al progressivo invecchiamento della popolazione (fenomeno che si presenterà comunque con intensità minore rispetto ai paesi sviluppati) ed alla crescente urbanizzazione (la rete di offerta degli uffici e dei centri sanitari era stata pensata negli anni '70 in funzione di una Turchia rurale).

La diagnosi condotta dagli staff di programmazione del Ministero della Sanità insieme alle organizzazioni ed agenzie internazionali ha chiaramente evidenziato sette principali aree su cui dovrà lavorare il processo di riforma in atto del sistema sanitario turco previsto per gli anni '90; dalla formulazione e sviluppo delle politiche sanitarie, alle modalità di offerta dei servizi sanitari, al sistema di finanziamento, alla gestione delle risorse umane, al management ed ai sistemi gestionali

impiegati, al quadro legislativo ed al sistema informativo.

Preliminare alla individuazione degli ambiti prioritari di intervento è la ricognizione dell'esistente; nella diagnosi sul sistema sanitario viene messo in rilievo il limitato ammontare di risorse finanziarie destinato alla sanità rispetto ad altri paesi, l'elevato peso dei pagamenti diretti da parte dei pazienti (farmaci, medici), le scarse risorse destinate alla prevenzione ed alla promozione dei servizi sanitari e soprattutto la necessità di aumentare la quota di popolazione coperta da schemi di assicurazione sanitaria di vario tipo.

Significativo è il richiamo alla coincidenza nel settore pubblico tra «chi finanzia» e «chi fornisce» i servizi (SSK, Ministero della Sanità) su cui vengono avanzate alcune perplessità; tra le righe è possibile leggere l'influenza delle tendenze dominanti nei processi di riforma dei paesi sviluppati che potrà prefigurare anche in Turchia l'adozione di un sistema in cui è prevista la separazione tra fornitore ed acquirente.

Ulteriori problemi vengono evidenziati nella gestione del personale; dall'assenza di logiche di pianificazione in collegamento con il sistema formativo ed universitario, alla distribuzione geografica (diverse aree del paese), alla composizione qualitativa (peso delle diverse categorie), alla inadeguatezza dei processi formativi ed agli effetti distorsivi infine legati alla presenza (e prevalenza) di un sistema di pubblico impiego (inesistenza di meccanismi incentivanti, appiattimento retributivo, rigidità e scarsa flessibilità).

Fortemente critica risulta infine la gestione del sistema sanitario; primo ed importante indicatore è rappresentato dalla forte centralizzazione che vede il Ministero della Sanità come re-

gista assoluto e burocratizzato della sanità ottomana.

Complicato e frammentato è il modello organizzativo dello stesso Ministero in cui coesistono diverse logiche (responsabilità per servizi, responsabilità per gruppi di popolazione e per specifiche patologie); vi è poi una mancata corrispondenza, per alcune funzioni, tra modello organizzativo centrale e quello della amministrazione decentrata.

Debole ed inadeguato è il sistema informativo a supporto dei processi decisionali (Ministero della Sanità ed amministrazione periferica) così come sono necessari decisi interventi di potenziamento e riqualificazione nei sistemi di reclutamento, selezione e formazione dei dirigenti e dei quadri intermedi.

Una prima importante strategia di risposta ai nodi critici del sistema sanitario è stata rappresentata dall'utilizzo di alcune leve di azione (i micro pacchetti di intervento) rappresentate da:

- 1) la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria di base;
- 2) la riqualificazione manageriale;
- 3) la riorganizzazione dei servizi amministrativi con particolare attenzione alla creazione di un adeguato sistema informativo;
- 4) la modifica del sistema di finanziamento;
- 5) la riforma del settore ospedaliero.

I diversi pacchetti di intervento (a livello settoriale e a livello «micro») sono stati poi ricondotti ad un quadro di riferimento più completo ed organico composto da specifiche leggi; nel riquadro si presentano le aree in cui sono state operate importanti modifiche nel quadro normativo. Va segnalato che le proposte sono state elaborate dalla unità di staff interna al Ministero della Sanità (unità per il coordinamen-

to del progetto sanità) a cui è stata affidata la gestione dell'intero processo di riforma.

---

*Modifiche quadro normativo*

- Legge di finanziamento delle istituzioni sanitarie
  - Legge su Ospedali ed Imprese sanitarie private
  - Legge sulla assistenza di base e sulla medicina di comunità
  - Legge sulla sanità pubblica
  - Legge sull'Istituto Nazionale di Igiene e ricerca sanitaria
- 

Idee guida del processo sono la ricerca di una maggiore equità ed il perseguimento dell'efficienza; notevoli benefici erano e sono attesi per i segmenti di popolazione che sono stati fino ad ora esclusi o comunque scarsamente coinvolti dalla rete di offerta dei servizi.

Il Governo turco ha quindi incaricato l'agenzia statale di pianificazione di predisporre un Master Plan per il settore sanitario, che ha portato ad identificare quattro alternative strategiche di intervento, denominate «miglioramento dell'esistente», «rafforzamento del libero mercato», «creazione di un Servizio sanitario nazionale» e la cosiddetta «opzione intermedia», strategia che è stata selezionata dalla Agenzia di pianificazione statale.

Successivamente è stato avviato un processo volto ad assicurare informazione e consenso sulla strategia di riforma e finalizzato ad arricchire ed integrare i contenuti della politica sanitaria; sono stati quindi organizzati due Congressi nazionali sulla sanità (fine 1992 e fine 1993), articolati su numerosi gruppi di lavoro (3) ed a cui hanno partecipato le amministrazioni pubbliche, le Università, le altre istituzioni interessate, le organizzazioni professionali, i fondi assicurativi.

In contemporanea è stata condotta una survey su circa 20.000 operatori sanitari sulla loro percezione del lavoro

ro, sulla soddisfazione, sui comportamenti adottati, sulla etica professionale, sulle condizioni di lavoro.

**4. Ospedali, assistenza sanitaria di base e modalità di finanziamento**

La riforma del sistema sanitario introduce una importante innovazione nell'esistente modello di offerta dei servizi sanitari rappresentata dalla figura del medico di famiglia. I medici di famiglia opereranno attraverso con pratica privata (non saranno quindi dal Ministero della Sanità) e forniranno alla popolazione le prestazioni sanitarie di base. A questi professionisti verrà affidata la importante funzione di essere centro di riferimento (e di smistamento dei pazienti) verso le strutture di offerta di secondo e terzo livello; la modalità di pagamento che verrà adottata sarà basata sulla quota capitaria aggiustata (età e residenza pazienti). Una seconda importante innovazione concerne il rafforzamento delle modalità di coordinamento della rete di offerta del Ministero della Sanità; uffici e dei centri sanitari (numero attuale, dotazione di organico e tipologia dei servizi offerti) verranno coordinati da nuove organizzazioni chiamate centri di sanità pubblica che opereranno a livello distrettuale e che si occuperanno della offerta di specifiche prestazioni.

Con questi cambiamenti il sistema sanitario turco tenderà a convergere verso modelli di offerta propri dei sistemi sanitari dei paesi sviluppati caratterizzati dalla presenza di un servizio sanitario nazionale.

Anche il settore ospedaliero sarà interessato da importanti cambiamenti.

Come per i Trust ospedalieri britannici o per gli ospedali azienda del nostro paese è prevista una modifica nella formula istituzionale e gestionale degli ospedali pubblici; questi saranno trasformati in impresa con ampia au-

tonomia economica, finanziaria e patrimoniale e saranno governati da un Consiglio di Amministrazione in rappresentanza della Pubblica amministrazione, della comunità locale e del management sanitario ed amministrativo.

Il finanziamento degli ospedali verrà assicurato dalla offerta di servizi attraverso la logica, propria del NHS britannico dei «block contract». In pratica ogni anno i Direttorati sanitari delle Province, che dovranno svolgere il ruolo di compratore pubblico, bandiranno delle gare a cui saranno invitati gli ospedali impresa pubblici e privati; la Turchia si muoverà quindi progressivamente verso l'adozione del modello britannico del mercato interno.

Il consolidamento di questo modello dovrebbe permettere, secondo il parere degli estensori del progetto di riforma, maggiore efficienza ed efficacia. Come in altri sistemi sanitari, investiti negli ultimi anni da «meccanismi tipo mercato» ancora incerti appaiono gli esiti della sperimentazione

prevista; in particolare forti interrogativi permangono sulla capacità da parte della amministrazione decentrata del Ministero della Sanità di diventare un effettivo e competente centro di acquisto.

Inoltre gli ospedali potranno determinare autonomamente i propri livelli retributivi, così come potranno decidere in piena e completa discrezionalità le procedure di reclutamento e selezione.

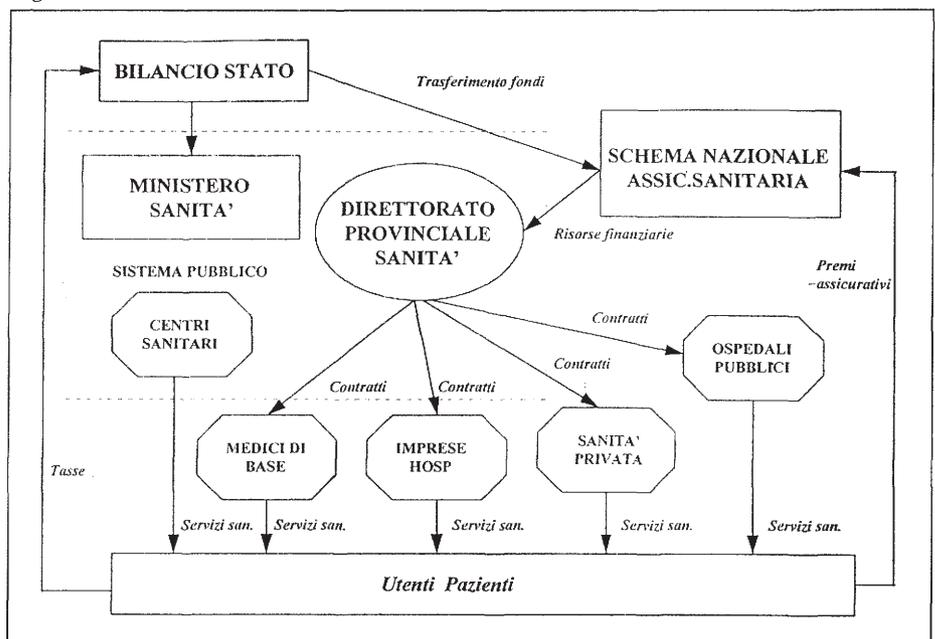
L'area in cui sarà però maggiore l'impatto del progetto di riforma è costituita dalla modifica delle modalità di finanziamento. Due sono i principi che guideranno il processo di riforma:

- 1) la separazione tra il finanziamento e la offerta dei servizi;
- 2) l'introduzione di uno Schema di copertura assicurativa sanitaria.

Nella figura 1 vengono presentate le linee in base a cui sarà articolato il nuovo sistema.

La copertura assicurativa verrà estesa a tutti i cittadini turchi, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche e interesserà quindi il 50%

**Figura 1 - La riforma del sistema di finanziamento della sanità turca**



della popolazione che non dispone attualmente di copertura assicurativa.

I partecipanti al piano assicurativo pubblico nazionale beneficeranno di un pacchetto comprensivo di servizi sanitari e pagheranno un premio in funzione del reddito; per i cittadini poveri o al di sotto della soglia di povertà non verrà evidentemente previsto il pagamento di premi. La differenza tra introiti, assicurati dai premi e costi del sistema verrà coperta da entrate pubbliche di natura fiscale. Saranno inoltre introdotte modalità di compartecipazione alla spesa (ad es. ticket moderatori) nei confronti degli utenti assicurati con il duplice obiettivo di disporre di maggiori risorse finanziarie e di controllare la domanda di prestazioni.

Si è quindi in presenza di un sistema di assicurazione sanitaria nazionale obbligatoria; il nuovo sistema verrà gestito da agenzie pubbliche create ad hoc; per la fase di avvio è stata previsto che i Direttorati provinciali opereranno di concerto con gli attuali schemi assicurativi, SSK in primo luogo.

Responsabili delle risorse finanziarie saranno quindi Direttorati provinciali della sanità che, come prima ricordato, promuoveranno e gestiranno i contratti con i centri di offerta pubblici e privati.

Il nuovo sistema di finanziamento andrà a regime alla fine di un arco temporale previsto in 3-5 anni dopo l'inizio della sperimentazione in una provincia pilota.

Nella fase di transizione verrà introdotta la «carta verde» che dovrà garantire ai cittadini poveri e senza alcuna copertura l'accesso ai servizi sanitari; le agenzie pubbliche di pianificazione stimano in 5 milioni i poveri (tra il 5 e il 10% della popolazione) ed in circa 130 milioni di U.S. \$ (3) il costo per assicurare a questi ultimi il pacchetto dei servizi sanitari di base.

Strettamente complementari alle politiche di riforma prima ricordate sono

le azioni che verranno intraprese sul piano dell'assetto istituzionale ed organizzativo e delle modalità di funzionamento del sistema in base alle linee guida di maggiore integrazione, decentramento delle responsabilità e rafforzamento delle capacità di coordinamento.

Determinante sarà lo sviluppo di capacità manageriali presso il livello locale; sono previste iniziative di formazione ed aggiornamento per il personale operante nei centri di sanità pubblica finalizzate allo sviluppo di capacità decisionali e di gestione operativa.

In parallelo si procederà alla riorganizzazione del Ministero della Sanità ridisegnando completamente l'attuale modello attraverso la definizione di settori di attività costruiti in base alle priorità strategiche della riforma di sistema sanitario.

La nuova struttura si ispirerà alla logica di organizzazione piatta (gruppi di progetto, cooperazione organizzativa, riduzione e semplificazione dei livelli gerarchici); ad essa verranno attribuite funzioni di formulazione delle politiche sanitarie, definizione di standard di qualità dei servizi, controllo, monitoraggio e verifica sui processi di implementazione delle politiche stesse.

Lo sforzo di sviluppo di iniziative di formazione manageriale e di educazione permanente verrà poi coadiuvato e sostenuto dalla creazione di un nuovo centro di ricerca a livello nazionale che dovrà assorbire l'Istituto nazionale di sanità.

##### **5. I progetti di cooperazione tecnica ed assistenza della Banca Mondiale**

Particolarmente rilevante è stato il ruolo giocato dalle agenzie ed organizzazioni internazionali nella messa in atto dei processi di riforma del sistema sanitario turco; la nazione anatolica rappresenta così un interessante laboratorio per verificare la reale effica-

cia dei programmi di assistenza tecnica in contesti già dotati di una infrastruttura tecnico amministrativa ed a elevata complessità socioeconomica.

Nel 1990 la Banca Mondiale ha concesso un prestito di 75 milioni di U.S. \$ destinato a finanziare il Primo progetto sanità (HPCU b) 1995).

Principali obiettivi del progetto erano il miglioramento e lo sviluppo della assistenza sanitaria primaria in otto Province ed il rafforzamento della capacità gestionale ed operativa del Ministero della Sanità.

Particolare attenzione è stata dedicata alla selezione delle aree provinciali «bersaglio» ed alla messa in atto di uno schema integrato di servizi sanitari di base.

Ben 9 milioni di cittadini turchi, residenti nelle aree obiettivo, sono stati interessati dai diversi interventi; tra questi vanno ricordati la messa in atto di ben 15 programmi settoriali (4), lo sviluppo della capacità gestionale, la riorganizzazione del sistema di riferimento-contro riferimento (protocolli operativi tra i diversi livelli di assistenza sanitaria), la costruzione e la manutenzione straordinaria delle infrastrutture sanitarie, l'acquisto infine di veicoli e tecnologie.

I servizi sanitari delle Province venivano poi ad essere interessati da politiche di redistribuzione del personale sanitario a disposizione e da programmi di formazione e riqualificazione dello stesso personale (7.000 erano gli operatori da coinvolgere negli interventi di formazione). In parallelo venivano avviati interventi di educazione sanitaria e di formazione per il personale insegnante.

Le azioni di sviluppo istituzionale, rivolte al rafforzamento della capacità operativa della amministrazione centrale erano distinte in:

1) sviluppo, riqualificazione e formazione del personale;

2) progettazione e realizzazione di un sistema informativo direzionale (Management information systems);

3) consolidamento della capacità di monitoraggio, valutazione e controllo delle unità operative del Ministero della sanità e potenziamento dello staff di formulazione delle politiche e di pianificazione (project coordination unit).

Molto interessante (ed in linea peraltro con la filosofia di «institutional building» della Banca Mondiale) è la logica adottata che vede una combinazione tra interventi nell'ambito della offerta dei servizi sanitari territoriali ed in quello della capacità organizzativa ed amministrativa.

Il processo di attuazione del Primo progetto sanitario, avviato effettivamente nel 1991, ha però incontrato alcune difficoltà; si è quindi resa necessaria nel 1993 una prima revisione dei contenuti a seguito della valutazione sui punti di forza e di debolezza condotta dal Ministero della sanità turco con la collaborazione dell'United Nation Development Programme.

Tra gli aspetti positivi collegati alla realizzazione del progetto vanno sicuramente menzionati l'aver consentito un maggiore coordinamento tra istituzioni e centri di offerta pubblici e privati, tra le Università e tra le stesse strutture centralizzate e periferiche del Ministero della Sanità. Altri punti qualificanti sono la effettiva assunzione di responsabilità sulla realizzazione di attività (i progetti settoriali) da parte delle Provincie, il consolidamento delle capacità tecniche dello staff di pianificazione, la definizione di standard omogenei per le infrastrutture e la tecnologia sanitaria ed infine l'integrazione «orizzontale» tra i diversi programmi verticali.

Si è proceduto ad un riaggiustamento del Primo progetto sanità, confermando gli obiettivi iniziali e ponendo le basi per un sistema di pianificazione delle risorse umane; si è cercato poi di

potenziare le attività di formazione e di raccordare il progetto con i processi di riforma del sistema sanitario e con le priorità delle politiche economiche e fiscali del governo. Il riadeguamento del progetto ha determinato una parziale revisione del budget o meglio della riallocazione dei fondi dalla costruzione di infrastrutture alla assistenza e cooperazione tecnica ed alla formazione.

Numerose sono state le valutazioni in itinere sui risultati del Primo progetto sanità (in termini di tempi, stato di avanzamento delle infrastrutture, costi, interventi di formazione realizzati etc...); l'effetto combinato degli input provenienti dal monitoraggio e della revisione di obiettivi ed azioni ha inoltre permesso una decisa accelerazione nelle modalità attuative a fronte dell'avvio rallentato, registrato nei primi anni (basti ricordare che sono stati spesi 12,5 milioni U.S. \$ nel 1994 a fronte dei 45 inizialmente attribuiti e che nel solo 94 sono stati impegnati ben 23 milioni di U.S. \$).

I risultati conseguiti a seguito della revisione del primo progetto sanità e le esigenze connesse alla messa in atto della riforma del sistema hanno spinto tre agenzie internazionali, ossia la stessa Banca Mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'UNICEF a proporre al governo turco di formulare congiuntamente il Secondo Progetto Sanità, collegato concettualmente e funzionalmente al Primo e da realizzare con finanziamenti internazionali.

Il Secondo Progetto Sanità, avviato nel 1995, si propone di:

1) migliorare equità ed accessibilità ai servizi sanitari «essenziali» (in concreto ai servizi sanitari di base) in 23 Provincie a basso ed inadeguato sviluppo economico sociale (Anatolia orientale);

2) sviluppare e rafforzare la qualità del management e le capacità gestionali in specifiche e selezionate organizzazioni ed istituzioni sanitarie.

Si è in presenza di una sostanziale conferma dei pacchetti di intervento presenti nel primo progetto, anche se con una maggiore consapevolezza sulla necessità di focalizzare e mirare gli interventi stessi. Nell'ambito della assistenza sanitaria di base si prevedono quindi interventi di formazione e di sviluppo infrastrutturale.

Novità caratterizzano la componente di sviluppo istituzionale che viene più precisamente qualificata come sviluppo manageriale; si mantengono le iniziative di formazione manageriale, ma si avviano contemporaneamente i programmi di ristrutturazione e riqualificazione del management ospedaliero, a supporto del processo di trasformazione in ospedali impresa previsto dalle riforme di sistema.

Viene poi lanciato un progetto volto alla creazione di sistemi informatici a supporto delle decisioni e si attribuisce particolare importanza alla introduzione di logiche di project management e di valutazione ex ante (fattibilità economico finanziaria ed istituzionale organizzativa) dei progetti attuativi.

Il confronto tra la distribuzione percentuale dei fondi tra aree di attività (si veda tabella 3) evidenzia una netta

**Tabella 3 - Distribuzione percentuale aree di spesa tra primo e secondo progetto**

Infrastrutture sanitarie .....	89,40%	61,20%
Formazione locale .....	2,80%	8,70%
Specializzazione .....	0,80%	2,70%
Consulenza tecnica.....	5,30%	17,30%
Costi di gestione .....	0,90%	0
Quota indistinta .....	0,80%	10,10%

riduzione della quota destinata alla realizzazione delle infrastrutture edilizie ed una crescita delle aree di spesa destinate a potenziare le capacità tecnico manageriali e le risorse «immateriali»: la redistribuzione dei fondi richiederà importanti modifiche nei sistemi di controllo e monitoraggio dei risultati dato che appare complesso valutare l'impatto sul breve periodo degli interventi di consulenza e di formazione.

---

(1) Gli interventi di cooperazione sono affidati in Turchia a differenza del contesto italiano ed in analogia a quanto avviene in gran parte dei paesi sviluppati ad una agenzia pubblica,

autonoma rispetto al Ministero degli Affari Esteri, che gestisce fondi pubblici (modello Overseas Development Agency inglese).

(2) Negli ultimi 5 anni i trasferimenti a carico del bilancio dello Stato hanno finanziato tra l'80-85% del totale della spesa del Ministero della Sanità.

(3) Punto critico del nuovo sistema è la definizione di povero; la soluzione proposta è quella di utilizzare come riferimento i beneficiari dei fondi di solidarietà sociale attualmente in vigore. I beneficiari dovranno compilare delle domande, in cui saranno specificate condizione economica e familiare; le domande saranno vagliate ed approvate dalla autorità politica a livello di comunità locale (il Muhtar) e dai rappresentanti del governo nei diversi Distretti (Kaymakam).

(4) I programmi settoriali sono rivolti alla prevenzione, diagnosi e terapia di determinate patologie, in primo luogo le malattie infettive;

altri programmi settoriali possono essere invece assimilati ai progetti obiettivi introdotti nel SSN italiano dalla programmazione sanitaria nazionale a partire dall'inizio degli anni '80. (ad esempio tutela della salute della popolazione anziana).

#### BIBLIOGRAFIA

- HEALTH PROJECT COORDINATION UNIT, *a) Supplementary document for consultant*, Ministry of Health Republic of Turkiye 1995.
- HEALTH PROJECT COORDINATION UNIT, *b) Reforming the health care system in Turkey*, Ministry of Health Republic of Turkiye 1995.
- WORLD BANK, *World development report 1993. Investing on health*, World Bank 1993.
- WHO TASK FORCE ON HEALTH ECONOMICS, *Privatization in health*, World health organization 1995.

**Biblioteca**

Sezione 6<sup>a</sup>

## RECENSIONI

### **DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali**

Francesco Taroni

Presentazione  
di Elio Guzzanti

Il Pensiero Scientifico  
Editore, Roma, 1996

Finalmente un lavoro completo su uno dei temi più rilevanti di economia, politica e management in sanità. Finalmente un testo di riferimento per chi, dai fronti più diversi, si deve confrontare con le norme sul finanziamento dell'assistenza sanitaria contenute nella «riforma della riforma». *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali* è infatti un tassello importante per contribuire a rendere più trasparente e informato il processo di introduzione di uno degli elementi della riforma più innovativi e anche più contestati. Per quanto le sigle DRG e ROD possano infatti apparire esoteriche, esse sono ormai entrate a pieno titolo nella sanità italiana, e non solo negli assessorati regionali alla sanità, ma anche nelle divisioni degli ospedali pubblici e privati. Da grande studioso del tema, ma allo stesso tempo anche da esperto che ha svolto un ruolo attivo nella messa a punto l'introduzione di questo nuovo sistema di finanziamento in Italia, Francesco Taroni ha scritto un lavoro completo, che spazia dagli aspetti storici ai dettagli tecnici, dai principi del modello di finanziamento tramite tariffe agli strumenti di statistica utilizzati per rendere operativa l'idea di misurare il prodotto ospedaliero secondo un sistema iso-risorse.

In una situazione in cui la confusione, l'improvvisazione e la mancanza di trasparenza hanno dominato il dibattito, non solo a livello politico, ma in parte anche tra i «tecnici» o i ritenuti tali, Taroni ci fornisce un contributo chiaro sulla struttura e le origini dei DRG, e su una serie di dettagli tecnici relativi alla costruzione delle tariffe italiane.

Nel secondo capitolo (il primo verrà brevemente discusso più avanti) viene sinteticamente ricostruita la storia dell'utilizzo dei DRG da parte della Health Care Financing Administration americana per il rimborso dei ricoveri ospedalieri dei pazienti coperti da Medicare (il programma assicurativo pubblico per gli anziani) e vengono illustrati i procedimenti seguiti dal Ministero della Sanità e dalla Regione Lombardia per costruire un sistema italiano di tariffe per i ricoveri ospedalieri. Così, ad esempio, il capitolo ricorda al lettore italiano che il processo di introduzione dei DRG negli Stati Uniti fu gradualmente programmato, che le retribuzioni dei medici non si riflettono nelle tariffe e che soltanto il 50% delle entrate degli ospedali americani sono generate dalle tariffe DRGs nazionali. Inoltre, finalmente vengono messi nero su bianco alcuni aspetti che aiutano a capire cosa è successo in Italia. Tra questi, sempre a titolo di esempio, si può ricordare come i pesi contenuti nel decreto del 15 aprile 1994 non abbiano praticamente niente a che fare con le tariffe massime presentate nel decreto del 14 dicembre 1994, o come la tariffa giornaliera per i ricoveri «anomali» sia stata scelta per riflettere i soli costi marginali (stimati pari al 60% di quelli pieni).

Nel terzo capitolo si affronta il tema della scheda di dimissione ospedaliera, il «motore» dell'intero sistema DRG, fornendo al lettore un sintetico richiamo dei riferimenti normativi, delle caratteristiche dell'ICD-9-CM e dei principali problemi collegati al controllo della qualità delle informazioni utilizzate per attribuire i pazienti alle categorie diagnostiche.

Il tema della misurazione viene quindi approfondito tramite una serie di capitoli più specifici in cui vengono esposti i principali sistemi di misurazione dell'output ospedaliero sviluppati negli Stati Uniti, le fasi operative di costruzione della classificazione dei DRG e la logica di funzionamento del DRG-Grouper (l'algoritmo che permette l'attribuzione del paziente alla singola categoria diagnostica), la validità e i limiti dei DRG pediatrici e neonatali e, infine, il Disease Staging, un sistema di classificazione dei pazienti in base alla gravità clinica.

Conclude il libro un accessibile capitolo di statistica che aiuta il lettore a comprendere alcuni «tecnicismi» da cui non si può prescindere per utilizzare operativamente la classificazione DRG.

Diverso per impostazione, contenuto e, per certi aspetti, tono è invece il primo capitolo dedicato al nuovo modello del Servizio Sanitario Nazionale e alla funzione attribuita al sistema di finanziamento a tariffa. In questo capitolo, infatti, vengono presentate in maniera estremamente sintetica una serie di riflessioni e opinioni che spaziano dalla «managed competition», al sistema degli incentivi finanziari per medici e ospedali, al rapporto tra questi incentivi e la verifica dei livelli di qualità nell'erogazione dei servizi, fino al cruciale problema delle condizioni necessarie per ricostruire i mercati in sanità. Anche in questo caso il lettore ha molto da imparare dalla lunga esperienza di Francesco Taroni. Pochi, anzi forse nessuno, può vantare la fertilità del suo percorso scientifico che, usando le parole del Ministro Guzzanti nella presentazione del libro, lo ha portato a «rappresenta(re) al meglio la classe emergente dei giovani impegnati nella ricerca nel campo medico, che non è solo quella strettamente biomedica ma anche quella sui servizi sanitari...». Tuttavia, è proprio quando Taroni si allontana maggiormente dai temi più specificamente tecnico-sanitari che possono sorgere alcune perplessità. Il primo capitolo presenta infatti un modello per la sanità italiana che, secondo Taroni, sarebbe presente nella «riforma della riforma» e che risulterebbe coerente con le iniziative riformatrici intraprese dalla maggior parte dei sistemi sanitari europei. A pagina due è infatti scritto che «nel nuovo SSN le ASL svolgono la doppia funzione di committente e finanziatore dei servizi sanitari, identificando i bisogni di assistenza della popolazione residente, scegliendo i produttori che offrono i servizi necessari per soddisfare questi bisogni al miglior rapporto qualità-prezzo e finanziandoli per le prestazioni rese». Poche righe dopo si può inoltre leggere che «la separazione tra le funzioni di produzione e di finanziamento dei servizi sanitari, assieme alla definizione di un sistema di pagamento a prestazione dei produttori hanno l'obiettivo di realizzare le condizioni per lo sviluppo di una competizione fra produttori, in una sorta di mercato dei servizi sanitari, che dovrebbe comunque svolgersi all'interno del SSN, che conserverebbe quindi il potere monopsonistico di unico finanziatore dei servizi sanitari». E infine, nella pagina successiva, Taroni afferma che «gli obiettivi di questi provvedimenti sembrano quindi allineare il SSN al vasto movimento di riforma dei sistemi sanitari in atto in numerosi paesi, caratterizzato dalla tensione verso sistemi misti, in cui elementi di regolazione centrale coesistono con lo sviluppo di un mercato dei servizi sanitari, secondo il modello della cosiddetta competizione amministrata». È possibile che i legislatori e i ministri della sanità che si sono succeduti in questi anni abbiano voluto costruire un modello così chiaro, cercando di allinearci alle riforme di paesi come il Regno Unito o la Svezia. È tuttavia anche incontestabile che la storia di questi primi anni di implementazione della riforma è ben lontana dal modello descritto. Ne sia esempio il fatto che, nel 1995, praticamente nessuna regione ha realmente assegnato anche soltanto una minima parte delle risorse alle proprie aziende in base al sistema tariffario, o che il 90% degli ospedali italiani rimane direttamente gestito dalle ASL. È per questo iato tra modello presentato e realtà del SSN che il primo capitolo del libro è meno convincente degli altri. Nel tentativo di voler chiudere il cerchio, ossia di cogliere il rapporto tra uno strumento quale sono i DRG e l'ordinamento economico del SSN, Taroni rischia di presentarsi semplicistico e, forse, non ab-

bastanza attento ad una serie di riflessioni avanzate da studiosi che, pur appartenendo all'area di ricerca sui servizi sanitari, provengono da campi disciplinari diversi da quello medico.

Malgrado queste osservazioni, anche il primo capitolo rappresenta un notevole contributo, se non altro perché espone chiaramente una prospettiva da cui far scaturire in maniera dialettica un dibattito sulla riforma del SSN che, fino ad ora, è praticamente mancato.

In conclusione, *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali* è un utilissimo strumento per documentarsi e un ottimo spunto per riflettere. Speriamo di trovarne spesso copie non soltanto tra gli specialisti, ma anche presso coloro che sono chiamati a svolgere funzioni gestionali in ambito ospedaliero.

## NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

GIANLUCA FALCITELLI  
(a cura di)  
CISP MOVIMONDO

**Tecnologie sanitarie  
per lo sviluppo umano**

Il pensiero scientifico  
editore, Roma 1996  
pagg. 138, L. 28.000

*Il volume contiene indicazioni pratiche, informazioni specifiche, linee guida metodologiche comuni per pianificare, realizzare, monitorare e valutare i programmi di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo nel campo delle tecnologie biomediche e dell'ingegneria clinica. Un manuale di sicuro interesse per quanti tra esperti, tecnici o liberi professionisti si preoccupano di utilizzare al meglio le risorse disponibili e favorire uno sviluppo tecnologico adeguato e sostenibile per i sistemi sanitari locali.*

*L'organizzazione sanitaria può considerarsi attualmente in Italia un'organizzazione intelligente? Sa fare buon uso dello strumento della formazione permanente? Come potrebbe migliorare tale uso per sviluppare nuove competenze professionali e nuove capacità operative? Soltanto una formazione permanente orientata al cambiamento può incrementare, nell'organizzazione, la ricerca di nuova qualità, creatività, e di nuovi e più proficui rapporti con l'ambiente circostante e con le sue turbolenze. Il testo, scritto da un operatore sanitario da anni impegnato nella progettazione e nella conduzione di attività formative, affronta questi interrogativi e fornisce indicazioni a quelle organizzazioni «intelligenti» che intendono fare tanto e buon uso della formazione permanente quale strumento indispensabile per lo sviluppo di nuove competenze professionali e di nuove capacità operative.*

STEFANO  
BECCASTRINI

**La formazione  
permanente nei servizi  
sociali e sanitari**

Fondazione Smith Kline  
Franco Angeli  
Milano, 1996  
pagg. 183, L. 28.000

TIZIANO VECCHIATO  
(a cura di)

**La valutazione  
dei servizi  
sociali e sanitari**

Fondazione  
«Emanuela Zancan»  
Padova, 1995  
pagg. 276, L. 35.000

*Non sempre la valutazione è vista come conveniente dai tecnici e dai politici i per timore del maggior controllo che essa può garantire sia sul versante interno (gestionale) sia sul versante esterno (sociale). Il confronto tra esperti italiani e stranieri nel corso del seminario organizzato dalla Fondazione «Emanuela Zancan» ha messo in luce come siano disponibili metodi e tecniche efficaci per forme di valutazione partecipata in cui gli operatori sanitari e sociali possono meglio valutare il loro lavoro coinvolgendo le persone utenti dei servizi nel giudizio di efficacia delle prestazioni e dei loro risultati e, come sia possibile fare della valutazione un modo sistematico di lavoro nei servizi alle persone senza delegare all'esterno quello che deve essere un impegno costante degli operatori.*

GIOVANNA SETTIMI  
(a cura di)

**Essere Promuovere  
Organizzare**

Vita e Pensiero,  
Milano, 1995  
pagg. 245, L. 30.000

*L'evoluzione dell'assistenza infermieristica è determinata dai cambiamenti sociali, culturali, economici della popolazione. Per questo il concetto di qualità deve essere continuamente rivisto, confrontato e, possibilmente, migliorato. Questo processo è perseguibile nella misura in cui gli infermieri apprendono ad interessarsi in maniera nuova alla salute del cliente-paziente, sia in ospedale che sul territorio. La ricerca della qualità è la strategia da perseguire per un cambiamento effettivo, in quanto porta l'infermiere ad acquisire una professionalità sempre maggiore e offre i mezzi per dare un senso compiuto al suo lavoro, affermando e valorizzando un sapere specificatamente infermieristico.*

*Le nuove logiche di funzionamento dell'amministrazione della sanità intendono porre rimedio alla situazione di cronica insoddisfazione per le prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale e allo stato di dissesto finanziario dello stesso; e tuttavia il successo dell'operazione è tutt'altro che scontato. Aleggia l'inquietante timore che non sarà più possibile assicurare a tutti i livelli attuali di cura e che, tra breve, la comunità nazionale potrà essere chiamata a scegliere quali patologie curare e quali no. Medici, funzionari amministrativi, operatori della sanità privata vedono modificarsi radicalmente i riferimenti principali del loro ambiente di lavoro, i politici si trovano a dover rendere conto ad un'opinione pubblica poco disposta a scegliere tra minori servizi e maggiori prelievi fiscali.*

GIOVANNI OLLA ALDO  
PAVAN  
M. GABRIELLA NARDI  
ALESSANDRA  
GUGLIOTTA

**Il management  
nell'Azienda Sanitaria**

Giuffré Editore  
Milano, 1996  
pagg. 138, L. 28.000

## SPOGLIO RIVISTE

**Bisogno e domanda di servizi sanitari**

DOMENIGHETTI G.

*Incertitude médicale: justification étique de la demande induite*  
Journal d'Economie Médicale, 7-8: 353-362, 1995**Meccanismi di mercato**

KASSINER J.P.

*Mergers and Acquisitions. Who Benefits? Who Loses?*  
The New England Journal of Medicine, 334 (11): 722-723, 1996

NUDELMAN P.M., ANDREWS L.M.

*The «Value Added» of Not-for-Profit Health Plans*  
The New England Journal of Medicine, 334 (16): 1057-1059, 1996

ROBINSON J.C., CASALINO L.P.

*Marketplace in Motion Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care*  
Health Affairs, 15 (1): 7-22, 1996

JOST T.S., HUGHES D., MCHALE J., GRIFFITHS L.

*The British Health Care Reforms, the American Health Care Revolution, and Purchase/Provider Contracts*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, 20 (4): 885-908, 1995

ØVRETVEIT J.

*Beyond the public-private debate: the mixed economy of health*  
Health Policy, 35 (1): 75-93, 1996

HAM C.

*Managed markets in health care: the UK experiment*  
Health Policy, 35 (3): 279-292, 1996

GAUTAM K., CAMPBELL C., ARRINGTON B.

*Trends in managed care contracting among U.S. hospitals*  
Journal of Health Care Finance, 22 (2): 62-79, 1995

MUSCHELL J.

*Privatization - a balancing act*  
World Health Forum, 17 (1): 37-41, 1996**Sistemi di finanziamento**

ELLIS R.P., ASH A.

*Refinements to the Diagnostic Cost Group (DCG) Model Inquiry, the Journal of Health Care Organization, Provision and Financing, 32: 418-429, 1995/1996*

VANARA F.

*Pagamento tariffario e raggruppamenti omogenei di diagnosi: rassegna della normativa e delle esperienze*  
Organizzazione sanitaria, 6: 69-76, 1995

BARBIERI P., DONZELLI A.

*Gli effetti perversi del finanziamento basato sui DRGs: contromisure possibili*  
ASI, 9: 29-31, 1996

FREI A., TINTURIER G.

*Coûts et financement de la santé*  
Journal d'Economie Médicale, 7-8: 403-411, 1995**Valutazione economica delle attività sanitarie**

KARLSSON G., JOHANNESSON M.

*The Decision Rules of Cost-Effectiveness Analysis*  
Pharmacoeconomics, 9 (2): 113-120, 1996

LANGLEY P.C.

*The November 1995 Revised Australian Guide lines for the Economic Evaluation of Pharmaceuticals*  
Pharmacoeconomics, 9 (4): 341-352, 1996

TESTA M.A., SIMONSON D.C.

*Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes*  
The New England Journal of Medicine, 334 (13): 835-840

POSNETT J., JAN S.

*Indirect cost in economic evaluation: the opportunity cost of unpaid inputs*  
Health Economics, 5 (1): 13-23, 1996

TUGWELL P., SITTHI-AMORN C., O'CONNOR A., HATCHER-ROBERTS J., BERGVIN Y., WOLFSON M.  
*Technology Assessment Old, New, and Needs-based*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, 11 (4): 650-662, 1995

BLOOM B.S., FENDRICK A.M.  
*Timing and Timeliness in Medical Care Evaluation*  
PharmacoEconomics, 9 (3): 183-187, 1996

MAUSKORPF J., SCHULMAN L., BELL L., GLICK H.  
*A Strategy for Collecting Pharmacoeconomic Data During Phase II/III Clinical Trials*  
PharmacoEconomics, 9 (3): 264-227, 1996

#### **Analisi dei sistemi sanitari**

MAXWELL J.G.  
*Changes in Britain's Health Care: An American Attempts to Revisit «From the London Post»*  
JAMA, 275 (10): 789-793, 1996

AA.VV.  
*Rapporto sanità. Relazione sulla situazione economica del Paese 1995*  
ASI, 16, 1996

CALLTORP J., ADAMI H.O., ÅSTRÖM L. FRYKLUND, ROSSNER S., TROLLE Y.  
*Sweden (Country Profile)*  
The Lancet, 347: 587-594, 1996

GEDDES M.  
*Sistemi sanitari nazionali e welfare comunitario*  
Epidemiologia e Prevenzione, 19: 297-303, 1995

FERGUSON B., KEEN J.  
*Transaction costs, externalities and information technology in health care*  
Health Economics, 5 (1): 25-36, 1996

#### **Programmazione e organizzazione del lavoro**

TAYLOR D.  
*Quality and professionalism in health care: a review of current initiatives in the NHS*  
British Medical Journal, 312: 626-629, 1996

DAL POZZOLO G., PIRONE F.  
*Aspetto organizzativo e gestionale dei presidi ospedalieri nelle nuove aziende USL*  
ASI 1: 28-31, 1996

*Come, nelle Regioni, si è programmata la rilevazione dei carichi di lavoro*  
ASI, 11, 4-16, 1996

D'AUNNO T., ALEXANDER J.A., LAUGHLIN C.  
*Business as Usual? Changes in Health care's Workforce and Organization of Work*  
Hospitals & Health Services Administration, 41 (1): 3-18, 1996

WALLACE P.E., ERMER C.M., MOTSHABI D.N.  
*Managing Diversity: a Senior Management perspective*  
Hospitals & Health Services Administration, 41 (1): 91-104, 1996

BROWN M.  
*Mergers, networking, and vertical integration: Managed care and investor-owned hospitals*  
Health Care Management Review, 21 (1): 29-37, 1996

#### **Controllo di gestione dei sistemi informativi**

BAKER J.J.  
*Activity-based costing for integrated delivery systems*  
Journal of Health Care Finance, 22 (2): 57-61, 1995

LEHNER L.A., BURGESS J.F., STEFOS T.  
*Hospital Staffing Adjustments under Global Budgeting*  
Hospital & Health Services Administration, 40 (4): 523, 1995

#### **Varie**

*Proposta di linee guida sui criteri di applicazione del processo di accreditamento delle strutture e dei professionisti di cui all'articolo 8 del D.L.vo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni*  
ASI, 16:6-10, 1996

OLIVA D., SETTI BASSANINI M.C.  
*Strumenti e procedure di accreditamento a livello internazionale*  
Prospettive sociali e sanitarie, 3:5-6, 1996

O'CONNOR S., SHEWCHUCK R.M.  
*Service Quality Revisited: Striving for a New Orientation*, 40 (4): 535-552, 1995

HEALTH CARE FINANCING REVIEW  
*Access to Health Care Services in Rural Areas: Delivery and Financing Issues*  
Volume 17, number 1, Fall 1995

## LA «PRIMARY CARE» IN UNA PROSPETTIVA INTERNAZIONALE

di Monica S. Chelkowski

Da alcuni anni, la maggior parte dei sistemi sanitari sta attraversando una fase di transizione. Molti Stati incontrano notevoli difficoltà nel mantenere e, soprattutto, nello sviluppare le loro organizzazioni sanitarie, in quanto sono soggetti a una moltitudine di pressioni di carattere socio-economico, demografico e tecnologico. Inoltre, le spese del settore sanitario sono aumentate considerevolmente in quanto ci si è dovuti confrontare con i costi sempre più alti della tecnologia e con alcuni trend demografici di lungo periodo, quale il progressivo invecchiamento della popolazione. Da qui nasce la necessità di creare le fondamenta dell'Assistenza Sanitaria di Base che va di pari passo con il bisogno, sempre più sentito dagli Stati, di ridurre drasticamente la spirale dei costi della sanità diminuendo in particolare l'accesso alle cure secondarie e terziarie senza tuttavia penalizzare la qualità dei servizi sanitari forniti.

Le ricerche condotte di recente, hanno dimostrato che i paesi con un apparato sanitario maggiormente orientato verso l'Assistenza Sanitaria di Base riescono a raggiungere un livello sanitario più sviluppato, una migliore soddisfazione dei pazienti e una notevole riduzione dei costi della maggior parte dei servizi. Inoltre, stando alle stime riportate da J. De Maeseneer e L. Beolchi in *Telematics in Primary Care in Europe*, le persone che necessitano semplicemente di un'assistenza medica di base nell'arco di un anno oscillano tra il 75 per cento e l'85 per cento della popolazione globale. Il rimanente necessita di cure secondarie (all'incirca il 10-12 per cento) o di cure terziarie per la cura acuta (5-10 per cento).

L'Organizzazione Mondiale per la Sanità (WHO) ha definito l'Assistenza Sanitaria di Base come «L'insieme delle cure essenziali basate su metodi e tecnologie pratiche, scientifiche e accettabili, che sono accessibili universalmente per gli individui e le famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione e un costo che la comunità e il paese potranno sostenere in ogni momento del loro sviluppo, in uno spirito di autosufficienza e autodeterminazione».

Negli Stati Uniti l'Istituto di Medicina ha proposto invece la seguente definizione: «L'Assistenza Sanitaria di Base è la fornitura di servizi sanitari integrati e accessibili da parte dei clinici che sono in grado di: rispondere ai principali bisogni sanitari della comunità; di sviluppare una importante collaborazione con i pazienti esercitando le loro funzioni in contesti famigliari e comunitari».

È importante comunque tenere presente che la fornitura, il finanziamento, la gestione e i servizi compresi nell'Assistenza sanitaria di Base variano da uno Stato all'altro.

## Rapporti

KAPIRO LEO

*Primary Healthcare in Europe*

Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization

*Community hospitals: preparing for the future*, a report from the liaison group of the Royal College of General Practitioners and Associations of Geneva Practitioner Community Hospitals  
London College of General Practitioners

*Patients care and the general practitioner*. A discussion document produced by a joint working group of the Royal College of General Practitioner's, Welsh Council and the Welsh General Medical Service Committee  
Cardiff Postgraduate Studies, University of Wales College of Medicine

*The emerging role of the general practitioner and the health care worker*. Report of seminar proceedings compiled Don Gardner  
Family Association Act Inc. 1989

*Future General Practitioner* (like report of the working party)  
London, Royal College of general practitioners, 1971

*Primary Healthcare from Theory to Action*. A report on a WHO symposium  
Kupio (Finland) 30 November-3 December, 1981

*Role of primary healthcare in changing life styles*. Report on a WHO working group: Rovigo, Italy 13-16 June 1989  
World Health Organization, Regional Office of Europe, 1989

*District health systems in action: ten years after Alma Alta, experiences and future directions*  
Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1989

*Forum on Primary Healthcare development in Southern Europe*  
3rd edition 1989, Pamplona, Spain; World health Organization Regional Office for Europe, 1990

*Primary Care physicians: managing supply in Canada, Germany Sweden, and the United Kingdom*: a report to the Chairman, Committee on Government Operations, House of Representatives  
Washington Dc: United States General Accounting Office

*Analysis of the Support of first referral hospitals to primary health care services, including the activities of hospitals in disease prevention and health promotion*  
WHO Regional Office, 1989

*Interface study on the support of hospitals to primary healthcare services in a district*  
WHO Regional Office, 1989

*International symposium on Primary Care Team, group and budget organization in general practice: a new attempt to compare and improve G.P.'s work in Europe*  
Reggio-Emilia, 1994

## Articoli sui sistemi

BROOMBERG J., REES H.

*What does primary health care cost and can we afford to find out? Rationale and methodology for a cost analysis of the Diepkloof Community Health centre Sowetto*  
275-82. South-African-Medical- Journal

COLLINS C.

*Decentralization and primary healthcare: some negative implications in developing countries*  
(459-75) International Journal of Health Services

FRENK J., GONZALEZ BLOCK M.A.

*Primary care and reform on health systems: a framework for the analysis of Latin American experiences*  
Health Services Management 1992, March (32-43)

GELBERT G.A.

*The influence of market economies on primary healthcare in Vietnam*  
JAMA (1498-502), May 17

GILPIN M.

*Update Cuba - on the road to a family medicine nation*  
Journal Public Health Policy 1991, Spring (83-103)

GIOVANARDI A.

*Il Distretto sanitario di base. Idee, considerazioni e proposte in tema di assetto*  
Igiene Moderna Vol 78, 1982, n. 6

GRIBBEN B., BONITA R., BROAD J., MCAVOY B.

*Geographical variations in the organization of general practice*  
New Zealand-Medical- Journal, 1995 (361-3)

GRUMBACH K., FRY J.

*Managing primary care in the United States and in the Kingdom United*  
New England Journal of medicine, 1993 (940-50)

GRYTEN J., RONGEN G. SORENSEN R.

*Can a public health care system achieve equity? The Norwegian experience*  
Medical Care, September 1995 (938-51)

- HANSAGI H., CALTORP J., ANDREASSON S.  
*Quality comparison between private Quality and publicly managed health care centres in a suburban area of Stockholm, Sweden*  
Quality-Assurance in Health Care 1993 (33-40)
- HARNDEN A.R.  
*The American healthcare system a perspective from a visiting British general practitioner*  
Journal of Social Medicine, Jan 1994 (47-49)
- HOOPMAN M., SCHWARTZ F.W., WEBER J.  
*Effects of the German 1993 health reform law care practitioners upon primary individual performance: results from an empirical study in sentinel practices*  
Journal-epidemiological - Community Health; Aug 1995 (33-6)
- JOHNSTONE P., MCCONNAN I.  
*Primary health care led NHS: learning from developing countries*  
BMJ Oct. 7, 1995 (891-2)
- KOROTKOV Y., POTECHINA M., TCHERNIAVSKI V.  
*General practitioners for primary health care in Russia*  
World health Forum, 1995 (145-50)
- LAMBERTS H., WOOD M. HOFFMAN OKKES  
*International primary care classifications, the effect of 15 years of evolutions*  
Family Practice 1992 (330-9)
- LONGO F. et al.  
*Una proposta per la Nuova Convenzione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta*  
Mecosan 1993 (79-95)
- MALCOM L.,  
*Radical reforms for primary health care in New Zealand*  
World Health Forum, 1995 (83-6)
- NAVARRO V.  
*The relevance of the US experience to the reforms in the British National Health Service: the case of the General Practitioner Fund Holding*  
International Journal of Health Services 1991, 1 (381-7)
- NYLEMA M.  
*Norway's decentralized single payer health system faces great challenges*  
JAMA Jul 12, 1995 (20-4)
- OLIVARINS N.D., JENSEN F.I.  
*Self referral and self payment in Danish primary care*  
Health Policy Mar 1994 (15-22)
- ROEMER M.I.  
*Primary health care hospitalisation: California and Cuba*  
American Journal of Public Health 1993 (317-8)
- SHORTELL S.M., GILLIES R.R., DEVERS K.J.  
*Reinventing the American hospital*  
Milbank Quarterly 1995; 19 (131-60)
- SIXMA H.J. LANGERAK E.H.  
*Attempting to reduce hospital costs by strengthening primary care institutions: the Dutch Health Care demonstration Project in the new town of Almere*  
JAMA 1993, May 19 (2567-72)
- SMITH ABEL, MOSSIALOS E.  
*Cost containment and health care reform, a study of the European Union*  
Health Policy, May 1994 (89-132)
- SVAB I.  
*Primary health care reform in Slovenia, first results*  
Social Science and Medicine, Jul 1995 (141-4)
- SWANSON K.A., SWANSON J.M., GILL A.E.  
*Primary care in Cuba: a public health approach*  
Health Care Women International, 1995 (299-308)
- TAYLOR C.E.  
*Surveillance for equity in primary health care: policy international experiences implications*  
International Journal of Epidemiology, Dec 1992 (1043-9)
- TSUDA T., AOYAMA H.  
*Advanced primary health care in Japan and the United States*  
Social Science and Medicine, Feb. 1994 (489-95)
- WILSON A.E., POLLOCK C., WEEKS T.  
*Can general practice provide useful information: evaluation of primary health care information project in Northern England*  
Journal of Epidemiological-Community-Health, June 1995 (227-30)
- WHITCOMB M.E.  
*A cross national comparison of generalist physician workforce data: evidence for US supply adequacy*  
JAMA, 1995, (692-5)
- ZWARENSTEIN M.  
*Managing primary health care in South Africa at the district level*  
South-African-medical Journal. Aug. 1993 (562-4)

**Argomenti vari**

- ADAMS O.  
*Reprofiling primary resources: transferring care from hospital to community*  
Leadership Health Service Nov-Dec 1991
- ALPER P.  
*Primary care in transition*  
JAMA, Nov. 1994 (1523-7)
- BACKER P.  
*National and international research in the future of general practice*  
Scandinavian Journal-Primary Health Care Supplement, 1993 (4-6)
- BAKER J.P.  
*Managed care - crisis or opportunity*  
Virginia Medical Quarterly Summer 1995 (174-5)
- BINDMAN H.B.  
*Primary and managed care ingredients for health care reform*  
West of England Medical Journal, Jul 1994 (78-82)
- CALDWELL J.  
*Speciality vs generalist medicine. Is there really a shortage of primary care physicians?*  
Journal-Florida-Medical-Association Aug 1994 (525-7)
- CASSEL E.J.  
*Teaching the fundamentals of Primary Care: a point of view*  
Milbank Quarterly, 1 Jul 1995
- CAVE D.G.  
*Vertical integration models to prepare health systems for capitation*  
Health Care Management Review, Winter 1995 (26-39)
- EBELL M.H.  
*Using decision rules in primary practice*  
Primary Care, June 1995 (319-40)
- FINKLER S.A.  
*Innovations by primary health centres: lessons for managers and policy makers*  
Journal of Ambulatory Care Management, Apr 1995 (74-80)
- FINKLER S.A., HANSON K.I.  
*Management techniques at primary health centres: the impact of management innovation*  
Journal of Ambulatory Care Management, Apr 1995 (47-53)
- FRIED R.A.  
*Appropriateness of hospital use by family physicians*  
Journal of American Board Family Practice 1994, May-June 1995 (229-35)
- GERVAS J., PEREZ FERNANDEZ M.  
*Primary care financing and gatekeeping in western europe*  
Family Practice, Sept 1994 (307-17)
- GANIATS T.G.  
*Cost effectiveness analysis*  
Primary Care, Jun 1995 (307-18)
- HAM C.  
*The primary health care hospital interface*  
World Hospital, 1993 (28-33)
- HANSON K.I., FINKLER S.A.  
*Case studies of management innovation at primary health centres*  
Journal of Ambulatory Care Management, Apr. 1995 (54-65)
- HUMMEL J., PRZADA S.  
*Estimating the cost of using non physician providers in primary care teams in an HMO: where would the savings begin*  
HMO-Practice, Apr 1995 (54-65)
- KNICKMAN J.R., GUTMAN M.A.  
*Reflections from the Robert Wood Johnson Foundation on the program to Strengthen Primary Care Health Centres*  
Journal-Ambulatory Care Management, Apr 1995 (81-83)
- JOHNSON R.B.  
*Health care reform what it might mean to urban public hospitals*  
Journal-Health Care for Poor Underserved, 1993 (172-6)
- KULEY D.  
*The future of the general practice, personal care or the polyclinic?*  
BMJ, June 22, 1991 (1514-6)
- KUMAR G.R.  
*Role of tertiary care hospitals in primary health care*  
Journal-Academic-Hospital Administration, Jan 1993 1 (5-7)
- LATZ S.  
*Flow of financing points to primary care's importance*  
Modern Health, Jan 10, 1994 (46-7)
- MALONEY J.V. JR  
*A rational process for the reform of the physicians payment system*  
Annals of-Surgery, Aug 1995 (134-45)
- MALCOM L.  
*Managed primary health care: the key to health reform*  
New-Zealand Health and Hospital, June 1994 (6-10)
- MCCARTHY D.  
*The virtual health economy: telemedicine and the supply of primary care physicians in rural America*  
Am-Journal of-Law and Medicine 1995 (111-30)

MORLERY V.

*Empowering Gps as purchasers*  
BMJ 1993 (112-4)

OLSEN F., JOLLEYS J.V.

*Out of hours service: the Danish solution examined*  
BMJ, Dec 1994 (1624-6)

PATERSON C., PEACOCK W.

*Complimentary practitioners as part of primary health care team: evaluation of one model*  
British Journal of General Practice (225-8), May 1995

POULTON B.C., WEST M.A.

*Effective multidisciplinary teamwork in primary health care*  
Journal of -Advanced Nursing, May 1995 (918-25)

PULLEN C., EDWARD J.B., LENZ C.L.

*A comprehensive primary health model care delivery*  
Journal of Professional Nursing, July 1994 (201-8)

RIVO M.L., MAYS H.L., KATZOFF J., KINDIG D.A.

*Managed Health Education. Care: implications for the physician work force and medical education council on Graduate Medical*  
JAMA, Sep 1995 (712-5)

Roland M.

*Fundholding and cash limits in primary care: blight or blessing?*  
BMJ 1991 (171-2)

SCHULTZ D.V.

*The importance of primary care providers in integrated systems*  
Health Finance and Management, Jan 1995 (58-63)

SHI L.

*Balancing primary versus speciality care*  
Journal of Social-Medicine, Aug 1995 (428-32)

SILAGY C.

*The Cochrane Collaboration in Primary Care: an international resource for evidence based practice of family medicine*  
Family-Medicine, May 1995 (302-5)

SOLORY A.

*New power strategies, the battle for control*  
Hospital-Health Network, Dec 1994, 1 (24-6)

WALL E.M., DENNIS L.K.

*Will the real primary care provider please stand up*  
Journal-American Board-Family-Practice, 1995 (73-5)

### Libri

ALAISTER M., POYSER J.

*Computers and the General Practitioner*  
Oxford, Pergamon Press

DE MAESENEER, BEOLCHI L.

*Telematics in Primary Care in Europe*  
European commission, DGXIII, Brussels IOS Press, 1995

LAMBERTS WOOD M., HOFMANS OKES I.

*International Classification of Primary Care in the European Community*  
New Oxford, New York, Oxford University Press, 1993

RATHWELL T., GODINHO J., GOTT M.

*Tipping the Balance Towards Primary Health care*  
Aldershot, Brookfield Vt, Avebury, 1995

# TESI DI LAUREA

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1994-1995. Relatore Marco Meneguzzo*

## **I PROCESSI DI AZIENDALIZZAZIONE E L'AVVIO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE: IL CASO DELL'ULSS DI BELLUNO**

**di Andrea Iannetti**

La riforma del Servizio Sanitario Nazionale, sancita dal decreto legislativo n. 502/92 e tuttora nel pieno della sua realizzazione, fa perno su due punti cardine che sono costituiti dal processo di regionalizzazione del sistema sanitario e dal meccanismo di aziendalizzazione degli enti responsabili dell'erogazione del servizio sanitario pubblico quali le unità locali socio-sanitarie e gli ospedali.

Entrambe le suddette linee di riforma sono scaturite non tanto dal bisogno di migliorare il servizio sanitario italiano, quanto soprattutto dall'inderogabile necessità di contenere la spesa sanitaria in continua crescita nel corso degli anni '80 con un notevole aggravio dell'intero deficit statale, riducendone gli sprechi ed aumentandone l'efficienza.

Il processo di regionalizzazione consiste, dunque, almeno nelle intenzioni del legislatore, nella creazione di tanti sistemi sanitari regionali, relativamente autonomi tra loro e dallo stato, quante sono le regioni italiane, ognuno dei quali dotato di un ammontare predefinito di risorse, costituito dai trasferimenti statali, stabilito annualmente a preventivo tramite la legge finanziaria e libero, nel rispetto di alcuni vincoli normativi nazionali finalizzati a garantire un base di omogeneità dell'erogazione del servizio sanitario su tutto il territorio nazionale, di realizzare una propria politica sanitaria. Così facendo, un ruolo di fondamentale importanza è stato attribuito alle regioni che vengono ora chiamate a svolgere una funzione di programmazione e controllo dell'attività dei singoli enti sanitari; in particolare il compito di ciascuna regione dovrebbe essere quello di capogruppo nei confronti delle ULSS e degli ospedali, realizzando così il concetto di «regione holding» di cui molto si è parlato in questi anni. In tal senso, la regione avrebbe il compito di indicare le direttive da seguire e gli obiettivi da raggiungere, di rispettare l'autonomia dei singoli enti lasciando loro la possibilità di gestirsi in maniera indipendente e di esercitare un controllo basato sui risultati ottenuti e non sulle modalità operative; se tutto questo si realizzasse, si potrebbe ottenere una gestione unitaria di ciascun sistema sanitario regionale pur nel rispetto dell'autonomia delle singole aziende che ne fanno parte.

A nostro modo di vedere, però, il punto nodale e forse debole di tale processo di regionalizzazione risiede proprio nel complicato intreccio di rapporti che si instaurano tra la regione ed i singoli enti, soprattutto nel caso non infrequente in cui gli interessi delle due parti sono nettamente in contrapposizione tra di loro. Resta difficile, quindi, almeno nell'immediato futuro, immaginare un intervento da parte delle singole regioni limitato alla sola atti-

vità di programmazione e controllo che non invada, invece, il campo di autonomia delle neo-costituite aziende sanitarie ed ospedaliere.

E proprio il fenomeno dell'aziendalizzazione delle ex unità sanitarie locali costituisce, come premesso, il secondo fronte d'azione della riforma del sistema sanitario nazionale.

Tale processo di aziendalizzazione, al di là dell'aspetto meramente formale dell'attribuzione della personalità giuridica alle ULSS ed agli ospedali con tutto quanto ne discende in termini giuridici, si è realizzato in particolare nella caratterizzazione a ruolo di protagonista del direttore generale e nell'introduzione nell'attività sanitaria di alcuni meccanismi di mercato fino ad ora tipici delle sole aziende private.

Il direttore generale, organo che sostituisce il vecchio comitato di gestione, rappresenta infatti in tutto e per tutto l'azienda gestita ed ha un elevato margine di autonomia nella definizione e nella realizzazione dell'attività aziendale.

Se, però, da una parte tale aspetto comporta indubbiamente notevoli vantaggi sul versante della velocità e della snellezza del processo decisionale, dall'altra, affidare ad un'unica persona la gestione in toto dell'intera azienda significa fare dipendere da questi l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari e quindi demandare al direttore generale stesso il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, anche quando queste figure non hanno la preparazione, soprattutto culturale, se non l'impostazione professionale per gestire secondo i principi economici un ente così complesso e problematico quale un'USL è.

Altro aspetto del processo di aziendalizzazione, abbiamo accennato sopra, è costituito dall'introduzione negli enti in questione di alcuni meccanismi di mercato, tra i quali degno di rilievo è il tentativo di ciascuna azienda di diventare competitiva nei confronti delle altre aziende sanitarie ed ospedaliere, virtualmente delle concorrenti, in modo tale da servire popolazione anche al di fuori del proprio bacino d'utenza di competenza con lo scopo di aumentare l'ammontare delle proprie entrate tramite il meccanismo della mobilità sanitaria.

Tutto ciò, se da una parte rappresenta un valido strumento per incrementare l'efficienza e l'economicità dell'attività sanitaria, dall'altra rischia di far perdere di vista le reali esigenze dell'utente delle strutture sanitarie e di non soddisfarne il reale bisogno di salute.

Infine, a prescindere dai singoli casi, riteniamo fermamente che, pur parlando di aziendalizzazione, di responsabilità e di quant'altro, siamo pur sempre in presenza di organizzazioni pubbliche che, proprio per le finalità istituzionali per cui sono sorte e che devono soddisfare, mai potranno essere trasformate in aziende alla stregua di quelle operanti nel mercato privato, anche se ciò non toglie che vi possano essere introdotti, come si è cercato di fare e si sta cercando, degli strumenti adatti a migliorarne la gestione; tutto ciò, però, richiederà tempi molto lunghi e forti motivazioni da parte di chi opera nel settore della sanità pubblica.

*Tesi di laurea presentata all'università «L. Bocconi». Corso di laurea in Economia aziendale, A.A. 1994-1995. Relatore Elio Borgonovi*

## **IL CONTRIBUTO DELLE DIFFERENTI CULTURE NELLA PROGETTAZIONE DEL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELLE AZIENDE SANITARIE**

**di Federico Lega**

Il riordino in senso aziendalistico del SSN dettato dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni, ha fortemente rivalutato i sistemi di programmazione e controllo (P&C) nell'ambito sanitario. Le aziende sanitarie si trovano oggi nella necessità di attivare sistemi informativi in grado di fornire adeguate risposte a nuove esigenze gestionali, riconducibili sia all'obiettivo di pervenire ad un equilibrio di bilancio di esercizio, sia alla necessità di re-

cuperare la qualità clinica e alberghiera del servizio offerto, come richiesto dall'opinione pubblica e dai media (si ricorda il fenomeno, peraltro sovrastimato, della «malasanità»). Il fallimento dei sistemi di contabilità analitica sperimentati a metà degli anni '80 in diverse realtà sanitarie del nord Italia, dovuto in parte alla logica adottata di ripiano finanziario a piè di lista (premiante ingiustamente le strutture incapaci di controllare e ridurre i propri consumi), ma soprattutto dovuto alla incapacità del sistema di modificare le logiche decisionali degli operatori sanitari, che per deontologia professionale rifiutavano a priori di considerare le eventuali implicazioni economiche dell'attività clinica, richiede un ripensamento della metodologia di progettazione del sistema di P&C. Essa era vista nel passato come un problema statico di configurazione strutturale-technica ed informatica degli strumenti di controllo, ma poiché la finalità ultima dei sistemi di P&C è di guidare ed orientare i comportamenti degli operatori aziendali, il problema si deve porre oggi anche in termini di processo, cioè di gestione del cambiamento organizzativo indotto dall'adozione di concetti e criteri manageriali nella cultura professionale prevalente nella struttura sanitaria. L'adozione della prospettiva organizzativa sopra accennata, ha condotto all'individuazione di tre contributi: 1) professionale; 2) manageriale-aziendale; 3) del paziente, ritenuti rilevanti in sede di progettazione degli strumenti informativi aziendali e corrispondenti agli attori che interagiscono nel funzionamento delle strutture sanitarie.

1) *Il contributo manageriale-aziendale.* I medici, utilizzatori delle informazioni prodotte dal sistema di P&C, definiscono il fabbisogno conoscitivo su cui costruire un sistema informativo atto a svolgere correttamente la funzione di supporto all'attività operativa clinica e gestionale. L'analisi di tale fabbisogno ha evidenziato il problema della scarsa significatività delle informazioni prodotte dai sistemi tradizionali per centro di costo, tuttora indispensabili per la responsabilizzazione economica interna. Infatti, le informazioni quantitative-finanziarie da essi elaborate, soddisfano le esigenze dei «vertici aziendali», senza però fornire indicazioni utili nel controllo operativo delle singole unità intraziendali, per la cui gestione è fondamentale conoscere oltre al quanto anche il come ed il perché le risorse sono state assorbite nello svolgimento dell'attività. La soluzione di questo squilibrio informativo comporta un progressivo affinamento degli attuali strumenti del controllo, a partire dalla definizione di un sistema di indicatori di tipo fisico-tecnici utile a valutare le condizioni materiali di funzionamento delle unità sanitarie operative, per giungere all'introduzione di logiche di gestione per processo attraverso gli strumenti del controllo di gestione per profilo di cura e del sistema di Activity Based Management (ABM). Per questi strumenti l'oggetto del controllo si concretizza nel processo di erogazione della prestazione sanitaria definito, per il primo, in funzione dell'assorbimento di risorse, e per l'ABM in maniera più completa ed analitica dal percorso compiuto dal paziente all'interno della struttura, ricostruito per attività. Queste informazioni consentono di attivare logiche di controllo fondate sulla valutazione degli eventuali scostamenti tra singolo caso e profilo di cura standard o percorso di riferimento definiti su base storica, che con l'ABM offrono vantaggi superiori in quanto permettono il contenimento e monitoraggio dei costi attraverso azioni sulle attività, cause «prime» di generazione dei costi stessi.

2) *Il contributo professionale.* Chiarito il fabbisogno informativo da soddisfare, è compito dei responsabili (interni/esterni) del controllo di gestione:

— configurare il sistema di P&C, valutando quali strumenti adottare in relazione alle caratteristiche strutturali, organizzative e culturali dell'azienda;

— diffondere tra gli operatori sanitari la cultura manageriale, da cui dipende un effettivo utilizzo del sistema, e fornire le indicazioni per la gestione delle variabili (tempo, potere organizzativo, ruoli di gestione, resistenza) rilevanti nel processo di cambiamento indotto dall'attivazione del sistema di controllo.

3) *Il contributo del paziente.* Col passaggio del ruolo del paziente da amministrato a cliente, le crescenti aspettative in termini di qualità del servizio e l'emanazione della «Carta dei Servizi Sanitari Pubblici» impongono l'adozione di standard qualitativi, di efficienza ed efficacia minimi, che occorre monitorare adeguatamente. Pertanto il paziente, imponendo il controllo della variabile qualità, contribuisce indirettamente alla configurazione degli strumenti informativi.

Concludendo, si può affermare che le prospettive future nel campo dei sistemi di P&C applicabili in Sanità sono incoraggianti. La percezione della necessità di innovare si sta diffondendo tra operatori sanitari e responsabili del controllo di gestione e le esperienze sperimentali finora avviate nell'azienda ospedaliera «Molinette» di Torino (profilo di cura) e nell'azienda ospedaliera di Parma (ABM) forniscono valide indicazioni da estendere presto in altre realtà sanitarie italiane, a patto che i vertici delle aziende sanitarie coinvolte siano disposti ad investire nella necessaria formazione del personale ed informatizzazione delle strutture operative.

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Le pagine di *Mecosan* sono aperte al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari. I contributi devono essere originali e avere contenuto innovativo, ma soprattutto devono essere in grado di favorire la diffusione della cultura economica e manageriale nella sanità italiana, migliorando le capacità gestionali di coloro che operano sul campo e offrendo nuove indicazioni per le attività di ricerca e sperimentazione. Gli autori sono tenuti a rispettare le seguenti norme editoriali nella preparazione e nell'invio dei contributi.

### *Uso delle maiuscole*

Scrivere sempre in carattere minuscolo le cariche, i titoli di studio e simili, i nomi di popoli, i nomi generici di enti e organi istituzionali. Le sigle vanno scritte con la sola iniziale maiuscola (esempio: U.s.l., S.s.n. etc.).

Per la denominazione per esteso di società o enti, usare la maiuscola solo per il primo termine.

### *Tabelle, figure e formule matematiche*

Tabelle e formule matematiche devono essere dattiloscritte e prive di correzioni che ne rendano difficile la comprensione.

Le tabelle e i grafici devono essere richiamati nel corso dell'articolo con riferimenti puntuali, e devono essere corredati di una didascalia analitica che permetta di comprendere il significato senza ricorrere alla lettura del testo.

Le tabelle e i grafici vanno consegnati anche in copia cartacea.

### *Le note*

Le note devono essere il più possibile ridotte, in numero ed estensione, ed elencate alla fine dell'articolo (non a piè di pagina).

### *Cartelle*

Le cartelle si considerano di 30 righe e 60 battute per riga.

### ***Bibliografia***

I richiami bibliografici si devono effettuare con il sistema autore-data (non con numeri progressivi). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo secondo le modalità dell'esempio che segue:  
per i testi (Clerico, 1984) Clerico G. Economia della salute. Milano, Franco Angeli 1984;  
per gli articoli (Volpatto, 1990) Volpatto O. La privatizzazione dei servizi pubblici. Azienda Pubblica 1990; 2:243-252.

Per la sezione **SAGGI e RICERCHE** sono previsti articoli di lunghezza variabile tra le 15 e 30 cartelle. Deve essere allegato un abstract in lingua inglese, di lunghezza non superiore a 200 parole, che illustri i principali contenuti dell'articolo e ne anticipi le conclusioni. L'autore deve indicare almeno tre parole e non più di cinque parole chiave per la classificazione del proprio contributo. I resoconti di indagini e ricerche devono essere articolati secondo la scansione tradizionale: obiettivi, dati e metodologia, risultati, conclusioni.

Per la sezione **ESPERIENZE INNOVATIVE, LA SANITÀ NEL MONDO, SANITÀ, e IMPRESA** sono previsti articoli di lunghezza non superiore a 20 cartelle (non superiore a 15 per la sezione Sanità e Impresa). I riferimenti bibliografici se presenti, devono essere limitati a 10 per articolo.

I testi devono pervenire su disco magnetico, preferibilmente composto in Macintosh o in Microsoft Word per Dos o Windows, con allegata una copia cartacea preceduta da una prima pagina che indichi: nome e cognome di tutti gli autori (il primo sarà l'autore principale), istituzioni di appartenenza; indirizzo completo, numero di telefono e di fax dell'autore principale; titolo suggerito; sezione per la quale si intende proporre il contributo.

I contributi devono essere inviati all'attenzione di Mario Del Vecchio, presso la **redazione di Mecosan**, via Balilla, 18, 20136 Milano, tel. 02/5836.3132-3136 fax 02/89404523.

Tutti gli articoli pervenuti per la pubblicazione nella sezione «Saggi e Ricerche» saranno sottoposti al vaglio di almeno due referenti esterni accreditati. Per le altre sezioni il Direttore Scientifico può decidere di sottoporre i contributi semplicemente al vaglio della redazione.

Qualore risultasse mancante alcuno degli elementi descritti in queste istruzioni il contributo potrà essere scartato oppure integrato dalla redazione senza richiesta di consenso all'autore.

---

# Costo dell'abbonamento per l'anno 1996: L. 260.000

## MECOSAN

### CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato, l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere inoltre gli interessi di mora, nella misura del 2% (dueper cento) mensile, sul prezzo di abbonamento. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, per essere considerato immediatamente liberatorio, dovrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

Il prezzo di abbonamento per l'anno 1996 è fissato in:

**L. 260.000 per l'abbonamento ordinario**

**L. 500.000 per l'abbonamento sostenitore**

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%

per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%

per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%

per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina di L. 70.000).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Le richieste di mutamento di indirizzo vanno accompagnate da L. 1.000 in francobolli.

---

**La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.**

---

### ANNATE ARRETRATE

**Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:**

**Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) L. 200.000**

**Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) L. 200.000**

**Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) L. 200.000**

**Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) L. 215.000**

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di L. 692.750, anziché L. 815.000, e, nel caso siano richieste più copie, sarà praticato uno sconto particolare.**