

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Casese
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
Presidente Asdas

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale
Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione
Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

Redattori

Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

- edita da **SUPIS**, 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 1992
- fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.
- stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, tel. 0774381700, fax 0774381700
- spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma
- prezzo di una copia: € 50,00 (L. 96.814)

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

- è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;
- chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:
 - 1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da lire 100.000 a lire 4.000.000;
 - 2) azioni civili da parte di autori ed editori;
 - 3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da lire 1.000.000 a lire 10.000.000;
- fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

2 Quando razionalizzazione, privatizzazione, aziendalizzazione fanno rima con confusione

Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

9 Dirigenza e comparto: una rilettura del contratto nella prospettiva del knowledge management

Cristina Filannino

23 Un'indagine sulla diffusione di sistemi di risk management nelle aziende sanitarie. Il caso della Regione Marche

Lisa Cosmi, Sandro Fidani, Maria Grazia Palermi

43 La disponibilità a pagare per la qualità dell'aria: una stima per l'area metropolitana genovese

Barbara Cavalletti

55 I servizi socio-sanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda

Sara Cepolina

Sez. 3ª - Esperienze innovative

71 Il percorso del paziente in ambito territoriale: l'esperienza dell'Ausl 2 di Perugia

C. Brunello, D. Bovo, G. Casati, M.D. Giaimo, W. Orlandi, D. Ranocchia

95 Le preferenze dell'utenza nelle strategie di gestione degli ausili per incontinenza. L'esperienza della Ausl 2 di Lucca

Manuela Brusoni, Barbara Fazzi, Danila Garibaldi

107 Consumi di ossigeno: valutazione dell'attività assistenziale dell'Ausl Lecce 1

Luigi Cosentino, Pasquale Taurino

121 La valutazione della dirigenza nelle aziende sanitarie. Il modello del San Filippo Neri di Roma

Stefano Simonetti, Roberta Taurino

133 Il processo di graduazione delle funzioni nell'A.O. «Santa Maria degli Angeli» di Pordenone

Carlucci M., Marchesini F., Trua N., Pietrobon F.

147 Il bilancio delle aziende sanitarie pugliesi: l'introduzione del nuovo schema ed altri aspetti critici

Paolo Perrone

Sez. 6ª - Biblioteca

161 Novità bibliografiche

163 Bibliografia monotematica

QUANDO RAZIONALIZZAZIONE, PRIVATIZZAZIONE, AZIENDALIZZAZIONE FANNO RIMA CON CONFUSIONE

Elio Borgonovi

Accade sempre più spesso di sentire e di leggere affermazioni del tipo «l'aziendalizzazione nella sanità è fallita», «occorre razionalizzare il sistema sanitario per ridurre la spesa», «la trasformazione degli Irccs e degli ospedali in Fondazioni significa una auspicabile (per alcuni), inaccettabile (per altri) privatizzazione della sanità». Tuttavia, spesso accade che le soluzioni proposte da chi dichiara fallita l'aziendalizzazione siano la valutazione dell'efficacia delle cure, l'eliminazione dei trattamenti impropri, la maggiore autonomia decisionale dei medici e degli altri professionisti della salute con la piena assunzione delle loro responsabilità, concetti questi che fanno parte del modello e della logica aziendale. Chi sostiene o chi contesta la soluzione delle trasformazioni in Fondazioni delle aziende pubbliche lo fa ricorrendo ad argomentazioni di «principio» non di rado contraddittorie o perlomeno astratte. Chi sostiene la razionalizzazione spesso parte da obiettivi che si devono ritenere perlomeno parziali (riduzione dei costi unitari dei servizi e/o della spesa complessiva delle aziende, delle regioni o dell'intero sistema) e fa riferimento solo ad alcuni elementi del sistema sanitario (esempio l'eliminazione della duplicazione dei servizi).

Per cercare di contribuire a dare un ordine sistematico ai modelli concettuali e agli strumenti utilizzati e,

soprattutto, per chiarire che occorre tenere distinti i contenuti relativi a teorie, paradigmi concettuali, modelli di riferimento, strumenti della valutazione degli stessi e, soprattutto, dalle «preferenze» (personali, tecniche, ideologiche e politiche) appaiono necessarie alcune puntualizzazioni.

Per razionalizzazione si deve intendere l'insieme dei processi tramite cui si cerca di orientare i comportamenti di diversi soggetti che governano la domanda e l'offerta in sanità verso «scelte razionali». Al fine di eliminare qualsiasi equivoco, va subito precisato che è ben noto a chi scrive che:

1) il criterio di «razionalità» nel campo della tutela della salute non è sempre ben definito e, comunque, è per sua natura multidisciplinare e multidimensionale e perciò non riconducibile ad indicatori e a parametri univoci e semplicistici;

2) la razionalità è comunque «limitata», ossia è condizionata da fattori di vario tipo quali la cultura, le abitudini, il sistema di interessi reali (economici, di status, di potere) che ruotano attorno alla sanità, i vincoli istituzionali (leggi, regolamenti e altri atti formali), gli obiettivi politici in quanto le scelte nel campo della tutela della salute influenzano in misura determinante il consenso;

3) la «razionalità» (scientifica, tecnica, economica) non è l'unico cri-

terio che guida le scelte delle persone e spesso non è nemmeno il criterio più importante: l'emotività, la paura e la speranza, l'umanità e l'etica sono altri principi-criteri che hanno un peso determinante, specie in sanità.

In particolare si sottolinea che la razionalità non è il principio-criterio unico e dominante in sanità sia nel caso in cui si assuma una prospettiva analitica e positivista (osservazione e interpretazione di ciò che accade nel concreto, dei processi decisionali reali) sia nel caso in cui si assuma una prospettiva normativa (ciò che «dovrebbe essere», le logiche secondo cui «dovrebbero» essere assunte le decisioni). Comunque, a parte queste considerazioni, si può osservare che auspicare o perseguire la razionalizzazione del sistema non vuol dire affatto richiedere interventi atti a contenere i costi e/o la spesa. Al contrario questa indicazione può riguardare diversi livelli e diversi soggetti.

Può essere inteso come richiamo ai pazienti a utilizzare farmaci solo quando essi sono realmente necessari e a non «abusare» del diritto all'assistenza farmaceutica. Ad esempio richiamare al principio razionale (ed anche etico) di «non acquistare farmaci in eccesso» rispetto alle esigenze «solo perché sono gratuiti» e nemmeno «per avere una riserva che tranquillizza» perché la maggiore spesa farmaceutica che è determinata da ta-

li comportamenti (rispetto alle necessità di cura) può determinare:

a) una minore spesa, a parità di finanziamento pubblico o privato per la sanità, destinabile a soddisfare altri bisogni di salute;

b) l'orientamento verso politiche di ticket o di altre forme di compartecipazione dei pazienti che possono impedire alle persone a basso reddito di soddisfare propri bisogni magari essenziali.

La mancanza di razionalità e di autocontrollo nella prescrizione, la ricerca della massima sicurezza tramite accertamenti non previsti dai normali «protocolli diagnostici e terapeutici», il problema di ipocondria che determina accertamenti finalizzati ad escludere l'esistenza di malattie che si teme di avere sulla base di sintomi (o presunti tali) di cui si esagera l'importanza (dolori, ecc.) non solo è causa di aumento della spesa con gli effetti appena ricordati, ma può determinare anche:

a) l'avvio di procedure diagnostiche pericolose per la salute (ad esempio il manifestarsi di «falsi positivi» che possono consigliare ulteriori accertamenti e la somministrazione di terapie inutili che a volte sono invasive e comunque dannose per la salute);

b) l'occupazione di posti letto in ospedale o l'utilizzo di attrezzature e apparecchiature che non possono essere usate tempestivamente per accertamenti di altri pazienti.

Una parte delle code e dei lunghi tempi di attesa è causato da un uso improprio della «capacità di offerta dei servizi sanitari» da parte di pazienti che non si preoccupano di razionalizzare i propri comportamenti con riferimento alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Auspicare e perseguire la razionalizzazione significa, in secondo luogo, chiedere una corretta informazione con riguardo ai problemi di salute e al

funzionamento del sistema sanitario. Se, ad esempio, cedendo eccessivamente alla logica della «notizia che fa audience dei media o aumenta la vendita dei giornali» si dà risalto ad episodi dovuti ad errore umano attribuendoli «all'inefficiente funzionamento del sistema sanitario» si possono determinare pressioni dell'opinione pubblica che possono portare:

a) ad introdurre controlli preventivi generalizzati che aumentano i ritardi o causano un peggioramento della qualità della sanità e non un miglioramento come desiderato;

b) ad adottare misure di sicurezza ad elevato costo che, nel caso ad esempio di eventi rarissimi, probabilmente non serviranno mai e, anche quando determinassero la prevenzione di tali eventi, avrebbero un rapporto benefici (di salute)-costi bassissimo e tale da non giustificare, a volte nemmeno sul piano etico, la loro esistenza (è il caso di misure di sicurezza che servissero ad impedire danni ai pazienti non gravi con costi di centinaia di migliaia di euro che, si ricorda, significano risorse sottratte ad impieghi alternativi).

Ma il richiamo alla razionalizzazione dell'informazione significa anche richiamare l'esigenza di dare notizie sull'apertura di nuovi servizi o sui buoni standard di tutela della salute di alcune strutture (ad esempio in aree geografiche caratterizzate da livelli di qualità dei servizi) che evitano o riducono la «mobilità sanitaria» che, oltre ai costi economici aggiuntivi, determina costi psicologici e sociali rilevanti (la sofferenza e il senso di solitudine dei pazienti lontani da casa e dei parenti che li seguono per assisterli e confortarli);

Altro aspetto di razionalizzazione dell'informazione riguarda il modo e i tempi con cui sono diffuse notizie sulle scoperte scientifiche. Essi dovrebbero essere tali da evitare, pur tenendo

conto delle semplificazioni imposte dal linguaggio «divulgativo» e finalizzato a «suscitare interesse», l'insorgere di attese irrazionali e di infondate speranze in pazienti colpiti da determinate malattie gravi. Attese e speranze illusorie circa l'esistenza di trattamenti che ancora non esistono possono innescare «speculazioni economiche» che alimentano un aumento della spesa inutile, non importa se pubblica o privata e, non di rado, un eccesso di valutazioni negative e di critiche verso il sistema sanitario.

Il perseguimento della razionalizzazione riguarda poi il comportamento degli organi responsabili delle decisioni di programmazione della struttura di offerta, significa chiedere che la distribuzione dei finanziamenti, sia per la gestione corrente che per gli investimenti e lo sviluppo di nuovi servizi, avvenga non sulla base della spesa storica, né sulla base di astratti concetti di «priorità dei bisogni» (che spesso diventano scelte ideologiche), né sulla base di «intuizioni» o convincimenti creati attraverso una conoscenza diretta della realtà (come spesso affermano alcuni che visitano molte strutture sanitarie, incontrano migliaia di operatori e di pazienti, ecc.), ma sulla base di dati sistematici, verificati e significativi e sulla base di previsioni sulle esigenze future realizzate con metodi significativi. In questo caso chiedere un più elevato livello di razionalizzazione non significa affatto «chiudere ospedali per ridurre la spesa», come spesso purtroppo affermano sia coloro che propongono soluzioni di questo tipo, sia coloro che vi si oppongono con motivazioni culturali, sociali, affettive (certi ospedali sono l'espressione dell'attenzione che in passato certe comunità hanno dedicato alla tutela della salute), ma significa riconvertire strutture dedicate a ricoveri per patologie acute (in diminuzione), in strutture dedicate a lungo-

degenza di persone non autosufficienti (malattie cronico-degenerative e anziani non autosufficienti), promuovere con adeguati criteri di finanziamento l'avvio di servizi sanitari sul territorio o a domicilio (possibilmente integrati con servizi socio-assistenziali), trasformare strutture di diagnosi e cura, in strutture che erogano servizi diagnostici senza ricovero. Infatti, oggi il «collo di bottiglia» dell'assistenza sanitaria, i tempi lunghi e i ritardi nell'erogazione dei servizi riguardano le prestazioni di diagnosi precoce da un lato e la carenza di assistenza per i lungodegenti dall'altro.

Razionalizzare non significa «concentrare l'assistenza per ottenere economie di spesa», come spesso si sente dire e si legge, ma vuol dire «concentrare le attività che richiedono elevati investimenti in tecnologie, competenze specialistiche, altre risorse» e operare in modo da utilizzare intensamente tali strutture per ottenere il recupero degli investimenti effettuati. Vuol dire promuovere e realizzare contemporaneamente interventi di segno opposto, che sono guidati dal criterio di «portare i servizi (la risposta ai problemi di salute) in modo più capillare verso i pazienti».

Infine, razionalizzazione non è concetto che si correla automaticamente alla dimensione della spesa dedicata alla salute, anche se occorre riconoscere che purtroppo tale correlazione viene spesso esplicitata in documenti, indirizzi e decisioni di programmazione, ma vuol dire applicare «al meglio» le conoscenze scientifiche, tecnico-tecnologiche, organizzative esistenti. Il dimensionamento della spesa è decisione di altro tipo che riguarda le priorità attribuite da una comunità e dagli organi che la rappresentano, ai vari bisogni per cui la razionalizzazione può (e in molti casi anzi dovrebbe) essere correlata ad un aumento della spesa, perché si persegue il ri-

sultato di un miglioramento del rapporto benefici-costi. Ciò del resto è quanto avviene anche in molte imprese che possono uscire da situazioni di crisi solo tramite interventi congiunti di razionalizzazione-investimenti che consentono di recuperare competitività, laddove le imprese che agiscono solo sulla razionalizzazione senza avere la possibilità di effettuare investimenti finiscono per scomparire. Non si può tuttavia negare che, spesso, nel settore pubblico e in particolare in quello della tutela della salute, si è riusciti a far accettare l'esigenza di razionalizzazione e a modificare comportamenti consolidati da anni, solo quando si sono imposte riduzioni di spesa o vincoli di bilancio. Il problema, per chi intende promuovere il cambiamento e l'innovazione nella sanità, è in questo caso simile a quello del medico che deve saper dosare adeguatamente i farmaci e le terapie per evitare di «eliminare la malattia, ma di uccidere o causare effetti collaterali negativi irreparabili per il paziente», che in questo caso sarebbe il sistema di offerta.

In questo periodo, un numero crescente di medici, di operatori della salute, di associazioni rappresentanti dei pazienti, di studiosi del sistema di tutela della salute afferma e cerca di dimostrare che «il modello aziendale adottato in Italia con le riforme degli anni '92 e '93 è stato un fallimento e va quindi abbandonato e superato». Senza entrare nel merito dei dati portati a sostegno di tale valutazione critica, sembra che le due argomentazioni essenziali su cui si basa la tesi del fallimento possano essere riassunte nei seguenti termini:

a) il modello aziendale ha privilegiato criteri di scelte economiche che hanno impedito di tenere conto dei reali bisogni di salute della popolazione;

b) la logica e i criteri aziendali hanno ridotto l'autonomia e la professionalità degli operatori;

c) il modello aziendale non è nemmeno riuscito ad ottenere alcuni dei suoi obiettivi primari, il pareggio dei bilanci delle aziende sanitarie e la copertura dei disavanzi «a consuntivo» delle regioni e dell'intero sistema.

Ma se poi si considerano alcune delle linee suggerite da questi critici ci si accorge di una profonda contraddizione. Infatti, essi sostengono che:

1) occorre privilegiare i bisogni di salute reale e non i costi, ma la teoria afferma che «l'azienda esiste per soddisfare i bisogni e non per produrre beni e servizi» e che le analisi e le indicazioni finalizzate alla «buona gestione aziendale» pongono la «corretta analisi dei bisogni reali (e non solo della domanda)» e «il continuo monitoraggio e l'analisi della soddisfazione di chi utilizza i beni e i servizi prodotti» come elementi essenziali, irrinunciabili;

2) occorre valorizzare il ruolo dei «professionisti» (medici, bio-ingegneri, biologi, tecnici, ecc.) che devono poter adottare le risposte alle diversità e specificità di ogni paziente: ma la teoria individua «l'azienda come sistema dei processi tecnici ed economici i cui risultati dipendono principalmente dalla qualità e dalla valorizzazione delle competenze e della professionalità riguardanti lo svolgimento dei processi tipici di ogni settore», nel caso specifico le conoscenze e le professionalità riguardanti la tutela della salute;

3) occorre salvaguardare l'autonomia decisionale dei professionisti e ridare loro la propria responsabilità sul paziente: ma le teorie dicono che «le aziende ben gestite sono quelle che hanno sistemi in grado di attribuire le responsabilità per le funzioni, i compiti e i risultati alle persone che compiono gli atti, svolgono le

funzioni e perciò condizionano i risultati» (quello che vogliono i professionisti);

4) occorre lasciare la flessibilità di adattare le risposte alle specifiche condizioni dei pazienti: ma le teorie indicano «che nelle aziende occorre esplicitare o codificare i processi che rappresentano il consolidamento delle conoscenze, competenze ed esperienze di molti operatori che svolgono le stesse funzioni onde evitare che ognuno agisca in modi già dimostratisi inefficaci e inefficienti (sono i protocolli di indirizzo diagnostico terapeutico e riabilitativo, di frequente automatizzati, che sono spesso criticati e considerati lesivi dell'autonomia professionale), imponendo a chi si discosta dalle conoscenze consolidate di farlo per migliorare i risultati (e non per dare servizi peggiori come spesso accade in chi propugna la sua piena libertà) e dando ragione, motivando gli scostamenti»;

5) occorre premiare i professionisti preparati, motivati e capaci di garantire la migliore qualità dell'assistenza: ma le teorie indicano che «costituiscono elementi essenziali della gestione aziendale i sistemi di programmazione e verifica-controllo dei risultati che hanno proprio lo scopo di individuare (e, se ci sono le condizioni, di premiare) coloro che dimostrano con dati oggettivi di sapere ottenere i migliori risultati di salute»;

6) occorre evitare la standardizzazione dei processi e la logica tayloristica dei «tempi e metodi»: ma le teorie indicano «che mentre nelle aziende manifatturiere la standardizzazione dei processi consentiva di ottenere prodotti con identiche caratteristiche e a costi migliori, nelle aziende di servizi tale logica è controproducente in quanto in tali aziende il successo è collegato al contenuto relazionale e alla capacità di adattare

contestualmente il servizio alle esigenze del destinatario interagendo con esso»;

7) occorre dare più spazio alla ricerca: ma le teorie dicono che «l'azienda è un sistema destinato a perdurare nel tempo e che ciò può avvenire non solo se si è in grado di rispondere ai bisogni attuali, ma se si è in grado di sviluppare conoscenze che anticipano i bisogni futuri, ossia se si dà adeguato spazio e dignità alla ricerca».

Si potrebbe continuare con molti altri esempi, ma è possibile dare giudizi molto chiari:

1) chi critica il modello aziendale spesso non lo conosce o lo rifiuta «a priori» sulla base di ideologie politiche o tecniche;

2) oppure ciò che in effetti si critica non è il modello aziendale, ma la concreta applicazione che di esso è stata data da persone che, a loro volta, incompetenti o culturalmente rigide, hanno ridotto il modello aziendale al pareggio di bilancio, alla riduzione dei costi, alla introduzione di procedure da applicare in modo rigido;

3) oppure qualcuno critica e contesta il modello aziendale perché rifiuta il principio secondo cui l'autonomia del «professionista» non è un valore assoluto da difendere in sé, ma un valore da tutelare a condizione che si sottoponga alle verifiche di efficacia, efficienza, realistica e fattibilità tecnica e organizzativa, sostenibilità sul piano delle risorse disponibili imposte dal modello aziendale.

Quali conclusioni si possono trarre dall'analisi svolta, a parte la messa in evidenza della grande confusione che spesso si fa non distinguendo tra modelli logici (teorie), strumenti, comportamenti reali, condizioni nelle quali si applicano certe teorie e certi concetti?

Primo. Nel nostro Paese spesso si privilegiano le parole rispetto ai fatti. Si è parlato per dieci anni di processo di aziendalizzazione nella sanità, i richiami a questo modello sono stati inseriti forse anche in eccesso, nella normativa, ma le esperienze realizzate, alcune anche estremamente positive, non sono state sufficienti a far comprendere l'essenza di tale modello.

Secondo. Alternativamente, si potrebbe dire che, al di là delle apparenze, la logica è entrata profondamente nel sistema. Tale interpretazione ha un certo credito se è vera la tesi che si è cercato di dimostrare, che i critici del «modello aziendale», spesso propongono soluzioni che sono proprio figlie di tale modello.

Terzo. Si potrebbe allora dire, assumendo il ruolo dell'ottimismo che porta a considerare sempre il «bicchiere mezzo pieno e non mezzo vuoto», che proprio oggi, in un periodo in cui le critiche al modello aziendale stanno diventando sempre più frequenti e articolate, si è aperta la reale possibilità di una sua applicazione sostanziale. Se ne parlerà di meno e lo si farà in modo critico, ma gli strumenti aziendali (programmazione, controllo, sviluppo della professionalità, analisi dei bisogni e dell'impatto degli interventi, sistemi integrati di indicatori di efficacia, efficienza, economicità, ecc.) saranno applicati in modo più esteso e finalmente sostanziale.

Quarto. Assumendo invece l'ottica del pessimista, si potrebbe dire che le applicazioni distorte e strumentali del modello aziendale (prevalentemente per contenere la spesa), le incertezze create nel periodo della definizione e applicazione della legge 229, le oggettive difficoltà del settore della salute che richiedeva (e richiede) di coniugare in modo innovativo il modello

generale dell'azienda secondo la fattispecie avanzata «dell'azienda di servizi ad elevata personalizzazione» e non trasferendo modelli delle aziende manifatturiere o di servizi standardizzabili, hanno fatto perdere al Paese un'altra occasione preziosa. Si considera superato, e quindi si rifiuta, ciò di cui si è sperimentato solo una piccola parte.

Quinto. Le critiche, forse, vanno fatte non alle teorie e ai modelli logici (oggi quello aziendale), ma al ritardo con cui si passa dai concetti alle messe a punto e all'utilizzo degli strumenti. Certamente il modello aziendale non può essere la soluzione dei problemi del sistema di tutela della salute, ma solo uno dei contributi che, insieme a quelli di altre discipline, può migliora-

re la capacità di governare un fenomeno appunto interdisciplinare. Questo peraltro è sempre stato sostenuto dalle colonne di Mecosan. Ma se non si sperimenta si rischia di entrare in un «circolo vizioso» logico ed operativo. Si criticano in modo «astratto» modelli che restano «astratti» e che perciò possono anche essere presentati in modo distorto.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

DIRIGENZA E COMPARTO: UNA RILETTURA DEL CONTRATTO NELLA PROSPETTIVA DEL KNOWLEDGE MANAGEMENT

Cristina Filannino

SDA - Università «L. Bocconi» - Milano

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Scelte di politiche del personale nel contratto della dirigenza e nel contratto del comparto - 3. Conclusioni.

The competitive advantage of all health companies is based on the integration of different professional components and is favoured by a unitary human resources policy. The presence of homogenous personnel management policies for this «intangible capital» makes the corporate unity concept even stronger and the internal organisational processes more coherent. The united reading of some contractual institutes from the Management and Divisions allows strategic choices to be pursued regarding human resources based on multi-professional integration (team-mixes), collaboration in view of attaining set goals, the diffusion of «Knowledge and know-how culture» and the company mission which inspires the everyday management of departments, districts, services and the actions of professionals.

1. Premessa

Il *management* nella sanità pubblica italiana è un elemento centrale per il cambiamento delle Aziende sanitarie e per il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficienza ed economicità, tanto che le diverse riforme del Ssn pongono sia la classe dirigente, i quadri intermedi, e i *professional*, sia gli strumenti gestionali alla base del funzionamento del sistema sanitario.

Scelte gestionali adeguate fanno sì che risorse assistenziali di qualità appropriata si trovino nella quantità giusta e al momento giusto laddove ve ne sia la necessità, anche se il loro corretto ed efficace utilizzo dipenderanno solamente dalle capacità degli operatori a cui è affidato il compito di assistere il paziente cui sono destinate.

Essendo le organizzazioni sanitarie aziende di servizi alla persona (1), nelle quali l'ormai nota relazione operatore-utente e le caratteristiche/professionalità dei suoi professionisti sono due tra i principali fattori che creano

vantaggio competitivo rispetto ad altre aziende sanitarie, molti studi organizzativi stanno orientando i propri ambiti di ricerca verso il cosiddetto «capitale intangibile o capitale intellettuale» (2), ovvero verso il capitale umano che consente al sapere aziendale di produrre i suoi frutti.

Il capitale umano rappresenta il valore collegato al modo in cui le conoscenze e le capacità delle persone che operano stabilmente per l'azienda riescono a fornire soddisfazioni e soluzioni all'utenza/clientela, sia in forma diretta che indiretta, sia mediante singole prestazioni che mediante forme varie di servizio (3).

Tutte le aziende di servizi sono quindi realtà interessanti per studiare la concreta applicazione del *knowledge management* (KM), in quanto la diffusione della conoscenza ed il capitale intellettuale ne costituiscono principale patrimonio e «assets» determinanti per gli esiti gestionali (4).

Il *knowledge management* s'intreassa di come identificare e «cattura-

re» nel tempo il «sapere» e il «saper fare» di un'organizzazione, costruiti tramite competenze ed esperienze della risorsa umana. La gestione della «conoscenza organizzativa» del personale assume pertanto un ruolo importante nelle scelte presenti e future dell'azienda e nella creazione di competenze competitive sostenibili nel tempo.

La conoscenza non solo costituisce la base dell'attuale vantaggio competitivo dell'azienda sanitaria, ma si configura come chiave dinamica di sviluppo del futuro: come tale occorre preservarla e mantenerla e garantirne il costante arricchimento e rinnovamento attraverso la condivisione, l'integrazione dell'agire tra i professionisti e tra i professionisti e l'azienda.

La cultura della conoscenza in azienda è fondamentale in quanto l'utilizzo della gestione della conoscenza come leva strategica per migliorare l'efficienza, la produttività e la flessibilità aziendale in sanità consente di integrare gruppi professionali, di in-

novare e di creare le competenze distintive (*Resource based view* - RBV) del personale dirigente e del comparto (5).

La diffusione dell'informazione comporta un sempre maggiore orientamento ai risultati e una responsabilizzazione economica del personale, perseguibili mediante almeno due grandi investimenti che sono rivolti a cambiare dall'interno le organizzazioni sanitarie e che generano nel contempo il *know-how* organizzativo patrimonio dell'azienda su cui si devono fondare unitarie scelte di gestione aziendale:

— il primo investimento riguarda tutto il sistema di contabilità e di controllo di gestione (sistema budgetario), che dovrà essere disegnato in stretta coerenza con la strategia aziendale, integrando tutti i professionisti che concorrono a realizzarlo;

— il secondo concerne l'area della gestione delle risorse umane, in un'ottica di sviluppo professionale nell'ambito dell'organizzazione aziendale/dipartimentale o di unità operativa. Per quanto riguarda l'area della gestione delle risorse umane la sfida che porta ad un reale processo di aziendalizzazione si gioca prevalentemente a livello culturale, attraverso modifiche nei comportamenti manageriali degli operatori, e sul fronte dello sviluppo di strumenti idonei a selezionare, valutare e sviluppare le risorse presenti quale fattore «critico di successo» dell'organizzazione.

Risulta quindi evidente che tutte le scelte e gli strumenti di «direzione delle risorse umane» sono da sviluppare nell'ambito delle aziende sanitarie, perché è l'intera gamma di azioni volte alla valorizzazione del capitale umano che, alcune con maggior o minor enfasi di altre, concorre ad accrescerlo nel contesto lavorativo, sviluppandone le competenze individuali

necessarie al buon funzionamento della macchina organizzativa.

Se obiettivo principale dell'agire dell'azienda sanitaria è quello di rispondere ai bisogni di salute della collettività con efficacia, efficienza, economicità e qualità, le politiche sul personale, quale risorsa fondamentale per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, devono essere volte alla ricerca di questo connubio tra fabbisogni individuali e fabbisogni organizzativi, cercando di affrontare la delicata problematica dell'integrazione tra persona ed «azienda», con particolare riguardo alle capacità potenziali ed ai limiti che caratterizzano ogni individuo.

Stante questa premessa, tra le leve di gestione del personale la valutazione, in tutti i suoi ambiti di applicazione, è uno degli strumenti che a chi osserva i sistemi di gestione delle aziende sanitarie e l'orientamento strategico delle stesse in tema di risorse umane consente di rilevarne il grado di innovazione e di imprenditorialità, in un contesto in cui risulta sempre più evidente che le vere leve per affrontare il cambiamento e proporre «forti» ipotesi di ristrutturazioni e/o riorganizzazioni aziendali sono le persone, soprattutto se, ai vari livelli di responsabilità, maturano un forte orientamento al raggiungimento di risultati.

Proprio a seguito dei significativi processi di rinnovamento delle caratteristiche del «rapporto di lavoro» in uso nella Pubblica amministrazione (riforma del Pubblico impiego) e ai forti cambiamenti introdotti in sanità (riforma del Servizio sanitario nazionale ed avvio del processo di aziendalizzazione), i sistemi di direzione del personale hanno acquistato nella recente normativa uno spazio ed un peso notevole, tanto da essere sempre menzionati tra gli «obbligatorî adempimenti» in capo alle aziende (D.L.vo 502/92, D.L. 29/93, D.L.vo 229/99, D.L.vo 286/99), fino ad arrivare al-

l'ultimo Contratto collettivo nazionale del comparto sanità e della dirigenza medica e della dirigenza del ruolo sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo che ne hanno ulteriormente definito i contenuti, gli ambiti ed gli organi coinvolti (6).

In questo senso il contratto della dirigenza e quello del comparto del Servizio sanitario nazionale possono essere l'ulteriore occasione per rafforzare il significato del processo di crescita professionale e di valutazione delle *performance* degli operatori (dirigenti e non), attraverso la realizzazione di un sistema operativo utile a qualificare lo spazio di azione del *top* e del *middle management* nella gestione delle risorse umane, superando le logiche legate a criteri burocratici e garantistici nei confronti dei professionisti.

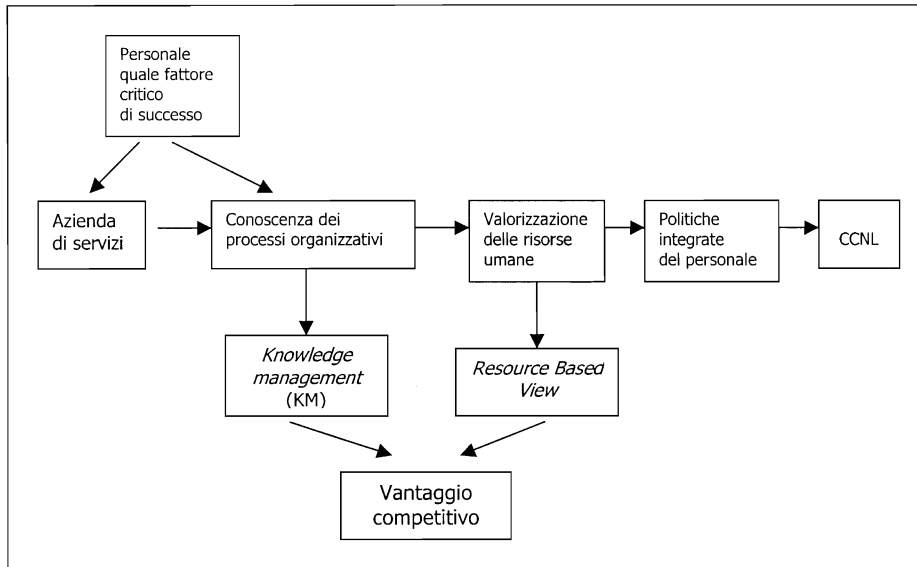
Si può quindi tranquillamente affermare che, nonostante alcuni istituti contrattuali rappresentino la base su cui definire la retribuzione (di risultato, di posizione) del professionista che lavora in sanità (indipendentemente dalla responsabilità di natura gestionale), i principi in essi sanciti sono validi a priori in quanto necessari per governare stabilmente e sistematicamente «un'organizzazione complessa composta da professionisti»; una complessità espressa sia in termini di relazioni organizzative che in essa si instaurano, sia in termini di risorse (materiali ed immateriali) governate.

La logica di quanto sin qui esposto, è sintetizzata dallo schema 1.

In linea generale, si può affermare che le strategie aziendali nel campo della gestione e dello sviluppo del personale, ricercate anche dai Ccnl, risultano velleitarie se non vengono elaborate pensando ad una forte interdipendenza con alcuni elementi, tra i quali:

1) il disegno delle strutture organizzative e la conseguente definizione

Schema 1



di chiari organigrammi (analisi e progettazione dei sistemi organizzativi);

2) la definizione di precise aree di responsabilità lavorative tecnico-specialistiche o di gestione di risorse umane e materiali (definizione di obiettivi e sistemi di controllo dei risultati, identificazione, graduazione e valutazione delle posizioni);

3) i risultati, i comportamenti organizzativi e gli stili di direzione (valutazione delle prestazioni e del potenziale);

4) il sistema premiante (retribuzione e sviluppo professionale),

in quanto non consentono di realizzare incisive sperimentazioni di decentramento delle responsabilità, frutto di soluzioni organizzative in linea con le scelte in tema di sviluppo delle conoscenze organizzative, di politiche del personale e, in questo caso, anche di flessibilizzazione della struttura, perseguibile differenziando responsabilità gestionali dalle responsabilità ad esclusivo contenuto di natura professionale.

Il sistema di programmazione e controllo (prima area di progettazione che prende forma sulla base di due

input fondamentali, vale a dire: le scelte strategiche che caratterizzano gli obiettivi aziendali, e le relative logiche organizzative che ne definiscono il modo di funzionamento) richiede che l'azienda sanitaria disponga dello strumento-*budget* ben funzionante, e che trasformi gli indirizzi dati dalla Regione alla Direzione generale in una propria strategia, organizzata in obiettivi diversificati ma coerenti (secondo il principio «della definizione a cascata degli obiettivi») (7), validi per tutte le componenti aziendali quali, ad esempio, l'area ospedaliera o l'area territoriale, ed in esse le diverse articolazioni organizzative.

La seconda area di progettazione dell'organizzazione si riferisce a come la stessa azienda sanitaria ha formalizzato e utilizza il sistema di governo delle risorse umane, con particolare riferimento sia all'attribuzione di obiettivi individuali o di gruppo che ai comportamenti richiesti e da mettere in atto nell'esercizio del proprio ruolo, che saranno poi oggetto di valutazione per molteplici scopi: dalla erogazione della parte variabile dello stipendio, alla conferma di incarichi/po-

sizioni organizzative, all'avvio di processi formativi.

La cerniera tra i due sistemi operativi, sostenuta più dalle regole di «buona organizzazione» (8) che dai dettami normativi, è rappresentata da come vengono definiti gli obiettivi aziendali (interiorizzati dalla dirigenza e trasmessi ai *professional*, sia per «migliorare la produzione» che i percorsi di maturazione professionale) e dall'impegno della direzione per motivare il personale, reso evidente anche dallo stile di *leadership* del dirigente e del quadro intermedio.

È importante notare come le due aree presentino molti punti di convergenza.

Il sistema di controllo di gestione, infatti, contempla aspetti di verifica del raggiungimento di risultati e di obiettivi sia di tipo quantitativo che di tipo qualitativo: da qui l'opportunità di creare una forte connessione tra la valutazione delle *performance* delle risorse umane e il sistema di controllo degli obiettivi e dei risultati di gestione.

2. Scelte di politiche del personale nel contratto della dirigenza e nel contratto del comparto

Il vantaggio competitivo di ogni azienda sanitaria che si fonda sull'integrazione delle diverse componenti professionali e sulla diffusione delle informazioni aziendali tra il personale, quale elemento distintivo nelle aziende sanitarie, è favorito da unitarie politiche aziendali sulla risorsa umana.

La presenza di omogenee politiche di governo del personale in grado di sviluppare nuove leve di gestione del «capitale intangibile», rende ancor più concreto il concetto di unitarietà aziendale e di coerenza interna dei processi organizzativi, pur senza dimenticare le naturali diversità dettate

dal differente contributo richiesto ai dipendenti in relazione al ruolo ricoperto e alle maggiori o minori responsabilità attribuite.

Nella Pubblica amministrazione il contratto di lavoro rappresenta per le aziende sanitarie uno strumento importante e vincolante nel predisporre politiche di sviluppo delle risorse umane; la lettura congiunta di alcuni istituti contrattuali della dirigenza e del comparto che presentano tratti assolutamente simili permettono di perseguire delle scelte strategiche sulla risorsa personale fondate sull'integrazione multiprofessionale nella risposta ai problemi di salute o ai problemi organizzativi, sulla collaborazione rispetto al raggiungimento dei risultati, sulla diffusione della «cultura della conoscenza» della *mission* aziendale alla quale si ispira la gestione quotidiana di dipartimenti, distretti, servizi nonché le azioni dei professionisti.

Da un'analisi dei contratti, le principali correlazioni potrebbero essere quelle mostrate nello schema 2.

A. Incarichi dirigenziali e posizioni organizzative/indennità di coordinamento del comparto

Parlare di incarichi da attribuire al personale significa non solo affrontare una parte significativa dei contratti, ma soprattutto analizzare e definire il ruolo attivo che ogni azienda viene ad avere nei confronti del proprio personale, caratterizzato dalla programmazione e gestione delle «carriere» e dall'individuazione ed utilizzo delle risorse finanziarie finalizzate alle carriere stesse. Avere un ruolo «attivo» significa disegnare i contorni della propria responsabilità (non delegabile ad altri), significa che le aziende individuano le «strategie» migliori per valorizzare il loro personale al fine di raggiungere i risultati desiderati e per

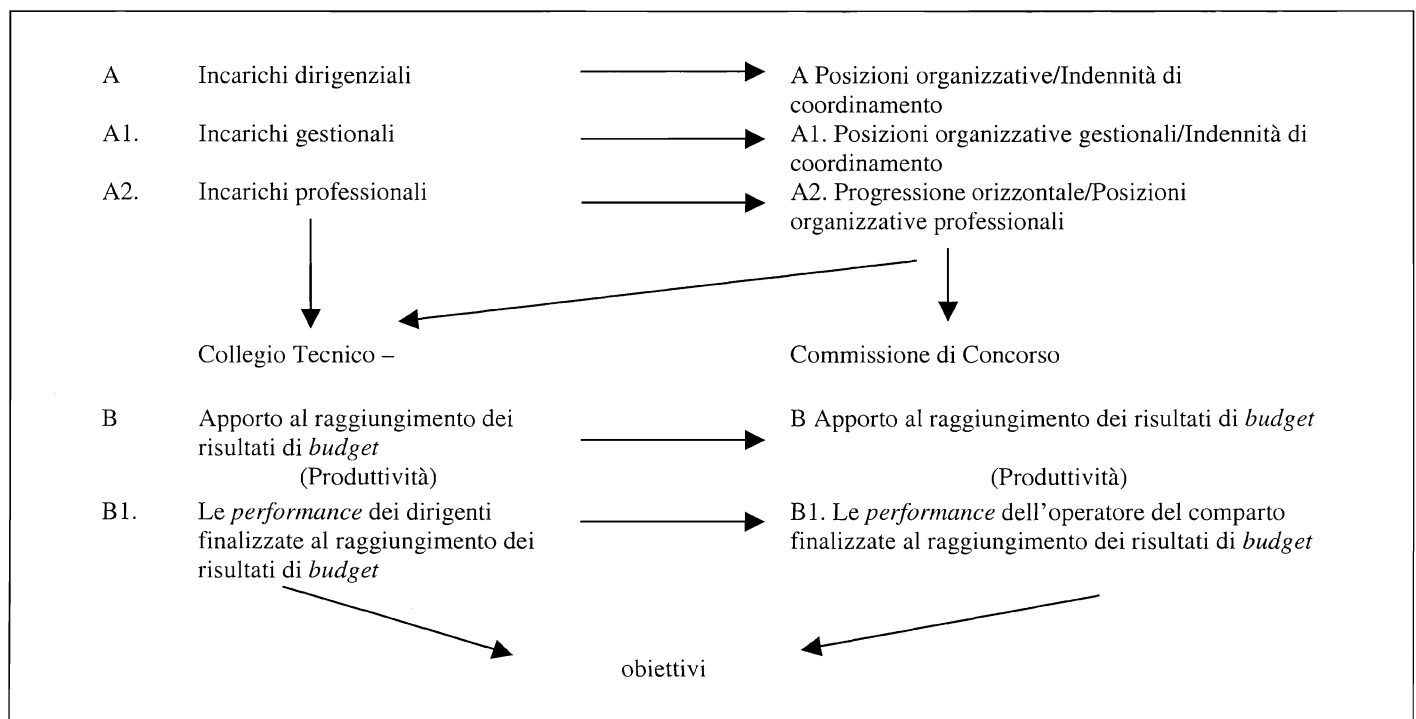
ben posizionarsi nel mercato dell'offerta dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda l'area dirigenziale, in via generale, si può considerare che la vita «lavorativa» del dirigente nell'ambito del dipartimento/distretto/servizio può avere ambiti di responsabilità diversi, a contenuto gestionale o di carattere professionale.

Su questo tema, in particolare modo per il dirigente medico-veterinario o di area sanitaria, ci sono però due diversi punti di vista:

a) una prima linea di pensiero, pur riconoscendo che la professione del medico, del veterinario, del farmacista, ecc. è «una sola», ritiene che la stessa possa assumere prevalentemente la veste gestionale o la veste professionale in base al ruolo ricoperto in azienda. Entrambi gli aspetti possono essere presenti nella vita lavorativa del dirigente, ma devono risultare molto chiari e netti per essere ovviamente valutati con criteri differenti.

Schema 2



Qualora si accettasse questa soluzione l'azienda potrebbe costruire un sistema di valorizzazione degli incarichi tale da prevedere posizioni più remunerative per alcuni *professional* rispetto ad alcune tipologie di incarichi gestionali, pagando cioè «l'eccellenza tecnico-specialistica» nel periodo di permanenza nell'ambito professionale;

b) anche la seconda linea di pensiero ritiene che la professione del medico, del veterinario, del farmacista ecc. sia «una sola», ma è molto difficile separare il contenuto gestionale dal contenuto professionale del lavoro del dirigente. La valutazione del dirigente quindi presenterà sempre questa duplice dimensione, non potendo mai venire meno l'aspetto manageriale.

Va comunque sottolineato che la storia delle funzioni apicali in sanità si è contraddistinta fino ad oggi

— nella selezione di bravi «professional» per ricoprire ruoli gestionali

— per aver spesso inteso come «smi-nuente» essere solo un *professional* senza alcuna dichiarata responsabilità gestionale (9).

Pur in presenza delle problematiche espresse in questa premessa di non facile soluzione, il contratto della dirigenza medica-veterinaria e quello della dirigenza sanitaria e PTA pongono molta enfasi sulla attribuzione degli incarichi dirigenziali (come per altro nel precedente contratto), tanto da dedicarne alcuni specifici articoli nei quali si chiarisce il significato della graduazioni delle funzioni, le tipologie di incarichi previsti, i criteri di affidamento e revoca degli stessi, la verifica dei risultati correlati all'incarico. Le diverse aree di responsabilità associabili a contenuti lavorativi previsti dalle tipologie di incarico elencate nell'articolo 27 del Ccnl consentono di concretizzare la riflessione sopra esposta, ovvero la necessità di riconoscere, graduare ed attribuire incarichi

di direzione di struttura (complessa o semplice) ed incarichi di natura professionale, i quali prevedono sia una valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati sia una valutazione dei comportamenti aziendali/professionalmente richiesti.

Il raggiungimento dell'obiettivo prevede sia delle azioni finalizzate all'ottenimento di risultati (prestazioni) sia dei comportamenti correlati alla buona riuscita dell'azione stessa. La direzione per obiettivi, quindi, introduce nell'anno di gestione dell'azienda il concetto di «performance» del personale, vale a dire il connubio tra risultati attesi e comportamenti correlati al risultato (e non astrattamente validi) in virtù del ruolo o della posizione rivestita dall'individuo nell'organizzazione aziendale (10).

Stante questa osservazione metodologica, i comportamenti rappresentano ciò che una persona concretamente fa per svolgere il suo lavoro, quello che è possibile osservare nella sua realtà di tutti i giorni; non rappresentano le sue responsabilità o il risultato della sua prestazione.

Ciò che permette ad una persona di esprimere i comportamenti richiesti dal ruolo è la competenza, articolata in un sistema in cui interagiscono capacità, conoscenze ed esperienze finalizzate di un individuo.

Si può quindi notare che ogni comportamento è il risultato di una combinazione di capacità che assicurano la messa in atto del comportamento stesso; sono l'aspetto visibile e concreto del contenuto del lavoro della persona in quanto sono l'insieme delle azioni osservabili, messe in atto da un individuo, sollecitate dalla combinazione di contesto e di caratteristiche sue proprie.

Anche per il comparto, grazie ai recenti ordinamenti professionali ed al nuovo sistema classificatorio previsto

nel Ccnl 1998-2001, si è superato il precedente sistema di inquadramento del personale e se ne è introdotto un nuovo volto sia alla valorizzazione dell'autonomia organizzativa delle aziende che alle esigenze di crescita professionale dei dipendenti. Si delinea così un sistema di sviluppo delle carriere che può essere gestito secondo criteri meritocratici in rapporto alle politiche aziendali di maturazione continua della professionalità del personale.

Questo inciso ha sicuramente maggior valore per quelle figure del comparto che, a seguito dei numerosi cambiamenti introdotti dalla normativa (11), sono ormai considerati «professionisti», ovvero coloro che sulla base delle conoscenze scientifiche applicate con discernimento al caso trattato trovano la soluzione più idonea rispetto al problema di salute che riscontrano. Lo *status* di «professionista laureato» riconosciuto ad alcune professioni sanitarie, ha comportato modifiche in campo contrattuale con lo «scivolamento» in categoria D degli operatori prima appartenenti alla categoria C, modifiche nell'organizzazione del lavoro delle unità organizzative, modifiche nelle attribuzioni di responsabilità ed autonomia professionale. Anche per gli operatori della categoria D del comparto, quindi, siamo oggi in presenza di un duplice binario su cui si può indirizzare l'*iter* professionale del singolo, ovvero una vita lavorativa improntata a responsabilità organizzative (quadro intermedio) o a responsabilità «tecnico-specialistiche» (*professional*), queste ultime necessarie sia per presidiare ambiti professionali trasversali a livello di macrostruttura aziendale (es. posizioni organizzative con contenuto di alta professionalità e specializzazione di direzione sanitaria, scuola universitaria, ecc.) che per detenere competenze professionali spendibili nella micro-

struttura di appartenenza (dipartimento, distretto, ecc.).

A1. *Incarichi dirigenziali di struttura (professionalità gestionale)*

Gli incarichi di struttura, quelle complesse immediatamente identificate con le posizioni dei dirigenti ex II livello, evidenziano le responsabilità organizzative date ad alcuni dirigenti in funzione della tipologia di azienda sanitaria (ospedaliera, territoriale o «mista») e del modello organizzativo indicato nell'atto aziendale che, appunto, definisce le strutture complesse e quelle semplici (12).

Essendo la «struttura» un'articolazione interna dell'azienda, l'attribuzione dell'incarico comporta per il dirigente la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Tale livello di responsabilità è graduata alla luce dei criteri già previsti nell'articolo 51 del precedente Ccnl, ma integrabili a livello aziendale, e pesata e diversamente remunerata (parte variabile della posizione) in funzione del valore che presentano gli *item* utilizzati nell'analisi delle posizioni aziendali prese in considerazione (13).

La conferma dell'incarico è subordinata ad un processo di valutazione che verte sul riscontro di comprovate capacità gestionali del dirigente incaricato. È interessante notare come, all'articolo 29 del contratto in tema di affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa, i criteri previsti per il rinnovo dell'incarico sono integrati da elementi volti alla valutazione delle capacità gestionali, con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, nonché ai risultati ottenuti con le risorse assegnate.

Ciò induce a ritenere che il dirigente responsabile di struttura complessa o semplice debba essere valutato fondamentalmente su comportamenti che siano rappresentativi dei criteri sopra identificati, in quanto ritenuti espressione del contenuto «dirigenziale» dell'attività del responsabile di struttura, e quindi contenuto «proprio» dell'incarico che riveste.

Il parere del Collegio tecnico in merito alla conferma del dirigente di struttura alla scadenza dell'incarico conferito si basa sulla valutazione di comportamenti «da gestore di risorse», sul raggiungimento di obiettivi individuali correlati all'assunzione di responsabilità gestionale che l'incarico «organizzativo» comporta, e sul livello di raggiungimento degli obiettivi di *budget* della struttura da lui diretta e che annualmente sono stati oggetto di supervisione del Nucleo di valutazione.

Questo momento di valutazione (che chiude un percorso lavorativo) deve ovviamente trovare fondamento in valutazioni annuali, frutto di comportamenti attesi e risultati auspicati in virtù del ruolo quotidianamente giocato dal dirigente.

L'assegnazione dell'incarico comporta la sottoscrizione tra l'azienda ed il dirigente di un contratto individuale nel quale si definiscono gli ambiti di responsabilità lavorativa e tutti gli aspetti connessi al conferimento.

A1. *Posizioni organizzative ed indennità di coordinamento dei quadri intermedi*

La valorizzazione del ruolo manageriale degli operatori del comparto, coerentemente a quanto stabilito dal contratto dei dirigenti, è contrattualmente prevista da una indennità riconosciuta alle posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata

responsabilità e con un'indennità di coordinamento introdotta per il personale con tali funzioni dal II biennio economico (2000-2001) del Ccnl.

Il contratto stabilisce che le posizioni organizzative possono riguardare lo svolgimento di:

— funzioni di direzione (di servizi, dipartimenti, uffici, unità organizzative di particolare complessità);

— attività con contenuti ad alta specializzazione (quali attività di *staff* e/o studio, di ricerca, ispettive di vigilanza e controllo, di coordinamento di attività didattica);

— attività con contenuti di alta professionalità (quali i processi assistenziali).

La graduazione delle posizioni in ambito aziendale può assumere una rilevanza estremamente diversa in relazione alle mansioni e alle responsabilità da graduare, in quanto in alcuni casi trattasi di posizioni di natura manageriale, mentre in altri casi trattasi di posizioni legate ad attività professionale connessa, quindi, al ruolo di «professionista» dell'operatore a cui si attribuisce l'indennità (vedi punto A2).

Per l'attribuzione dell'incarico, il contratto (nell'articolo 21 - «affidamento degli incarichi per le posizioni organizzative e loro revoca») stabilisce che esista congruità tra le funzioni e le attività da svolgere da un lato, e i requisiti culturali, le capacità professionali e le esperienze acquisite dal personale dall'altro: in altri termini, congruità tra le caratteristiche della posizione ed il profilo personale dell'operatore. Tale congruità si esprime anche mediante il raggiungimento da parte dell'operatore dei risultati previsti per la posizione e si riassume in una valutazione positiva o negativa della persona.

Stante il passaggio dalla categoria C alla categoria D per i profili del ruolo sanitario e del ruolo tecnico-assi-

stenti sociali previsto nel II biennio economico (2000-2001) del contratto, il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo organizzativo del personale con funzioni di coordinamento (già ex categoria D il 1° settembre 2001) ha introdotto un nuovo istituto contrattuale: l'indennità di coordinamento.

Questo cambiamento ha generato delle naturali ripercussioni sull'istituto contrattuale delle posizioni organizzative (che devono essere necessariamente riviste) e sulla metodologia di analisi e valutazione delle funzioni di coordinamento (per le quali bisogna prevedere nuovi fattori di graduazione e pesatura).

Concretamente significa investire di una responsabilità formale nell'organizzazione alcune posizioni con «alto» contenuto manageriale ed innalzarle dal punto di vista retributivo, creando percorsi di carriera interni all'azienda. Significa, inoltre, valorizzare i ruoli di coordinamento, identificandoli quali quadri intermedi le cui funzioni potrebbero essere anch'esse graduate e ricompensate economicamente dalla relativa indennità, composta di una componente fissa ed una variabile, quest'ultima da stabilire in relazione ai fondi contrattuali disponibili ed alla problematicità delle funzioni di coordinamento similmente a quanto previsto per la graduazione delle funzioni gestionali dei dirigenti.

Queste scelte consentono di capire «l'orientamento strategico» dell'azienda nei confronti delle politiche del personale e gli strumenti operativi messi in campo per la direzione dello stesso.

La finalità di graduare e differenziare le posizioni ed i ruoli di coordinamento esprime la volontà della direzione generale di riconoscere la rilevanza e l'onere dell'assunzione di specifici contenuti di responsabilità rispetto alle finalità aziendali, potendo questo riconoscimento operare come

significativo stimolo motivazionale e come importante meccanismo equilibrativo rispetto all'impegno richiesto nelle singole posizioni organizzative e di coordinamento.

L'articolo 20 del contratto prevede alcuni elementi, aziendali integrabili, per graduare le funzioni dei ruoli a cui potrebbe essere attribuita la posizione organizzativa; la parte fissa dell'indennità di coordinamento è correlata all'esercizio effettivo di tali funzioni al 31 agosto 2001 da parte di operatori già appartenenti alla categoria D. Sono invece oggetto di concertazione sindacale i criteri per attribuirne la parte variabile. Anche per questi incarichi il Servizio di controllo interno (o il Nucleo di valutazione) verificherà annualmente che le attività svolte dal titolare dell'incarico siano coerenti con le responsabilità gestionali attribuite. In entrambi i casi la revoca dell'incarico comporta la perdita della correlata indennità (posizione o coordinamento); l'esito della valutazione periodica è riportato nel fascicolo del dipendente ed è oggetto di esame ai fini dell'attribuzione di ulteriore incarico.

A2. Incarichi professionali (14)

La demarcazione tra responsabilità gestionali e responsabilità professionali per il personale dirigente all'interno delle strutture sanitarie presuppone che si identifichino tipologie di incarichi da attribuire a tutti i dirigenti che svolgono attività tecnico-specialistica utilizzando ed approfondendo il loro sapere scientifico nell'ambito delle strutture di appartenenza, pur nel rispetto delle regole organizzative definite sia dall'azienda che dal dirigente gestionale loro preposto. Infatti, l'articolo 27 del Ccnl identifica due fattispecie di incarichi di natura professionale: il primo di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca,

rispettivo, di controllo; il secondo conferibile a dirigenti con meno di cinque anni di attività. Questa fattispecie d'incarico, per altro già previsto nel contratto 1994-1997, ha la finalità di accentuare questa diversità di responsabilità dirigenziale, cercando di far venir meno una concezione organizzativa prevalente. Tale concezione si basa sul principio che è fondamentale la dimensione organizzativa dell'incarico (gestione di risorse, gestione di posti letto) a definirne il «peso» nel modello organizzativo, la sua conseguente posizione nella «scala gerarchica» ed il suo valore economico, comportando spesso un proliferare di strutture semplici e un irrigidimento della struttura aziendale. Ovviamente la messa in opera di una nuova linea di principio non è senza difficoltà in quanto si tratta di esprimere dei criteri di buona resa professionale che devono essere espressi e poi verificati da uno stesso professionista, con autorità gerarchica e con riconosciuta valenza professionale.

Trattandosi di processi di valorizzazione e di crescita professionale delle risorse umane, le scelte mediante le quali definire e attribuire questi incarichi sono da individuare a livello aziendale con apposita regolamentazione e, soprattutto, in accordo con il dirigente di struttura nella quale gli incarichi sono già assegnati o sono da assegnare ai dirigenti di quell'unità organizzativa.

Il tema della professionalità dei dirigenti evidenzia la necessità di creare delle «tappe» nel percorso di sviluppo delle specialità all'interno dei dipartimenti, dei distretti, per prevedere evoluzioni delle posizioni professionali in funzione della resa del dirigente e di valutazioni tipicamente aziendali. Banalmente ciò significa che l'importanza data ad un professionista (da cui la parte variabile della posizione aziendale) non è «assoluta», ma può cambiare a seconda delle contingenze

aziendali oltre che, ovviamente, da azienda ad azienda: in questo caso, le posizioni rispecchiano la *mission* dell'unità organizzativa considerata (15).

Il tema, prettamente aziendale e con soluzioni più o meno innovative, dovrebbe sviluppare forti meccanismi di integrazione tra alcune parti dell'organizzazione, tra le quali:

— l'ufficio per la gestione delle politiche aziendali in tema di risorse umane che deve supervisionare l'intero processo;

— il dirigente di struttura complessa che nell'ambito di ogni specialità segmenta l'*iter* di sviluppo professionale e a cui correla una tipologia di incarico (es. alta professionalità, media professionalità, professionalità di base, professionalità inferiore ai 5 anni), mappa la professionalità dei propri dirigenti *professional* e li colloca nell'ambito delle tipologie identificate valutandoli poi rispetto a *standard* professionali prodotti dalla letteratura e dalle società scientifiche;

— la direzione aziendale che, oltre ad avallare le scelte iniziali e verificare l'omogeneità dei risultati, deve indicare dove e quante professionalità d'eccellenza ritiene esistano in azienda o ritiene di dover prevedere in ogni dipartimento per disporre di un inventario reale del «portafoglio» delle competenze presenti e contenere, ove serve, un innalzamento ingiustificato delle retribuzioni di posizione. In tal senso vale anche quanto già premesso per i dirigenti «gestionali»: «buone politiche aziendali in tema di risorse umane» non possono prescindere dalla conoscenza dello scostamento tra il profilo professionale atteso e quello posseduto dal dipendente, per rilevare il quale l'identificazione delle capacità professionali — ossia i risultati e le conoscenze possedute — sono elementi fondamentali. In altri termini:

— cosa deve saper fare ogni professionista per poter rispondere al man-

dato organizzativo del dipartimento/distretto e al *target* di utenza a cui si rivolge il dipartimento/distretto stesso?

— quale sviluppo professionale offre, in un determinato arco temporale, il dipartimento/l'azienda a ogni dirigente?

Anche in questo caso l'assegnazione dell'incarico prevede la stipula di un contratto individuale che definisce tutti gli aspetti connessi all'incarico attribuito, sulla base del quale il direttore di struttura identifica e valuta anno per anno obiettivi individuali affinché il Collegio tecnico, alla fine triennio del dirigente *professional* ed indipendentemente dall'incarico conferito, valuti la professionalità maturata ed i risultati raggiunti.

A2. Progressione orizzontale

La progressione orizzontale rappresenta, per il personale del comparto, la modalità di accrescere il proprio stipendio tabellare, passando tra le fasce economiche nella stessa categoria nei limiti della dotazione organica e delle risorse finanziarie esistenti.

L'articolo 35 prevede alcuni criteri, integrabili in sede di contrattazione aziendale, mediante i quali selezionare il personale avente diritto. Tali criteri si rivolgono all'esame dei risultati ottenuti, alle prestazioni rese con arricchimento professionale, all'impegno e alla qualità delle prestazioni individuali. Per i passaggi invece in ultima fascia si considerano anche attività finalizzate a migliorare l'organizzazione del lavoro nell'unità operativa, come l'impegno verso i neo assunti, il coinvolgimento nei processi aziendali, l'iniziativa personale per atti con rilevanza esterna, ecc. Sempre nel medesimo articolo si afferma che la rilevazione delle informazioni indicate in precedenza necessita di un sistema di valutazione permanente delle presta-

zioni e dei risultati dei singoli dipendenti.

L'interpretazione di questo principio da parte di molteplici aziende si è concretizzato in fattori di valutazione quali l'impegno lavorativo, l'orientamento all'utente interno/esterno, l'adattamento ai cambiamenti organizzativi, il grado di coinvolgimento dei processi aziendali, l'iniziativa personale, la capacità di pianificazione e controllo dei processi, la capacità di *tutoring*, la capacità di gestione dei conflitti, la capacità e l'arricchimento professionale, quest'ultimo inteso come la sommatoria dell'esperienza lavorativa maturata (anzianità nella fascia economica), la formazione professionale e la formazione manageriale rispetto al ruolo ricoperto (16).

Secondo il parere di chi scrive, invece, superato il primo momento di poca chiarezza nell'applicazione dell'istituto contrattuale dovuta a difficoltà interpretative, il reale significato della progressione orizzontale non è da ricercare in criteri che di fatto ripropongono fattori valutativi comportamentali (capacità) a carattere fortemente organizzativo, ma, alla stregua dei dirigenti *professional*, nella ricerca di indicatori che esprimano la maturità professionale del valutato. Come nel caso dei dirigenti si è di fronte alla opportunità aziendale di decidere se investire nella creazione di regole organizzative, ovviamente delicate e da condividere con gli stessi professionisti, per attivare un processo di monitoraggio continuo delle competenze professionali degli operatori del comparto che si connotano per essere professionisti, secondo la definizione data in precedenza. In questo senso, la progressione orizzontale diventa quello strumento mediante il quale l'azienda delinea l'*iter* di sviluppo professionale, per esempio, dell'infermiere che, da conoscenze ed abilità pratiche iniziali al momento dell'assunzione, di-

mostra di aver raggiunto l'apice della sua preparazione teorico pratica al termine dei passaggi di fascia previsti nella categoria in cui è collocato.

Il passaggio, quindi, da una fascia a quella superiore sarà possibile solo se nel periodo aziendale previsto di permanenza in quella fascia economica, generalmente due o tre anni, il professionista avrà raggiunto i risultati «assistenziali» previsti in quel biennio/triennio. La progressione orizzontale cessa di essere un automatismo valutata con criteri poco significativi sia per l'azienda (ai fini dell'erogazione di aumenti dello stipendio tabellare del personale generalmente previsto laddove si vogliono ricompensare dimostrati miglioramenti delle capacità professionali) che per il dipendente (che non ha modo di comparare le sue *performance* tecnico-specialistiche ed il suo «sapere professionale» al percorso di sviluppo di carriera auspicato dall'azienda).

La Commissione che valuta l'idoneità alla progressione orizzontale svolge una funzione equiparabile a quella del Collegio tecnico per i dirigenti dovendo accertare, in un arco temporale definito, le competenze professionali anche ai fini della corresponsione economica prevista a fronte della valutazione positiva.

Questo diverso modo d'intendere la progressione orizzontale può essere estesa solo a quelle figure professionali del comparto che fanno dell'autonomia professionale il principio guida del loro agire quotidiano. Il governo della professionalità nel comparto non è però solamente dato dalla progressione orizzontale, ma anche dall'individuazione, graduazione ed attribuzione di posizioni organizzative a contenuto professionale, come ben indicato dall'articolo 20 del Ccnl. Esso infatti prevede l'istituzione di posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzione

diretta di elevata responsabilità, che possono riguardare non solo funzioni di direzione e coordinamento caratterizzate da elevato grado di esperienza, autonomia gestionale ed organizzativa, ma anche incarichi per lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, quali i processi assistenziali o le attività di *staff* e studio, di ricerca, di coordinamento di attività didattiche. Si fa qui riferimento all'infermiere epidemiologo o all'amministrativo esperto di statistica sanitaria, entrambi in organico presso la Direzione sanitaria aziendale.

Anche in questo caso l'imprenditorialità aziendale, conscia del diverso contenuto del lavoro di una posizione a valenza gestionale da una a valenza professionale, si esprime identificando criteri di graduazione e fattori di valutazione differenti:

— nel caso dell'incarico professionale, collegati al «livello tecnico» raggiunto e alle attività svolte;

— nel caso dell'incarico manageriale, alle responsabilità organizzative e gestionali ricoperte nell'unità operativa.

L'azienda che costruisce per i professionisti del comparto un sistema di carriera su questi presupposti avvicina notevolmente il sistema di valutazione professionale dei dirigenti a quello del comparto, introducendo omogenee regole di valutazione per una categoria di operatori, quella dei «professionali» (ad oggi composta interamente da personale laureato dell'area medico-veterinaria, sanitaria, professionale e tecnico-amministrativa), che taglia trasversalmente l'attuale organizzazione del lavoro, che potrebbe contribuire a superare consolidati «retaggi» tra le professioni e tipologie contrattuali diverse. Sarebbe un significativo progresso di ordine culturale rispetto alla odierna individuazione di una «generica classe dirigente» con commistioni

di competenze al suo interno, fattibile orientando tutti i professionisti al lavoro per obiettivi che possono avere non solo un contenuto prevalentemente quantitativo e di ordine budgettario, ma anche di miglioramento di medio periodo della qualità nell'offerta di servizi alla persona.

B. Apporto al raggiungimento dei risultati di budget

I contratti collettivi nazionali del lavoro sia della dirigenza che del comparto, prevedono che annualmente si stabiliscano delle correlazioni tra il raggiungimento dei risultati aziendali ed il contributo dato dal personale al conseguimento degli stessi. Questa correlazione presuppone che esista un processo organizzativo interno secondo il quale al personale vengono assegnati obiettivi annuali (di produzione, di miglioramento, di qualità, ecc.) i cui risultati devono poi essere valutati secondo logiche e criteri precedentemente definiti ed al cui esito è correlata la corresponsione della parte variabile dello stipendio, definita retribuzione di risultato. Questa parte della retribuzione può essere poi determinata secondo diverse modalità di calcolo che rappresentano ulteriori metodologie di «pesatura» del contributo dato dal personale allo svolgimento della gestione (pesatura delle figure professionali, valorizzazione degli obiettivi, distribuzione a pioggia, ecc.) in virtù della cultura manageriale e dell'orientamento ai risultati presente nell'organizzazione e dalla «innovatività» del sistema di controllo aziendale che rileva analiticamente o sinteticamente dati di raggiungimento degli obiettivi e a cui collegare gli importi economici da erogare.

Monitorare durante tutto l'anno l'apporto dell'*équipe* o dei singoli al raggiungimento del *budget* aziendale significa strutturare un sistema di

obiettivi chiari e comunicati, per i quali siano evidenti le attribuzioni di responsabilità e gli *standard* di risultato.

Un processo di *budget* così inteso incide profondamente sulle logiche di diffusione delle informazioni nelle unità organizzative aziendali, sullo stile di direzione del responsabile della struttura, e sui livelli di coinvolgimento e integrazione tra dirigenza, comparto e organi di *staff* della direzione. Sicuramente si accentua la logica «d'équipe», nella quale il dirigente responsabile conosce il mandato e l'apporto di tutti coloro che appartengono al gruppo, anche mediante un'intensa azione di raccordo e di delega con il quadro intermedio.

Anche per quest'area di valutazione hanno grande rilevanza i comportamenti manageriali, ovvero l'indicazione di come i risultati vengono conseguiti e di come tutto il personale (dirigente e non dirigente, con responsabilità gestionali o tecnico-specialistiche) risponde a capacità organizzative (lette tramite i comportamenti) ritenute importanti dalla direzione e non separabili dai risultati.

B1. *Le performance dei dirigenti finalizzate al raggiungimento dei risultati di budget*

L'articolo 32 ed il 3 comma dell'articolo 31 del Ccnl evidenziano il collegamento tra i risultati aziendali ed i risultati dei dirigenti, identificando nella verifica annuale la modalità concreta mediante la quale analizzare i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi affidati.

La valutazione fatta secondo criteri, metodologie e coinvolgimento di attori in qualità di valutatori che rispecchiano il tasso di innovazione manageriale aziendale, è prevista per tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, includendo per i dirigenti con

responsabilità di struttura i risultati ottenuti dalla gestione e per i quali potrebbe essere ragionevole pensare che la valutazione del Collegio tecnico alla scadenza dell'incarico sia l'analisi degli esiti delle valutazioni annuali delle *performance* della struttura, espressione di capacità di governo della stessa da parte del dirigente.

La valutazione annuale dei dirigenti sui risultati raggiunti è dunque la fase terminale di un processo organizzativo che ha il suo avvio nell'attribuzione di obiettivi da parte della Regione alla Direzione generale aziendale, e la conversione di questi in obiettivi quantitativi o di miglioramento ai dirigenti «gestionali», che si tramutano successivamente in obiettivi quantitativi e/o di miglioramento ed indirizzi annuali per il gruppo di dirigenti *professional*, e a comportamenti organizzativi attesi che evidenzino l'impegno e la collaborazione rispetto al raggiungimento degli obiettivi stessi.

In questo caso, i comportamenti da valutare possono essere di due categorie:

1) aziendali,

2) organizzativi nell'ambito del dipartimento/distretto,

per i quali la scelta in parte è dettata da priorità stabilite dalla direzione, ed in parte a ciò che si chiede al dirigente «valutato» in qualità di risorsa da sviluppare nel contesto organizzativo in cui è inserito.

In tema di comportamenti l'articolo 32 del contratto stabilisce che tutti i dirigenti sono valutati su alcuni comportamenti integrabili a livello aziendale, quali:

— la collaborazione interna e la partecipazione all'organizzazione dipartimentale,

— il livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico,

— capacità nel motivare, guidare e valutare i collaboratori di generare un clima favorevole,

— appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, orientamento all'utenza alle certificazioni di qualità dei servizi,

— capacità nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e i conseguenti processi formativi e la selezione del personale,

— raggiungimento crediti formativi,

— osservanza obiettivi prestazionali assegnati,

— rispetto codice di comportamento.

L'elenco riportato presenta sia degli *item* di valutazione volti a verificare:

— capacità professionali (capacità nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche, appropriatezza delle prestazioni e più tipiche della valutazione rispetto all'incarico),

— capacità organizzative rispetto a se stesso e al proprio lavoro (capacità di collaborare e partecipare all'organizzazione dipartimentale, livello di espletamento delle funzioni affidate, raggiungimento credito formativo),

— capacità organizzative rispetto agli altri, che nel caso del dirigente *professional* non sono rilevabili (definizione di processi formativi e di selezione delle risorse rispetto alle tecnologie, capacità di motivare, guidare, valutare i collaboratori e di generare un clima positivo individuando i carichi di lavoro e gli istituti contrattuali).

I comportamenti aziendali o organizzativi del dipartimento/distretto, opportunamente stabiliti, potrebbero essere utilizzati per la valutazione individuale e correggere l'esito della valutazione di *équipe* sugli obiettivi di *budget*.

B1. *Le performance dell'operatore del comparto finalizzate al raggiungimento dei risultati di budget*

La retribuzione di risultato, intesa come parte variabile dello stipendio legata alla produttività collettiva ed al miglioramento dei servizi, rimane invariata, in quanto logica di applicazione, rispetto a quanto previsto nel contratto precedente (quadriennio 1994-1997).

Tale retribuzione assume ruolo rilevante come fattore che incentiva elevate *performance* da parte degli operatori (intendendo con questo termine l'insieme dei comportamenti e dei risultati lavorativi); *performance* collegate al raggiungimento degli obiettivi negoziati tra la direzione ed i dirigenti a cui il personale del comparto fa riferimento per l'esercizio della propria attività. La ricaduta di questo sistema di valutazione sull'organizzazione sarà tanto più positiva quanto più sarà indicatore di una concreta assunzione di responsabilità degli operatori del comparto nei confronti dei propri obiettivi, non disgiunti da quelli generali dell'unità organizzativa dati dalla direzione al dirigente responsabile della struttura.

Questo istituto, come già evidenziato nel punto precedente, è in questo nuovo contratto anche collegato al sistema di progressione di carriera (orizzontale), e non solo alla distribuzione della quota variabile per la produttività collettiva.

A differenza di quanto accaduto con il precedente contratto dunque, dove la valutazione sulle prestazioni rese non sempre è stata realizzata, non sarà più possibile prescindere dalla stessa.

Ogni azienda dovrà progettare sistemi di valutazione del personale collegati a sistemi di *budget* in grado di esplicitare obiettivi gestionali facilmente verificabili. Ciò consentirà di

legare in maniera puntuale il raggiungimento degli obiettivi individuali o di gruppo con il raggiungimento degli obiettivi aziendali, e rendere coerenti i sistemi operativi di gestione del personale con i sistemi di programmazione e controllo, garantendo la necessaria trasparenza e oggettività.

3. Conclusioni

Affermare che nelle aziende sanitarie il personale costituisce una risorsa strategica non significa fare retorica sul ruolo delle risorse umane. Significa invece cogliere l'essenza dei problemi connessi alla gestione dei servizi, qui dei servizi sanitari. Secondo autori esperti in questo settore esiste nel campo dei servizi alla persona una componente di innovazione sociale omologa all'innovazione tecnologica nell'impresa industriale. «... Inventare i singoli ruoli, comporre costellazioni di ruoli congruenti, scoprire i modi per utilizzare l'energia e le capacità umane, progettare i sistemi per far apprendere rapidamente nuove competenze a persone e gruppi di persone, mantenere le competenze tenendo contemporaneamente vivo l'entusiasmo e la crescita personale: ecco alcuni esempi di innovazione sociale» (17).

Nei servizi sanitari, come è già stato osservato, il personale è un fattore critico di successo per la realizzazione delle finalità aziendali e quindi la sua capacità di gestione richiede la capacità di sviluppare meccanismi di innovazione in grado di mobilitare e concentrare l'energia di tutto il personale. È impossibile sviluppare e mantenere buoni livelli di prestazioni se parallelamente non si coltivano rapporti di collaborazione tra dirigenza e comparto, tra professionisti con ruolo gestionale e professionisti con funzioni tecnico-specialistiche, nella logica di condivisione delle informazioni e di perseguimento di strategie comuni ri-

spetto al raggiungimento degli scopi aziendali.

Questa considerazione apre il dibattito su un diverso modo di concepire questa integrazione anche mediante nuove logiche contrattuali che raggruppino in modo diverso le categorie professionali nelle aziende sanitarie, quali:

— i dirigenti con funzioni gestionali indipendentemente dalla professione di appartenenza (medica-veterinaria, sanitaria — comprendendo le professioni sanitarie — professionale, tecnica ed amministrativa);

— i *professional*, ovvero il personale con sole responsabilità tecnico-specialistiche anch'essi appartenenti alle professioni sopra indicate con l'inclusione degli operatori del comparto definiti professionisti dal proprio profilo professionale, quali infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, riabilitatori ecc., ed oggi inseriti in categoria D o DS;

— gli operatori con funzioni «esecutive», ovvero le rimanenti categorie del comparto previste dal nuovo ordinamento professionale (A, B, Bs, C), le cui responsabilità sono per lo più di carattere «operativo», con poco contenuto discrezionale (cioè basata sulla professionalità).

Questa suddivisione potrebbe permettere scelte di orientamento strategico sul personale diverse in virtù del mandato che ogni operatore svolge nell'organizzazione aziendale e che nei tre raggruppamenti identificati è sicuramente diverso: la gestione nel primo caso, l'attività clinico-assistenziale o tecnica nel secondo caso, l'operatività routinaria nel terzo.

Per altro l'esplicitazione del diverso contenuto del ruolo attribuito alle risorse umane nelle aziende sanitarie a seconda delle responsabilità giocate nell'organizzazione permette di focalizzare meglio la relazione strategia aziendale, modelli di misurazione del-

le prestazioni, sistemi di controllo, sistemi di valutazione ed incentivazione al personale, tipico per esempio del *Balance Scorecard*, un modello di misurazione e controllo che inizia a prendere le prime mosse anche in sanità (18).

Lo stretto legame tra strategie, misure e comportamenti richiede che l'alta variabilità nel tempo delle scelte strategiche e dell'agire aziendale si accompagni ad un'altrettanta capacità di adattamento dei sistemi di misure, dei sistemi di controllo, di sviluppo del personale. Questi si devono configurare come strumenti flessibili sempre alla ricerca sia di una loro coerenza interna che di una coerenza complessiva con gli altri processi indicati, generando circoli virtuosi soprattutto con riferimento al binomio «azienda - risorse umane» ed integrando così il modello concettuale sopra esposto (schema 3).

Nelle aziende di servizi alla persona la motivazione degli operatori che vi lavorano è un fattore fondamentale tanto da essere definita «risultato intermedio rispetto alla produzione di prestazioni sanitarie» e che può sicuramente nascere applicando le considerazioni fin qui esposte.

Un sistema di crescita della risorsa umana esaustivo e ben progettato e che assicuri molteplici finalità, da quelle più gratificanti perché rilevano il reale contributo delle persone e le competenze possedute, a quelle più onerose che evidenziano invece le aree «carenti» su cui ogni operatore deve investire, non può quindi che essere visto come un importante strumento gestionale che riconosce le aziende di eccellenza in tema di politiche sul personale.

(1) Sul tema si veda Normann, Elgier e Langeird, che introducono il concetto di strate-

gicità della risorsa umana nell'ambito delle aziende di servizi.

(2) Thomas Steward definisce il capitale globale d'impresa l'unione del capitale tangibile (patrimonio netto) e del capitale intangibile (avviamento d'impresa), composto a sua volta da tre tipologie di capitale, quali: capitale strutturale o organizzativo, capitale clienti, capitale umano.

(3) Cocco Giancarlo (2001), pag. 7.

(4) S. Massa, M. Merlino (2002).

(5) La *Resource based view* è quel filone di studi che studia la costruzione e sostenibilità del vantaggio competitivo delle aziende. Questa teoria di ricerca si fonda sulla definizione delle core competencies, ovvero sulle competenze distinte aziendali, che sono costituite da quelle capacità operative che qualificano l'identità dell'azienda rispetto a quella dei suoi concorrenti e che sono di rilevante importanza per il successo competitivo nel mercato in cui l'azienda (sanitaria) agisce.

(6) «Già il precedente contratto dei dirigenti (parte normativa quadriennio 1994-1997 e parte economica 1994-1995) aveva previsto la possibilità di dare una forte spinta al principio dell'aziendalizzazione in sanità. Nel concreto diversi sono stati i risultati effettivamente raggiunti ma numerose sono state le difficoltà che

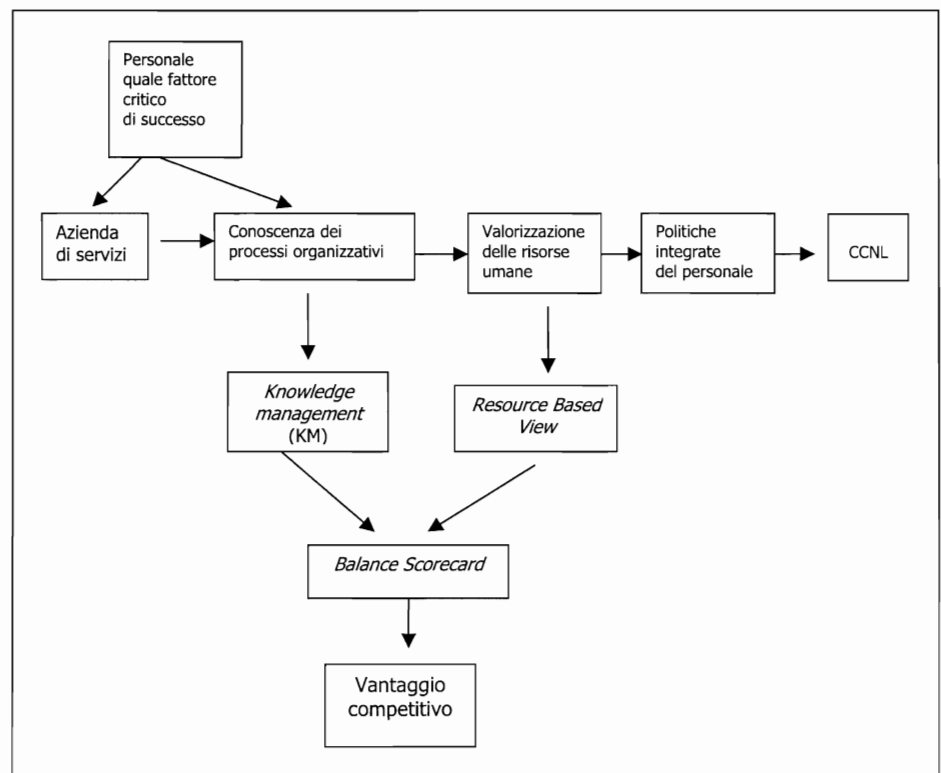
si sono dovute affrontare al momento dell'applicazione degli istituti contrattuali più innovativi.

I due contratti nazionali concedevano ampio spazio nell'ambito della gestione e dell'organizzazione del personale. Conseguentemente ogni azienda avrebbe potuto agire autonomamente ed in maniera originale nell'ambito delle linee guida indicate. L'azienda poteva decidere di cambiare, compiendo scelte innovative per quanto riguarda la valutazione e la valorizzazione del personale dirigente: un processo rischioso ma necessario nella logica di aziendalizzazione della sanità e di privatizzazione del pubblico impiego». Federica Bandini, in Rapporto OASI n. 1, capitolo 13, paragrafo 2.

(7) Con questo termine s'intende il processo mediante il quale gli obiettivi generali azienda vengono resi peculiari rispetto all'ambito dell'azienda (area, dipartimento, unità organizzativa, servizio, ufficio ecc.) a cui devono essere applicati, sino a diventare obiettivi di *équipe* o obiettivi individuali.

(8) «Una buona organizzazione è considerata tale quando l'attività svolta da ogni elemento (persona/e) si combina agevolmente con quella svolta dagli altri in modo da conseguire risultati complessivi adeguati; si ha "cat-

Schema 3



tiva organizzazione" (o disorganizzazione) quando non si raggiungono risultati validi a causa di carenze nei singoli elementi e, soprattutto, nelle relazioni di coordinamento fra essi». A. Rugiadini (1978), capitolo 1.

(9) Forse potrebbe essere utile ripensare a cosa voglia dire essere «responsabile di struttura semplice» al fine di verificare se è possibile per questo ruolo la commistione di responsabilità (gestionale e professionale), anche se sia la 229/99 che il contratto stabiliscono che la struttura (non meglio precisata) è un'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. L'incarico di struttura semplice inoltre prevede le funzioni di direzione e organizzazione nell'ambito di indirizzi operativi e gestionali del reparto e verifica annuale dei risultati (art. 27). Il rinnovo dell'incarico del responsabile di struttura complessa è invece subordinato alla verifica della capacità di governo del personale, dei rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con altre strutture e servizi e dei risultati ottenuti con le risorse assegnate.

(10) Auteri Busana (1985).

(11) I principali cambiamenti avuti negli ultimi anni per le professioni sanitarie si possono così sintetizzare:

— la ridefinizione dei profili professionali (decreto n. 739 del 1994);

— la rettifica dell'ordinamento didattico relativo al diploma universitario per infermiere (1996);

— l'abrogazione del mansionario e la soppressione della denominazione «professione sanitaria ausiliaria» per la professione infermieristica (denominata oggi «professione sanitaria» - legge n. 42 del 1999);

— la revisione del codice deontologico;

— il nuovo contratto di lavoro per il personale del comparto (aprile 1999);

— la legge 251/00 che istituisce la dirigenza e la laurea disciplinare;

— la legge 1/02 sull'equipollenza dei titoli e sull'emergenza infermieristica.

(12) La disciplina di conferimento dell'incarico, infatti, prevede che le aziende attuino principi di razionalizzazione e ridefiniscano le strutture organizzative unitamente alle funzioni dirigenziali.

(13) Si ricorda che i criteri indicati nell'articolo 51 del contratto (parte normativa 1994-1997) facevano riferimento a:

— complessità della struttura in relazione all'articolazione interna;

— grado di autonomia in relazione anche a strutture sovraordinate;

— affidamento e gestione *budget*;

— consistenza delle risorse affidate;

— grado di competenza specialistico-funzionale o professionale;

— produzione di entrate proprie destinate al finanziamento dell'azienda;

— ampiezza del bacino d'utenza;

— valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali.

(14) Alcune di queste considerazioni sono frutto di riflessioni di un gruppo di lavoro composto dai responsabili del personale delle aziende ospedaliere milanesi e coordinato dall'autrice sul tema della valutazione della dirigenza, nato nell'ambito della direzione generale per la sperimentazione della rete ospedaliera di Milano (2000).

(15) Criteri per stabilire la graduazione degli incarichi dei *professional* potrebbero essere:

— dove opera (profilo strategico),

— cosa fa (linee di attività),

— quali conoscenze/esperienza comprovata utilizza (formazione),

— quali conoscenze potrà usare (ricerca).

(16) Si fa qui riferimento al «Modello Milano», lavoro prodotto dalla direzione generale per la sperimentazione della rete ospedaliera per l'applicazione del contratto del comparto (agosto 1999).

(17) Normann R. «La gestione strategica dei servizi», ETAS, 1984, pag. 38 e pag. 95.

(18) Il modello della *Balance Scorecard* è in grado di disegnare un sistema di misure attorno al quale costruire sistemi di pianificazione e controllo fortemente connessi alle strategie e, in quanto tali, capaci di orientare i comportamenti aziendali più efficacemente rispetto al passato.

BIBLIOGRAFIA

AMIGONI F., MELONI G. (2002), «L'integrazione de sistemi di misure: potenzialità e vin-

coli del modello *Balance Scorecard*», in *Forum Economia & Management*.

AUTERI, BUSANA (1985), *La gestione del personale*, ETAS, Milano.

BANDINI F., URBELLI G. (2000) «Valutazione e progressione di carriera: le novità introdotte dal contratto del personale del comparto», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Ce.R.G.A.S., Egea, Milano, capitolo 13.

BANDINI F., FILANNINO C., ZANGRANDI A. (1999), «I nuovi ordinamenti professionali ed il nuovo contratto delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 29.

BOLDIZZONI D., MANZOLINI L. (2000), *Creare valore con le risorse umane*, Guerini e Associati, Milano.

BOLOGNINI B. (2001), *Comportamento organizzativo e gestione delle risorse umane*, Carocci, Firenze.

COCCO G. (2001), *Valorizzare il capitale umano d'impresa*, ETAS, Milano.

DIREZIONE GENERALE PER LA SPERIMENTAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA (1999), *Modello Milano per l'applicazione del contratto del comparto*.

DOSSI A. (2001), *I processi aziendali. Profili di misurazione e controllo*, EGEEA, Milano.

FERTONANI M. (2000), *Competenze manageriali*, Franco Angeli, Milano.

LYLE M. SPENCER, SIGNE M. SPENCER (1995), *Competenze nel lavoro*, Franco Angeli, Milano.

MASSA S., MERLINO M. (2002), «Produzione e marketing dei servizi professionali: il ruolo del *knowledge management*», *Economia & Management*, 1.

REBORA G. (1998), *Organizzazione aziendale*, Carocci, Firenze.

RUGIADINI (1978), *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, Milano.

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO 1998-2001 e classificazione del personale. Comparto sanità (aprile 1999).

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO (2000), Area dirigenza medica e veterinaria - Area dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa 1998-2001 (giugno 2000).

UN'INDAGINE SULLA DIFFUSIONE DI SISTEMI DI RISK MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE. IL CASO DELLA REGIONE MARCHE

Lisa Cosmi¹, Sandro Fidani², Maria Grazia Palmeri²

¹ CeRGAS - Università «L. Bocconi»

² ASR Marche

SOMMARIO: 1. Lo scenario per lo sviluppo del *risk management* nel Ssn - 2. L'analisi quantitativa - 3. L'analisi qualitativa - 4. Conclusioni.

The first part of the paper provides an analytical framework of Risk Management for dealing with healthcare sector and organisations. The second part of this research studies the Risk Management processes in the Marche context. The growth of the premiums of the insurance policies and the difficulty in finding coverages are leading the Local Health Units to financial straits. For this purpose we have analysed the behaviour of 10 of the 17 Local Health Units while facing unexpected events or accidents. This study analyses also the relations established between the Local Health Units and the assurance market (companies and brokers). In order to reach this goal we have used a questionnaire, this paper shows its main results.

1. Lo scenario per lo sviluppo del *risk management* nel Ssn

Nel nostro paese il *risk management* è ancora considerato un'innovazione. Diversamente da quanto avviene negli USA, o in UK, dove il *Department of Health* ha sviluppato un programma nazionale per la gestione dei rischi, il Ssn registra ad oggi solo un numero limitato di iniziative, condotte autonomamente dalle aziende più sensibili o innovatrici a questo tema; in alcuni casi, in seguito all'aggravarsi particolarmente critico del proprio profilo di rischio. Come emerge da un'indagine esplorativa del CeRGAS, si tratta, comunque, di sperimentazioni parziali di analisi e valutazione dei rischi, che non vanno pertanto considerate come l'implementazione di un vero programma di *risk management*.

Di fatto, non esistono né nel settore sanitario pubblico, né in quello privato, esperienze di *risk management* con un respiro «aziendale» (che coinvolgano tutta l'organizzazione e la sua at-

tività, e non particolari processi/unità operative). Le aziende non paiono avvertire l'esigenza della figura di *risk manager*, inoltre, non hanno competenze interne o la cultura necessaria ad un investimento in questa direzione. È indicativo, a questo proposito, il segnale di sensibilizzazione lanciato dall'unico riferimento di legge in cui, ad oggi, si citano «sistemi di *risk management*», un documento della Commissione paritetica regioni/Oo.ss. preposta dall'ultimo Ccnl dei dirigenti Ssn allo studio di soluzioni per la copertura assicurativa dei medici Ssn. Il documento riconosce per la prima volta un'area di criticità da monitorare e gestire (vedi tabelle 1 e 2): «... la Commissione paritetica, tenuto anche conto delle modifiche che si sono verificate negli scenari e nel mercato assicurativo, ritiene indispensabile che le aziende (ed i dirigenti a tutela dei propri interessi) passino da un atteggiamento essenzialmente *passivo* alla trattazione e alla gestione diretta dei sinistri e delle coperture assicurati-

ve ... occorre in primo luogo analizzare i rischi gravanti sull'amministrazione, assicurati e non, secondo i criteri del «*risk management*», articolato nel censimento e valutazione degli stessi, individuando successivamente quanto sia utile e necessario fare per un efficace sistema di prevenzione» (tabelle 1 e 2).

Alcune caratteristiche intrinseche del settore sanitario rendono il *risk management*, in questa classe di aziende, un'attività del tutto peculiare rispetto ai modelli affermatosi nel settore industriale. Il principale fattore di differenziazione è dato dal fatto che è estremamente difficile, se non impossibile, ricondurre ad una gestione unitaria gli aspetti di rischio inerenti alla

Il lavoro, pur essendo frutto dell'opera congiunta degli Autori è da attribuirsi come segue: sono di Lisa Cosmi i paragrafi: 1, 1.2, 3, 3.1, 3.2, 3.3.1, 4; di Sandro Fidani i paragrafi: 2, 3.3; di Maria Grazia Palmeri i paragrafi: 1.3, 1.4, 1.5, 3.2.2.

safety con quelli relativi al governo clinico dei processi assistenziali.

La componente ingegneristica dell'attività e le tematiche di «protezione aziendale», infatti, sono in genere ritenute secondarie rispetto alla gestione del rischio clinico e delle connesse problematiche etiche, poiché nell'ambito dell'assistenza sanitaria è centrale il danno alla persona, piuttosto che quello all'*asset*. Tradizionalmente, l'aspetto della *safety* è affidato a figure specifiche (il responsabile della sicurezza, l'ingegnere clinico), ed è quindi nettamente distinto dal secondo. La gestione della sicurezza dei processi clinici, a sua volta, non può avvalersi di modelli mutuati dall'esperienza industriale e si colloca più propriamente nell'ambito dei sistemi per la qualità dei servizi. Le aziende non sono state, meramente, attente all'esplosione delle cause per RC che, dall'inizio degli anni '90, coinvolgono sempre più spesso i medici e le aziende; piuttosto, è il tema della sicurezza che è oramai stato ampiamente accettato (almeno, negli intenti) come aspetto imprescindibile dal servizio di qualità.

Nell'ambito del rischio clinico, le aziende sanitarie hanno generalmente adottato un approccio «amministrativo» al problema, limitandosi all'acquisto della polizza. In questo ambito il problema, quindi, è l'assenza nelle aziende di una strategia in grado di ricondurre la gestione del profilo di rischio clinico in una visione più ampia, che coinvolge analisi e revisione complessive dei propri processi assistenziali. La preferenza delle aziende per la soluzione «di mercato», a sua volta, ha originato distorsioni nel rapporto con il mercato assicurativo che, fino alla seconda metà degli anni '90, ha mantenuto verso tutto il settore della Pa un atteggiamento «paternalistico». La conseguenza è stata l'esclusione delle aziende dall'accesso all'infor-

mazione riguardante l'*iter* delle denunce, quindi, debolezza ed eccessiva dipendenza dalle compagnie assicurative. Questa considerazione, nell'insieme complessivo di eventi e cambiamenti ambientali verificatosi negli anni '90, ha creato un quadro preoccupante, che solo una corretta cultura di gestione del rischio potrà modificare. I profili di rischio tipici delle aziende sanitarie, infatti, sono determinati da tre ordini di fattori, di cui solo uno è direttamente controllabile dalle aziende:

— caratteristiche dell'utenza/tipologia di prestazioni erogate (non controllabile);

— variabili organizzative (procedure, competenze e abilità professionali esistenti, dotazioni strutturali e tecnologiche, sistemi di qualità; cultura organizzativa) (controllabile);

— propensione della vittima dell'incidente alla richiesta di risarcimento (influenzabile solo in minima parte).

A fronte di questo quadro, lo strumento principale individuato dal Piano sanitario nazionale e dal D.L.vo 229/99 è costituito da «sistemi per la qualità» per una pratica clinica efficace e appropriata; tuttavia, questi sistemi non possono essere considerati sostitutivi di uno specifico programma di *risk management*. L'onere progettuale dei sistemi di *risk management*, pertanto, è stato implicitamente trasferito all'iniziativa delle singole aziende, che si trovano oggi a dover gestire l'emergenza di un mercato assicurativo meno disponibile e della mancanza di competenze e strumenti aziendali. Il punto chiave, di là dall'importazione dei modelli, oggi facilmente reperibili sul mercato (in espansione) dei servizi di consulenza, dovrà essere lo sviluppo di una cultura dei rischi nelle aziende.

1.1. Obiettivi dell'indagine

L'immagine del *risk management* come strumento gestionale innovativo male si coniuga con il livello di utilizzo sporadico di cui si fa uso in generale in Italia (Misani, 2000). Sembra quindi lecito affermare che questa innovazione debba essere ancora introdotta concretamente e diffusamente per raggiungere il grado di sviluppo raggiunto nel mondo anglosassone (in particolare in Gran Bretagna), dove il *risk management* è inserito da tempo tra le tecniche manageriali acquisite.

L'indagine sul *risk management* nel Sistema sanitario della Regione Marche si è proposta in primo luogo di verificare empiricamente la correttezza del convincimento circa la scarsa diffusione delle tecniche di *risk management*, e, in secondo luogo, di evidenziare la natura dei tentativi di fronteggiamento dei rischi e di contenimento dei costi ad essi connessi, messi in pratica dalle diverse aziende.

L'indagine ha pertanto cercato di verificare in quale misura le aziende sanitarie marchigiane abbiano approntato sistemi di *risk management* e le caratteristiche degli strumenti ad oggi attivati. Nei casi di assenza o presenza solo parziale di sistemi di *risk management*, l'indagine ha quindi analizzato i punti di forza e di debolezza delle aziende per prospettare un trend evolutivo per il futuro del *risk management* nella Regione Marche.

1.2. Ipotesi alla base della ricerca

Durante la realizzazione della ricerca e l'elaborazione dei dati ottenuti sono state assunte alcune ipotesi di base al fine di ottenere un risultato quanto più significativo possibile.

1) Il *risk management* non può essere considerato solo ed esclusivamente come una funzione aziendale ma piuttosto come una serie di com-

portamenti «virtuosi», principi e meccanismi organizzativi diffusi tra persone che rivestono ruoli diversi. L'esperienza britannica insegna che ad uno stadio maggiormente evoluto questa funzione è attribuita ad un organo autonomo, guidato da un *risk manager*. Nel contesto italiano, nella maggior parte dei casi e quantomeno nel Ssn, invece, ancora non è maturata una simile figura autonoma e con professionalità definite. Generalmente, si preferisce affidare la gestione dei rischi puri a più funzioni coordinate tra loro, nonostante il modello «d'impresa» suggerisca (laddove è economicamente conveniente) l'istituzione di una unità organizzativa autonoma per il *risk management*. Il *risk manager*, nel primo caso, rappresenta il dirigente responsabile dell'organizzazione complessiva e del coordinamento delle funzioni aziendali complessivamente coinvolte. Infine, l'esperienza di alcune realtà sanitarie e i risultati conseguiti propongono in alternativa la fattibilità e convenienza della completa esternalizzazione di questa funzione (verso aziende di consulenza, *broker* o compagnie assicurative). In sintesi la presenza o l'assenza di una figura professionale specialistica, denominata «*risk manager*» non è di per sé una variabile in grado di dire con certezza se l'azienda ha sviluppato una funzione efficace per la gestione dei propri rischi (può, al limite, costituire un indicatore della sensibilità aziendale al tema, ndr). Pertanto, l'indagine non si è preoccupata di censire l'esistenza di una funzione esplicitamente dedicata al *risk management*, quanto di un insieme più vario di sistemi e strumenti gestionali attivati su questo fronte.

2) L'indagine adotta una visione del *risk management* limitata alla sola gestione dei rischi «puri» aziendali (1), quindi ad un aspetto specifico, focalizzato del *risk management*. Du-

rante la fase di elaborazione del questionario, infatti, ci si è resi conto che una indagine estesa a tutte le problematiche affrontate dal *risk management* in letteratura sarebbe stata difficilmente realizzabile, poiché un'accezione estesa non è applicata nella sanità pubblica italiana.

3) Tutte le organizzazioni sono costrette a fronteggiare una serie di rischi che dipendono dal tipo di attività che esse svolgono. Come un'azienda di credito dovrà occuparsi di verificare la solvibilità dei suoi clienti (e debitori) così un'Azienda sanitaria ha come mandato istituzionale la cura della salute dei propri pazienti e deve quindi preoccuparsi in primo luogo di non arrecare loro danni nello svolgimento dei problemi diagnostico-terapeutici. Dall'esperienza italiana (ma anche europea e mondiale) è evidente che la principale fonte di rischi che le aziende «sanitarie» devono fronteggiare sono quelli derivanti dallo svolgimento dei processi sanitari tipici (interventi chirurgici, trattamento del paziente, ecc.) (2). L'indagine, di conseguenza, si concentra sul rischio sanitario, che ha una frequenza di accadimento notevolmente superiore alle altre tipologie di rischio (3).

4) La quarta premessa riguarda l'individuazione dei destinatari che avrebbero dovuto compilare il questionario somministrato. Al di fuori dei casi in cui era presente un vero e proprio *risk manager* (nessuno) era necessario rivolgersi ad altri ruoli organizzativi.

All'interno delle aziende indagate solo la funzione «Affari legali» è apparsa in grado di occuparsi delle tematiche inerenti al *risk management*. Tale attribuzione presenta però dei limiti. Gli uffici «Affari legali», infatti, hanno competenza in merito alla soluzione di problematiche legali e giudiziarie, occupandosi pertanto solo degli accadimenti negativi una volta che

questi si sono verificati. La prevenzione, pertanto (che costituisce uno degli elementi fondamentali del processo di gestione dei rischi), non è effettuata in modo sistematico o non è uno strumento strategico sufficientemente sviluppato. Ne consegue che spesso il *risk management* è confuso con la funzione, più limitata, di «insurance management». Una funzione credibile, invece, ha un aspetto preponderante proprio nella prevenzione dei rischi. Non vi è quindi motivo di scindere le problematiche assicurative da quelle di ricerca della sicurezza.

L'indagine è stata comunque rivolta sia agli uffici legali delle aziende, cioè a coloro che avevano le conoscenze chiave nel campo della stipula delle polizze, sia alle Direzioni sanitarie, cioè a coloro che avevano compiti di responsabilità nella prevenzione e nella soluzione delle problematiche di natura medica/sanitaria.

1.3. Metodologia

L'indagine è stata realizzata per mezzo di un questionario inviato per posta alle aziende appartenenti al contesto preso in esame. Il questionario postale è uno strumento di indagine che presenta aspetti positivi e negativi. Il limite più consistente è che questo metodo offre un campione scarsamente rappresentativo delle caratteristiche del campione dato che, abitualmente, ai questionari postali rispondono solo quelle aziende che hanno un particolare interesse per le tematiche affrontate o specifiche informazioni su di esse, oppure che, rappresentando un caso di eccellenza, non hanno timore a rispondere a tutti i quesiti. Per ovviare, seppur parzialmente, a questo problema è stata coinvolta l'Agenzia regionale sanitaria delle Marche, che ha gentilmente acconsentito ad invitare i destinatari del questionario a collaborare attivamente alla ricerca.

Nella fase di preparazione dell'indagine sono state effettuate quattro interviste pilota presso le aziende più rilevanti di ciascuna delle quattro province marchigiane (sono stati invitati alla discussione i responsabili dell'area legale ed i Direttori sanitari) per elaborare un questionario che si adeguasse alle esigenze di coloro che avrebbero dovuto compilarlo. Da qui è scaturito un questionario definitivo con domande raggruppate distintamente per la materia legale e quella sanitaria al fine di consentire la compilazione non simultanea dei diversi destinatari aziendali. Un'ulteriore differenziazione del questionario è stata approntata per le aziende che, avendo esternalizzato la funzione di *risk management*, non avevano a disposizione i dati richiesti in tempo breve (4).

Un ultimo limite dell'indagine è invece legato al fatto che essa, prevedendo l'autoselezione delle risposte, è vulnerabile ai tentativi di distorsione da parte di coloro che sono interessati, a difendere l'immagine della propria azienda. Sono quindi state ridotte al minimo le domande relative ad aspetti peculiari dell'Azienda ed inserite invece domande di carattere più generico.

1.4. Struttura del questionario

Il questionario è costituito complessivamente da 17 domande a risposta chiusa con la richiesta di una breve argomentazione.

Esso si articola in due sezioni: la prima, a contenuto «tecnico/economico», coinvolge l'area legale e si propone di rilevare i dati riguardanti le polizze assicurative sottoscritte e gli elementi necessari per valutare la «sinistrosità» dell'azienda (ossia la tendenza che si verificano sinistri all'interno della struttura); la seconda, «medico/sanitaria», è destinata al respon-

sabile dell'area sanitaria ed ha lo scopo di individuare le prassi e le procedure che vengono attivate dall'azienda al fine di evitare che si verifichino eventi indesiderati.

Per tutta la durata della ricerca (dal luglio 2001 ad aprile 2002) gli interpellati hanno potuto fare affidamento su di un servizio telefonico di assistenza per la corretta compilazione del questionario e la spiegazione di eventuali quesiti dubbi.

1.5. Il campione

Destinatari del questionario sono state le 17 aziende del Sistema sanitario regionale Marche (tra cui 13 Aziende sanitarie locali e 4 Aziende ospedaliere). I destinatari «fisici» del questionario sono responsabili assicurativi delle aziende per la parte tecnico/economica (membri degli uffici legali) e i Direttori sanitari, per la parte medico/sanitaria.

Sono stati raccolti in tempo utile 10 questionari (tasso di risposta pari al 58,8%). Alcuni di essi erano solo parzialmente utilizzabili e le informazioni ricevute non sono state omogenee per tutto il campione dato il diverso stato di avanzamento della funzione di *risk management*, date le diverse capacità dell'azienda di rilevare i dati richiesti e data la complessità intrinseca delle diverse organizzazioni interpellate. Le 10 aziende costituiscono un campione abbastanza variegato, come indica la tabella 1. Si tratta, in prevalenza, di aziende di piccole e medie dimensioni (5).

2. L'analisi quantitativa

2.1. Numero di accadimenti e denunce (1995-2000)

Dalla figura 1 si può notare che il numero degli accadimenti, anche se di poco, risulta sempre maggiore del nu-

Tabella 1 - Dimensioni del campione

Azienda	Città	Personale in servizio (unità equivalenti) (*)	Popolazione assistita	Numero posti letto
Asl 2	Urbino	738	80.477	337
Asl 3	Fano	879	127.305	555
Asl 5	Jesi	837	102.042	418
Asl 8	Civitanova	698	111.447	352
Asl 9	Macerata	1122	131.427	560
Asl 11	Fermo	1004,4	154.419	415
Asl 13	Ascoli	992	117.556	521
A.o. S. Salvatore	Pesaro	787,5		428
A.o. Salesi	Ancona	385,5		241
A.o. Umberto I	Ancona	1516		735

Fonte: A.R.S. Marche.

(*) Unità di personale in servizio moltiplicate per il numero di mesi lavorati, diviso 12 mesi. Tale valore viene adoperato per valutare le dimensioni delle Aziende che compongono il campione. Esso appare significativo in virtù del fatto che ci stiamo occupando prevalentemente di rischi sanitari, ossia di quei rischi che possono occorrere durante lo svolgimento delle attività caratteristiche delle Aziende sanitarie e che quindi possono essere generati dal personale sanitario.

mero delle denunce registrate. Ciò dimostrerebbe una tendenza alla richiesta di risarcimento dei cittadini in seguito ad incidenti, inferiore rispetto alla «sinistrosità» delle aziende. In seguito ad un periodo in cui si sono verificati un numero abbastanza ridotto di accadimenti e di denunce (triennio 1995-1996-1997), entrambi i valori hanno subito una forte impennata nel corso del triennio successivo. Per quanto riguarda gli accadimenti, infatti, si è passati dai 75 registrati nel 1997 ai 314 registrati nel 1998 con un incremento del 418,67%, mentre, per quanto riguarda il numero delle denunce, esso è passato da 66, registrate nel 1997, a 290 dell'anno successivo (incremento su base annua del 439,4%). Tale fenomeno, cui gli operatori interpellati non riescono a dare una risposta univoca e definitiva, può essere imputato ad una serie di variabili. Tra queste, in letteratura quelle che sembrano avere un'influenza decisiva sono le dinamiche demografiche (invecchiamento della popolazione) ed i progressi tecnologici che aumentano la complessità delle prestazioni erogate (Del Vecchio, 2001).

Il dato rilevato, anche se è indubbiamente in grado di fornire l'andamento complessivo di queste due variabili non è del tutto significativo. Come indicato nella tabella 2, solo il 50% del campione è stato in grado di risalire fino al 1995 per fornire i dati richiesti. Tale fenomeno può essere giustificato in diversi modi come anche più avanti dimostreremo:

- scarsa sensibilità alle problematiche del *risk management*;
- tendenza del mercato assicurativo a considerare le Asl e le Ao dei clienti «particolari»;
- scarso ricorso all'informatizzazione dei dati e quindi necessità di ricorrere a «supporti» cartacei per la raccolta delle informazioni.

Oltre a queste motivazioni di carattere generale, se ne possono rintracciare altre di carattere particolare, come ad esempio il fatto che non tutte le aziende che compongono il campione fossero configurate autonomamente dal punto di vista istituzionale all'inizio del periodo considerato (6) o che alcune abbiano fatto ricorso ad una massiccia informatizzazione dei dati solo nel 1998 con il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale.

La quasi totalità delle aziende invece è stata in grado di fornire i dati relativi al triennio 1998-2000, segno che in questi ultimi anni si è rivolta una maggiore attenzione a questa tematica, anche a causa dell'incremento dei danni e del conseguente incremento dei premi da versare.

2.2. Distribuzione degli eventi

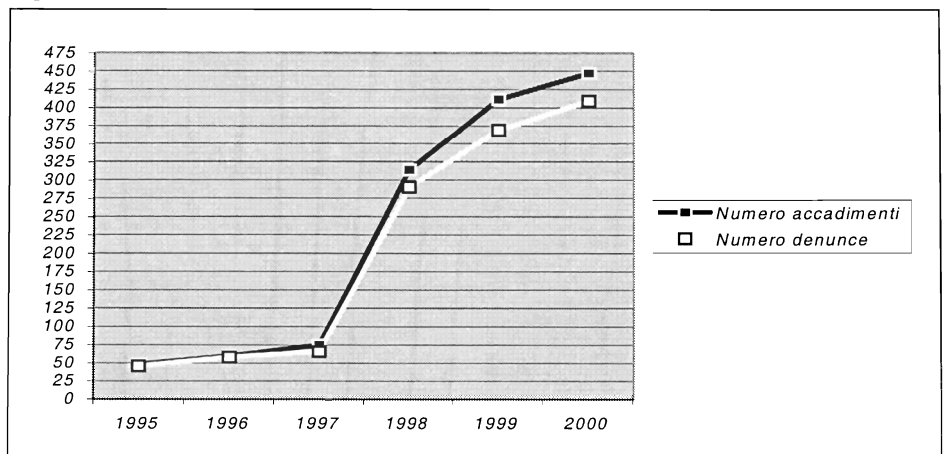
Passiamo ora ad analizzare la distribuzione degli eventi e la natura dei rischi che le aziende devono fronteggiare.

Per facilitare la raccolta dei dati alle aziende interpellate, sono state distinte due sole categorie di rischio. La prima categoria individuata è stata quella

dei rischi sanitari. Per rischi sanitari si intendono tutti quei rischi che derivano dall'attività caratteristica delle aziende ossia prestazioni medico-sanitarie. All'interno di questo aggregato rientrano perciò gli incidenti che occorrono nel corso degli interventi di chirurgia, nell'ambito di visite ortopediche, oculistiche, durante l'attività di pronto soccorso ecc. Ovviamente, la categoria di rischi così definita è estremamente vasta, per cui può apparire ridotto il suo contenuto informativo. Sarebbe però risultato difficile effettuare ulteriori distinzioni all'interno di questo aggregato di facile estrapolazione o, al contrario, non troppo semplicistiche (7).

Accanto a questa prima categoria, è stata ricavata, in via residuale, la categoria dei rischi diversi. Questi sono rappresentati da tutti i rischi a cui le aziende sono esposte a prescindere dalla loro attività medico-sanitaria. Riguardano prevalentemente danni al patrimonio aziendale, o dei pazienti e dei loro familiari, che avvengono durante la permanenza all'interno delle strutture degli ospedali. Benché difficili da prevedere, tali incidenti sono i più facili da prevenire, poiché spesso

Figura 1 - Numero di accadimenti e denunce nelle aziende considerate



Fonte: A.R.S. Marche.

generati dall'imperizia dei manutentori degli stabili.

Come si evince dalla figura 2, la distribuzione degli accadimenti tra sanitari e diversi è nel periodo analizzato abbastanza omogenea. Gli incidenti sanitari sono preponderanti ed oscillano tra il 92% del 1996 ed il 76% del 1997. I dati rilevati evidenziano, inoltre, un progressivo incremento nel quadriennio 1996-2000 degli accadimenti sanitari. Ad esso si associa anche un incremento del numero complessivo degli accadimenti. Dei 446 eventi rilevati nel 2000 ad esempio, ben 384 (86,1%) sono di origine sanitaria mentre solo 62 (13,9%) derivano da altre cause. Le aziende quindi si trovano principalmente a fronteggiare una forte minaccia che proviene dal loro interno e che deriva specificamente dall'azione dei membri della propria organizzazione.

La rilevazione di questo dato è risultato differente tra le varie aziende che compongono il campione ed anche in questo caso è opportuno effettuare delle distinzioni all'interno del campione:

1) solamente il 40% del campione è riuscito a rilevare gli accadimenti relativi al triennio 1995-1997;

2) l'80% del campione è stato in grado di fornire il valore relativo al 1998;

3) il 90% del campione è stato in grado di fornire i dati relativi all'ultimo biennio interessato dall'indagine (1999-2000).

2.3. La formula assicurativa

Le formule assicurative si distinguono in base alla copertura temporale del rischio che offrono. Le compagnie assicurative propongono due polizze distinte in base alla copertura temporale:

1) *Loss Occurrence*: è una formula assicurativa che obbliga l'assi-

curatore a farsi carico di tutti i sinistri verificatisi in corso di validità del contratto, purché denunciati nel termine di prescrizione di legge (dieci anni dall'evento). Tale formula contrattuale comporta indubbiamente un'esposizione al rischio particolarmente onerosa per la compagnia assicurativa;

2) *Claims Made*: è una formula che obbliga l'assicuratore a risarcire i danni conseguenti ad eventi che si sono verificati e sono stati altresì denunciati nel periodo di efficacia della polizza. Tale clausola riduce evidentemente gli oneri per la compagnia ma mette in difficoltà l'azienda assicurata dal momento che la persona danneggiata può inoltrare denuncia anche molto tempo dopo il verificarsi del sinistro.

Per evitare situazioni di mancanza di copertura assicurativa, il mercato offre anche una terza formula assicurativa, la *claims made temporato*, per cui le compagnie si impegnano ad offrire dei periodi di «ultrattività» delle polizze, ossia di efficacia oltre scadenza, dietro il corrispettivo di consistenti premi assicurativi. È per questa ragione che molti operatori assicurativi non

riconoscono come esaustiva questa classificazione proposta. L'indagine però si è limitata ad effettuare questa distinzione; essa appariva utile per osservare certi comportamenti:

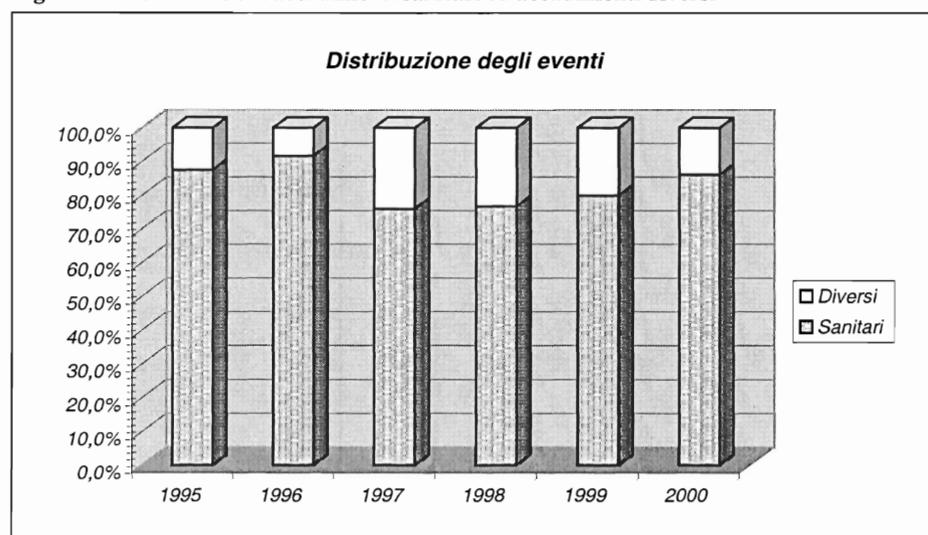
a) è necessario approfondire quale sia la reazione del mercato assicurativo alla variazione del numero degli accadimenti;

b) è utile per capire quali siano i rapporti di forza all'interno del mercato tra clienti assicurati e assicuratori.

Come appare evidente dalla figura 3, la tendenza a sottoscrivere polizze di tipo *loss occurrence* ha prevalso fino al 1998. Nel 1999 questa tendenza si è invertita decisamente tanto che nel 2000 solo il 20% delle polizze sottoscritte è stato di tipo *loss occurrence*.

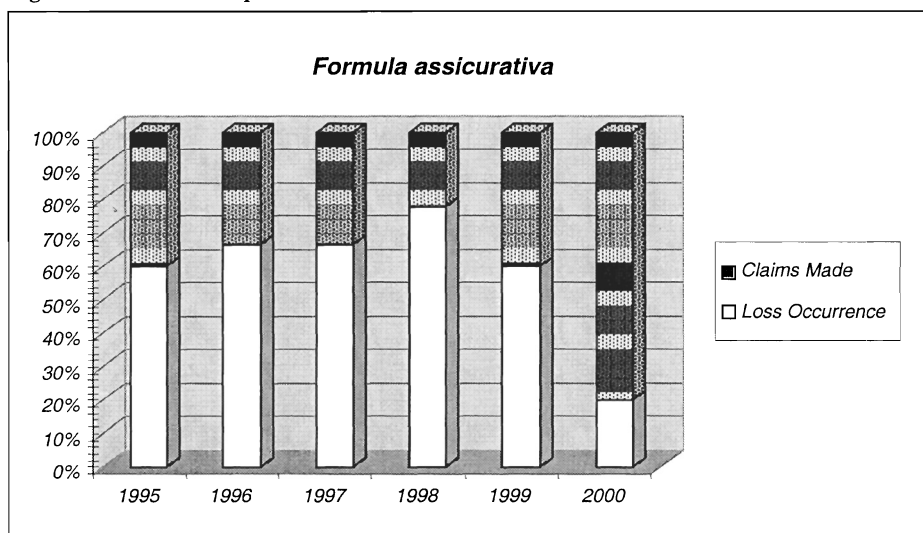
Per interpretare in maniera più appropriata tale dato, bisogna notare che il valore degli accadimenti e delle denunce presentate, rilevati nel 1998, ha subito un fortissimo incremento (439,39% le denunce e 418,67% gli eventi) rispetto all'anno precedente. Con molta probabilità tale significativo incremento ha indotto le compagnie assicurative a rinegoziare le po-

Figura 2 - Distinzione tra accadimenti sanitari ed accadimenti diversi



Fonte: A.R.S. Marche.

Figura 3 - Natura delle polizze sottoscritte



Fonte: A.R.S. Marche.

lize privilegiando, ovviamente, la formula *claims made*. L'obiettivo era quello, evidentemente, di porre un discrimine temporale tra ciò che era accaduto prima del 2000 e ciò che sarebbe accaduto successivamente.

Si può prevedere che, con molta probabilità, vi sarà a breve anche il problema di fronteggiare i rimborsi per i danni cagionati nel periodo non coperto dalle polizze. Per questi ultimi rimborsi è possibile ipotizzare che vi sarà un massiccio ricorso al cosiddetto *claims made temporato*, che cioè avrà delle «code temporali» studiate *ad hoc* per fronteggiare gli esborsi di denaro che, altrimenti, le aziende da sole dovrebbero affrontare.

Da tutto ciò si può anche desumere che, dopo un periodo in cui le strutture ospedaliere sono state considerate clienti «privilegiati» (in quanto assicuravano puntualmente il versamento del premio e avevano dei tassi di rischiosità abbastanza contenuti), l'incremento di premi e denunce ha fatto sì che perdessero tale *status* tanto da indurre le compagnie a rinegoziare contratti per loro più favorevoli.

2.4. I premi

Le polizze assicurative di cui ci siamo occupati fino ad ora sono quelle che riguardano la responsabilità civile dell'azienda nei confronti dei terzi (RCT).

Il premio viene calcolato applicando il tasso previsto dal contratto al monte retribuzioni, depurate da incentivi di produttività e di libera professione. Come accennato in precedenza, il valore del premio versato varia per tutto l'arco del periodo considerato.

Per sopperire alla variabilità temporale dei contratti, è stato calcolato il valore medio del premio ossia la media ponderata dei premi pagati nel corso dell'anno. Ciò è dipeso dal fatto che non tutti i contratti hanno una durata che coincide con l'anno solare (1° gennaio-31 dicembre). A ciò si aggiunge che la durata minima dei contratti è variabile. Sono state rilevate, infatti, delle polizze con durata inferiore all'anno (trimestrali e semestrali) il cui premio era, ovviamente, molto al di sopra della media dei premi considerati. In questi casi le variazioni erano imputabili non solo alla «rischiosità» intrinseca dell'azienda ma anche a fattori di natura negoziale.

Come si può osservare dalla tabella 2, nel 1998 la media dei premi versati dalle aziende che compongono il campione subisce un incremento del 34,6%, del 33,8% nel 1999 e del 14,3% nel 2000. Nella tabella 3 successiva sono invece elencate le somme effettivamente versate dalle aziende nel corso dell'ultimo anno esaminato; durante il 2000 le aziende prese in considerazione arrivano a versare premi per un totale di L. 7.871.735.892.

Alla luce dei dati presentati è possibile fare tre ordini di considerazioni:

1) mettendo a confronto i dati raccolti, si evidenzia una relazione di-

Tabella 2 - Evoluzione dei premi

Variazione % del premio		Variazione % del premio: Aziende sanitarie locali		Variazione % del premio: Aziende ospedaliere	
Anno	Variazione	Anno	Variazione	Anno	Variazione
1996	-8,4%	1996	14,4%	1996	-0,05%
1997	5,2%	1997	10,8%	1997	5,8%
1998	34,6%	1998	36,1%	1998	46,9%
1999	33,8%	1999	33,7%	1999	25,4%
2000	14,3%	2000	15,5%	2000	12,4%

Fonte: A.R.S. Marche.

retta tra il numero degli accadimenti e delle denunce e la variazione dei premi da versare. Indubbiamente un incremento del 318% degli accadimenti ed una crescita delle denunce del 339% pare sufficiente per giustificare i suddetti rincari;

2) anche in questo caso l'anno in cui si registrano le modifiche più rilevanti è il 1998;

3) un'ulteriore considerazione che può essere fatta è che, nonostante circa il 40% delle aziende intervistate abbia subito una modifica «penalizzante» della formula assicurativa (il passaggio dalla formula *loss occurrence* a quella *claims made* costringe le aziende a sobbarcarsi il costo di eventuali rimborsi conseguenti ad avvenimenti verificatisi al di fuori del periodo di validità della polizza oppure a negoziare con l'assicuratore delle «code temporali» spesso onerose), il premio non ha subito ribassi ed anzi, come precedentemente esposto (tabella 2), nel corso dell'anno 2000 ha subito un incremento del 14,3%.

Inoltre, scomponendo il dato ottenuto in base alla categoria di azienda (tabella 2), si nota come gli incrementi relativi più significativi si siano verificati per le Aziende sanitarie locali nonostante il premio versato dalle Aziende ospedaliere sia mediamente maggiore rispetto a quello versato dalle Aziende sanitarie locali (figura 5). A ciò va aggiunto che il dato relativo al personale di ruolo sanitario espresso, sotto forma di unità equivalenti, dalle Aziende sanitarie locali nel campione, è mediamente vicinissimo al dato relativo alle Aziende ospedaliere esaminate (895,8 unità equivalenti per le Aziende sanitarie locali contro le 896,3 per le Aziende ospedaliere). Le modifiche apportate al premio non sembrano quindi dipendere in modo determinante dal valore assoluto delle prestazioni erogate. È stato, inoltre, accertato che la mag-

gior parte delle aziende interrogate non è in grado di stabilire quali siano gli effettivi importi che le compagnie assicurative versano a titolo di risarcimento per i danni cagionati. Non è quindi stato possibile, attraverso i dati forniti dal campione, individuare una relazione tra l'ammontare dei premi versati ed il valore dei risarcimenti effettuati.

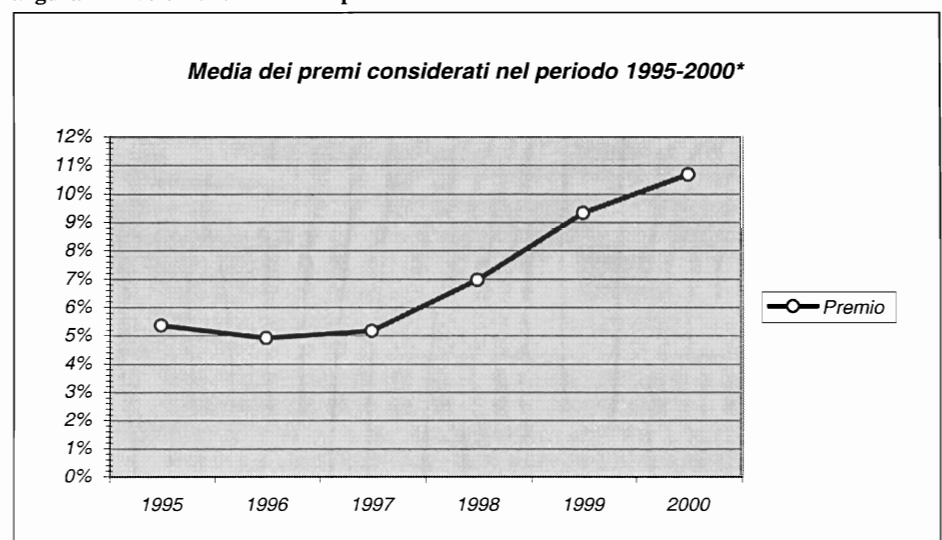
Anche in questo caso occorre precisare che non tutte le aziende interrogate hanno messo a disposizione dati omogenei e che la capacità d'indagine del campione è stata abbastanza variabile. Anche in questo caso i valori relativi al 1995 riguardano solo tre delle dieci aziende scrutinate mentre i dati relativi al biennio 1999/2000 riguardano la totalità del campione.

Tabella 3 - Premi versati nell'anno 2000

Azienda	Premio versato
Asl 2	600.000.000
Asl 3	418.680.000
Asl 5	740.000.000
Asl 8	440.000.000
Asl 9	917.477.994
Asl 11	896.131.000
Asl 13	499.893.898
A.o. S. Salvatore	1.267.536.000
A.o. Salesi	464.134.000
A.o. Umberto I	1.627.883.000

Fonte: A.R.S. Marche.

Figura 4 - Evoluzione media dei premi



Fonte: A.R.S. Marche.

2.5. I massimali

I massimali indicano il valore massimo del rimborso previsto dal contratto di assicurazione in risarcimento di un danno cagionato ingiustamente. L'articolo 1905 del C.C. sancisce la regola fondamentale del principio indennitario: «L'assicuratore è tenuto a risarcire, nei modi e nei limiti stabiliti dal contratto, il danno sofferto dall'assicurato in conseguenza del sinistro» (Gandolfi, 1998).

Anche per i massimali (come per i premi) il valore preso in considerazione è stato ottenuto effettuando una media ponderata dei massimali indicati dalle aziende all'interno dell'intervista. Come pesi sono stati utilizzati i mesi dell'anno in cui tali massimali hanno avuto efficacia. La giustificazione, anche in questo caso, è data dal fatto che i contratti non hanno né una durata che coincide con la durata dell'anno solare (1° gennaio-31 dicembre) né in alcuni casi una durata quantomeno annuale.

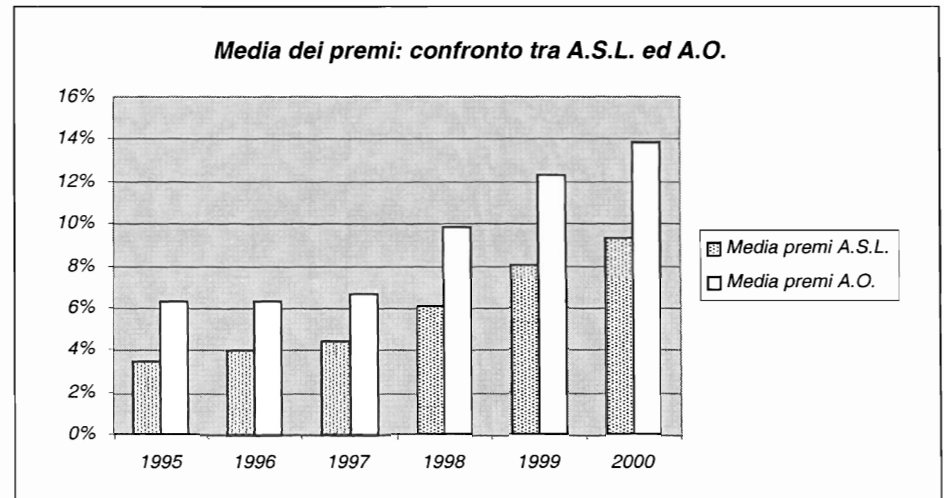
Come si evince dal figura 6, i massimali relativi alle aziende che costituiscono il campione seguono una tendenza abbastanza omogenea dal 1995 al 1997 nonostante appartengano a tre categorie diverse. Si può, infatti, notare una contrazione del valore medio dei massimali. La tabella 4 mostra che nel corso del 1996 il dato relativo al massimale per i sinistri diminuisce del 16%, quello relativo al massimale per danni alle persone diminuisce del 34% e la stessa sorte subisce quello relativo al massimale per danni a cose ed animali (diminuzione del 21,6%). La tendenza si inverte subito nell'anno successivo con degli incrementi rispettivamente del 16,1%, del 12,4% e dell'1,4%. È nel corso del 1998 che il valore medio dei massimali assume un andamento discordante. Mentre il valore relativo ai sinistri continua la sua ascesa (con un incremento del 10%),

gli altri due retrocedono significativamente, con variazioni negative rispettivamente del 18% e del 30,5%. L'incremento netto del massimale per sinistri tra il 1995 ed il 2000 è del 27% ed il suo valore medio è di 8.450.000.000 di lire. Al contrario, decresce il valore medio dei massimali relativi ai danni alle persone e quello relativo ai danni a cose ed animali; il primo dei due valori preso in considerazione subisce

una diminuzione dell'1% mentre per l'altro la diminuzione è del 6%.

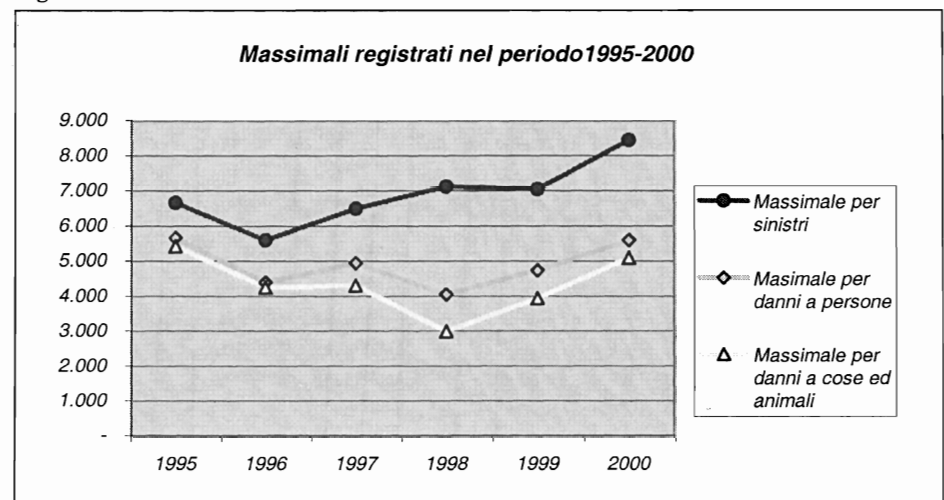
Nel 20% dei casi, sono state sottoscritte delle polizze che prevedono delle limitazioni ai massimali (fino al dimezzamento) qualora un individuo richieda un risarcimento per danni da HIV o da AIDS. Secondo gli organi aziendali interpellati ciò dipende dalla rapidità con cui questa infezione si diffonde a livello nazionale, e dalla

Figura 5 - Evoluzione dei premi: confronto tra A.s.l. ed A.o.



Fonte: A.R.S. Marche.

Figura 6 - Evoluzione dei massimali



Fonte: A.R.S. Marche.

difficoltà di accertamento delle cause. La malattia, infatti, ha tempi d'incubazione estremamente lunghi e l'accertamento dell'origine risulta essere, in taluni casi, lungo e complesso, esponendo le compagnie assicurative a costi non prevedibili da cui si tutelano attraverso la stipula di clausole contrattuali di questo tipo.

Pur non essendo un elemento soggetto a particolari attenzioni da parte delle aziende, che privilegiano altri elementi quali l'ammontare del premio, la formula assicurativa o la durata del contratto, l'analisi dei massimali presenta un contenuto informativo rilevante e lo studio incrociato del massimale e di altri elementi dei contratti, offre lo spunto per una serie di considerazioni.

a) L'unico massimale che, nel periodo analizzato, subisce variazioni rilevanti, è quello per sinistri. Ciò sembra confermare la debolezza delle aziende di fronte alla gestione di questi accadimenti negativi. Con molta probabilità il rimborso del danno è considerato il metodo privilegiato per affrontare gli accadimenti negativi che devono essere fronteggiati.

b) Il massimale per sinistri (tabella 4) cresce al crescere degli accadimenti negativi (figura 1) e nonostante il rapporto tra accadimenti di origine sanitaria ed accadimenti di origine non sanitaria resti pressoché costante (figura 2). Tutto ciò permette, realisticamente, di ipotizzare che si sia verificata una crescita delle somme richieste a titolo di risarcimento (questo dato però non è corroborato dai risultati dell'indagine, poiché le aziende non conoscono l'ammontare dei risarcimenti effettuati dalle compagnie assicurative) e forse anche un aggravamento degli accadimenti verificatisi.

c) L'incremento dei premi versati segue di pari passo l'incremento dei massimali. Ciò evidenzia un legame diretto tra questi due elementi del con-

tratto di assicurazione. Il premio cresce anche per quelle aziende che hanno sottoscritto delle clausole che riducono l'ammontare dei massimali in seguito al verificarsi di particolari eventi (es.: infezioni da HIV).

d) Le Aziende ospedaliere dispongono di massimali molto più elevati rispetto alle Aziende sanitarie locali (figura 7). Ciò permette di dedurre che l'entità degli avvenimenti negativi che devono fronteggiare le prime è

tendenzialmente maggiore rispetto a quelli che devono fronteggiare le seconde. Anche a ciò è probabilmente legata l'entità dei premi versati dalle Aziende ospedaliere (figura 4).

3. L'analisi qualitativa

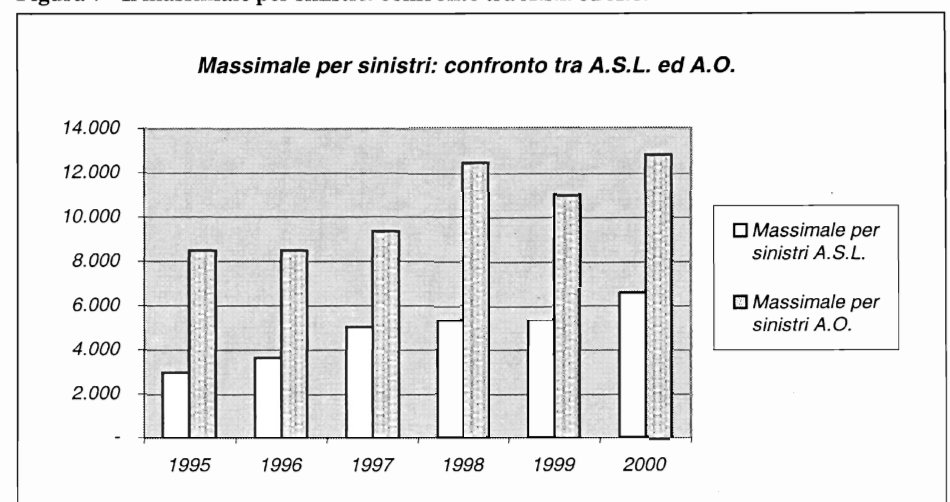
La seconda parte dell'analisi affronta le risposte fornite dal campione ai quesiti contenuti nell'indagine. Le domande contenute nel questionario,

Tabella 4 - Variazioni nell'evoluzione dei massimali

Variazione % del massimale per sinistri		Variazione % del massimale per danni a persone		Variazione % del massimale per danni a cose ed animali	
Anno	Variazione	Anno	Variazione	Anno	Variazione
1996	-16%	1996	-34%	1996	-21,6%
1997	16,1%	1997	12,5%	1997	1,4%
1998	10%	1998	-18%	1998	-30,5%
1999	-1,1%	1999	16,9%	1999	31,7%
2000	20%	2000	18%	2000	29%
Variazione complessiva	27%	Variazione complessiva	-1%	Variazione complessiva	-6%

Fonte: A.R.S. Marche.

Figura 7 - Il massimale per sinistri: confronto tra A.s.l. ed A.o.



Fonte: A.R.S. Marche.

come abbiamo già detto, sono state suddivise in due sezioni: la prima «tecnico/economica» e la seconda «medico/sanitaria».

L'esposizione delle risposte seguirà un ordine diverso da quello del questionario, al fine di consentire un'analisi omogenea ed organica. Le risposte, infatti, in sede di rielaborazione sono state suddivise in tre grandi blocchi:

1) *identificazione del rischio*: si è tentato di analizzare il modo in cui le aziende si proteggono da eventuali rischi di natura sanitaria. A questo scopo, una conoscenza approfondita delle minacce da fronteggiare assume un ruolo estremamente rilevante. Tenendo in considerazione la scarsa diffusione dei processi di *risk management* da parte delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere, il questionario pone delle domande estremamente semplificate che sono tuttavia in grado di cogliere il grado di attenzione per questa specifica tematica affrontata dall'indagine;

2) *prevenzione*: l'indagine cerca di evidenziare quali siano i tentativi di prevenire gli avvenimenti rischiosi messi in atto dalle aziende che costituiscono il campione. È opportuno ricordare che ai fini della nostra ricerca, i rischi presi in considerazione sono quelli di natura medico sanitaria. La tematica viene successivamente approfondita attraverso la trattazione di due argomenti rilevanti come il consenso informato e le informazioni legali detenute dal personale medico/sanitario;

3) *protezione*: l'indagine si propone anche di approfondire in che modo le aziende esaminate cerchino di minimizzare il danno derivante dal materializzarsi di eventuali minacce. Per questo scopo è necessaria la collaborazione di tutti i membri dell'organizzazione al fine di rendere tempestivo ed efficace l'intervento posto in es-

sere. Il problema diventa tanto più rilevante se si pensa alla complessità ed alla delicatezza delle prestazioni erogate da questa particolare tipologia di aziende.

3.1. L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha per oggetto l'insieme di operazioni e metodologie impiegate per l'identificazione e la valutazione dei rischi puri. Le minacce cui l'azienda è esposta hanno la proprietà di non essere facilmente rilevabili, anzi di essere, nella maggior parte dei casi, celate dietro situazioni apparentemente sicure e di scarsa complessità. L'analisi del rischio diventa quindi essenziale al fine di superare l'incertezza della vita dell'azienda. Essa consiste in un attento lavoro di raccolta, elaborazione e comprensione di informazioni volto a migliorare la conoscenza dei rischi, a perfezionare gli eventuali interventi accrescendone la precisione, ad incrementare la qualità dei processi decisionali grazie ad una conoscenza approfondita dei problemi.

L'analisi del rischio si compone di due fasi: identificazione del rischio e sua valutazione. L'identificazione ha come obiettivo accertare le minacce (e descriverne origine ed effetti potenziali), mentre la valutazione ne stabilisce l'entità, eventualmente, laddove è possibile, attraverso un indicatore quantitativo. Entrambe le fasi dell'analisi del rischio sono indispensabili, sebbene la prima sia più «popolare» e la seconda sia talvolta intesa come una semplice «aggiunta». Bisogna a tal fine ricordare che nelle aziende sanitarie i rischi principali, seppur riconducibili ad un'unica categoria logica (rischio medico/sanitario), sono di natura eterogenea e, quindi, non direttamente confrontabili tra loro, senza essere espressi in una comune unità di misura. A ciò si aggiunga che le scelte

aziendali, ove possibile, devono essere riconducibili anche ad un calcolo di natura economica. Senza questo tipo di informazioni, sarebbe impossibile prendere decisioni corrette circa le contromisure da adottare per fronteggiare eventuali rischi. In queste aziende, quindi, la valutazione del rischio è spesso demandata all'assicuratore il quale, spesso, non realizza analisi approfondite, ma si limita ad applicare alcuni parametri *standard*. A ciò si aggiunge il tradizionale pregiudizio della classe medica nei confronti delle valutazioni economiche, accusate di limitare il campo d'azione delle loro decisioni.

Gli effetti della insufficiente analisi del rischio sono molteplici:

— impreparazione di fronte al materializzarsi di minacce non individuate o sottovalutate;

— attribuzione inadeguate o sovrastimata di risorse per gli interventi (assicurativi e non) destinati a fronteggiare gli accadimenti indesiderati;

— processi decisionali incapaci di far fronte a situazioni di emergenza.

È indispensabile quindi che tutte le aziende siano in possesso di un patrimonio informativo tale da garantire loro una vita duratura. Informazioni qualitativamente valide e quantitativamente adeguate sono tanto più indispensabili quanto più sono complessi i processi produttivi che devono essere attuati. Inoltre una funzione di *risk management* non può prescindere da un avanzato sistema informativo.

Il questionario ha quindi domandato alle aziende che costituiscono il campione se sono o no in possesso di un *database* in grado di raccogliere almeno le informazioni relative alle denunce.

Tale strumento risulta essere estremamente efficace per l'identificazione dei rischi. L'esperienza degli operatori infatti è in grado di evitare che determinati accadimenti si verificino

nuovamente e che producano, eventualmente, conseguenze ancora più dannose per l'organizzazione.

Come si può notare, più della metà del campione non ha a disposizione un *database* delle denunce (8). Tale negligenza è certamente da ricondurre alla mancanza di uno specifico obbligo di legge in materia ma anche ad una scarsa comprensione dell'utilità di questo tipo di informazioni. Anche quando esiste una politica aziendale finalizzata alla investigazione degli eventi bisogna notare che, proprio coloro che sarebbero tenuti alla rilevazione «operativa» (ossia il personale medico), oppongono (secondo il parere degli intervistati), le maggiori resistenze. Le più frequenti sono di quattro tipi:

1) gli attuali carichi di lavoro cui si aggiunge l'onere della rilevazione del rischio;

2) il timore che si possano imputare delle mancanze al responsabile della rilevazione;

3) la volontà di non gettare una cattiva luce sulla propria unità organizzativa;

4) la scarsa collaborazione da parte del personale amministrativo nel caso in cui, già in passato, siano già state segnalate delle carenze.

Come si può notare solo una parte minoritaria di aziende è in possesso di un supporto informativo. Laddove se ne è riscontrata l'esistenza, esso rispetta alcuni dei parametri minimi di utilità (Misani, 2000), ossia:

— natura dell'evento e modalità di realizzazione;

— conseguenze dirette accertate;

— nominativi delle persone coinvolte.

Solo in un caso esso presenta anche la specificazione del luogo dove l'evento si è verificato. In nessun caso invece è stata registrata anche la causa del fatto. L'omissione di quest'ultimo dato riduce notevolmente la capacità

dei suddetti database di ridurre il numero di eventi dannosi.

Successivamente è stato chiesto se esistono iniziative finalizzate all'indagine dei casi di *malpractice*.

Ai fini di una corretta analisi dei rischi è necessario stabilire quale sia stata la causa (o le cause) che ha determinato il verificarsi di fatti dolosi o colposi all'interno dell'azienda (Ferry, 1988). L'investigazione delle cause (o *accident investigation*) è uno strumento indispensabile al fine di evitare che determinati eventi si ripetano; è quindi un mezzo essenziale di prevenzione. Senza una approfondita conoscenza dei fattori scatenanti non è possibile effettuare interventi correttivi. Inoltre capita di frequente che, partendo dall'analisi di alcuni accadimenti, sia possibile rilevare l'esistenza di ulteriori disfunzioni che ancora non hanno procurato danni ma che, potenzialmente, sono in grado di farlo, consentendo quindi agli operatori di intervenire sull'anomalia con tempestività. Nella maggior parte dei casi, l'investigazione permette anche di individuare le responsabilità dei fatti oggetto dell'indagine anche se questo non deve diventare lo scopo primario di tale attività. Innanzitutto infatti l'individuazione e lo studio di un errore deve far sì che esso non si ripeta. Oltretutto, agendo così si aumenta il tasso di fiducia dei membri dell'organizzazione nell'attività di *risk management* e si evitano inutili colpevolizzazioni. Diversamente prevale la tendenza all'occultamento o alla distorsione volontaria dei fatti. Gli stessi casi di *malpractice*, per quanto spiacevoli, posseggono quindi degli utili elementi di studio e rappresentano un'occasione di miglioramento.

Solo un terzo delle aziende esaminate dispone di procedure codificate per l'indagine degli incidenti. Da quanto emerso dai giudizi espressi nel questionario e per quanto si è potuto

apprendere dalle interviste, prevale inoltre la tendenza ad attribuire a queste procedure lo scopo di accertare quale siano state le responsabilità dei membri dell'organizzazione nell'accaduto al fine di agevolare o integrare il lavoro delle compagnie assicurative al momento di risarcire il danneggiato o di fornire elementi di prova nell'ambito di un procedimento legale. Ovviamente, laddove gli interrogati hanno risposto di non possedere una procedura codificata, hanno specificato di riferirsi quantomeno ad una prassi consolidata maturata nel corso degli anni.

Il dato integra inoltre quanto detto a commento della tabella 5. Si può notare infatti come solo il 33% del campione posseda una procedura di indagine delle cause che stanno all'origine dei casi di *malpractice* mentre il 40% dispone di un database per la gestione delle denunce. Se si accetta la classificazione che dei rischi fa Misani si deve attribuire al rischio sanitario la connotazione di *rischio rilevante*, e quindi,

Tabella 5 - Esiste un database relativo alla gestione delle denunce?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	4	40%
No	6	60%
Totale	10	100%

Tabella 6 - Esiste una procedura finalizzata all'indagine dei casi di malpractice?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	3	33%
No	6	67%
Totale	9	100%

Per le risposte alla parte medico/sanitaria il campione si riduce a nove aziende dato che un questionario ci è pervenuto compilato solo in parte.

data la severità delle conseguenze per l'organizzazione, tale rischio merita un'attenzione particolare. Alla luce di quanto detto, sarebbe di certo opportuno che coloro che posseggono un database per la gestione delle denunce, includessero le cause che hanno provocato gli eventi, studiando rigorosamente le cause dei casi di *malpractice*.

3.2. La prevenzione dei rischi

Alla prevenzione del rischio è stata dedicata un'ampia parte dell'indagine sia per l'importanza che tale strumento ha all'interno di ogni programma di *risk management* sia per il peso che assume nel caso specifico della sanità. Gli incidenti che si verificano in questo settore infatti non hanno solo effetti diretti sulle risorse di cui dispone l'azienda ma coinvolgono anche la salute dei pazienti, in talune occasioni, con conseguenze irrimediabili.

I dati della tabella 7 dimostrano come vi sia una certa attenzione da parte degli operatori per le iniziative di prevenzione dei rischi sanitari. Laddove il campione ha risposto negativamente, partendo dalle argomentazioni che sono state fornite si deduce che le procedure previste nei protocolli medici sono ritenute insufficienti a garantire la sicurezza delle operazioni e che non sono state attivate ulteriori iniziative rispetto a quelle previste dalle leggi nazionali o dalle circolari ministeriali. Ad integrazione delle risposte affermative invece, prevalgono delle manifestazioni «virtuose» di intenti, riconducibili a:

— iniziative di sensibilizzazione della direzione sanitaria nei confronti del personale medico;

— studio di veri e propri programmi di *risk management*;

— iniziative di prevenzione mirate ad aree di attività specifiche (es.: ortopedia, malattie infettive ecc.).

Dalla tabella 8 si nota come solo una parte minoritaria del campione abbia attuato vere e proprie politiche di responsabilizzazione del personale medico/sanitario rispetto al verificarsi degli eventi negativi. Anche a livello nazionale, nell'ambito del settore pubblico nel suo complesso, iniziative di questo genere sono state introdotte a fatica. Ovviamente tale ritardo ha riguardato anche il Sistema sanitario nazionale. L'introduzione di strumenti di accreditamento e promozione della qualità ha però contribuito a migliorare la situazione. Anche se il dato non è confortante si evince dal questionario che la maggior parte delle aziende intervistate è in procinto di assumere iniziative orientate in questa direzione. Inoltre, anche se non sono state introdotte misure preventive concrete, è in atto, anche per l'attenzione dedicata dai mezzi di informazione, una campagna di sensibilizzazione nei confronti di questa tematica.

L'indagine ha rilevato nel campione la presenza di due tipi di misure di prevenzione;

1) al momento della negoziazione del *budget*, fra gli elementi di valutazione dei responsabili delle Uu.oo., ha influito anche il numero di incidenti verificatisi nell'unità di loro competenza;

2) l'esistenza di valutazioni periodiche dei dirigenti medici che tengono conto delle segnalazioni di disservizio, delle richieste di risarcimento, delle citazioni in giudizio che coinvolgono l'unità operativa di competenza.

Tali strumenti presentano però alcuni limiti concettuali. Se infatti nel primo caso non è chiara la relazione che dovrebbe intercorrere tra risorse assegnate all'unità operativa e la sicurezza della medesima (direttamente o inversamente proporzionale?), nel secondo caso sarebbe opportuno che a

valle della valutazione vi fosse la possibilità:

a) per i dirigenti medici delle unità operative, di influenzare in modo concreto la scelta del personale a loro disposizione;

b) di abbinare al procedimento di valutazione delle responsabilità anche un processo di ricerca delle cause che hanno prodotto l'evento.

3.2.1. Il consenso informato

All'interno della parte dedicata alla prevenzione assume un certo rilievo la trattazione di questa tematica. Il consenso informato è una procedura di informazione preventiva del malato circa le cure alle quali egli dovrà essere sottoposto, con l'obiettivo di raccogliere il consenso scritto. In quasi tutte le strutture ospedaliere sono predisposti appositi moduli per raccogliere dai pazienti il consenso scritto alle cure e ai rischi che vi sono connessi. Perché sia moralmente e giuridicamente valido, però, la richiesta di consenso deve essere preceduta da una

Tabella 7 - Esistono iniziative finalizzate alla prevenzione dei casi di *malpractice*?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	4	44%
No	5	56%
Totale	9	100%

Tabella 8 - Esiste una politica aziendale finalizzata a responsabilizzare il personale medico/sanitario riguardo al verificarsi di eventi dannosi?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	3	30%
No	7	70%
Totale	10	100%

completa informazione comprensibile all'interessato. Questo diritto, del resto, è sancito per legge dalla Riforma sanitaria del 1978 e recepito nelle diverse leggi regionali (a livello nazionale esiste solo la L. 107/90 sul consenso informato per la regolazione delle trasfusioni di sangue). Come prevede la deontologia professionale, il medico ha il dovere di dare al paziente, tenuto conto del suo livello di cultura e delle sue capacità di discernimento, la più accurata informazione sulla diagnosi, la prognosi, le prospettive terapeutiche e le loro conseguenze. Il modulo per il consenso informato deve essere, quindi, firmato dal paziente soltanto dopo che questi ha ricevuto le necessarie informazioni. Il medico deve informare l'assistito dei rischi, delle probabilità di riuscita del trattamento, della durata, delle possibili alternative. In caso di mancata informazione, il consenso risulta come non concesso. In altre parole, se l'assistito non è bene informato su ciò che gli viene chiesto di autorizzare sul proprio corpo, se anche viene indotto a firmare il consenso, esso non sarà valido ai sensi della legge. Inoltre, il consenso può essere revocato dal paziente o dai suoi familiari e, dunque, l'informazione deve essere continuamente aggiornata da parte del medico. Il rifiuto di firmare in mancanza delle informazioni sufficienti, non implica alcuna responsabilità del malato. Anzi, è consigliabile non firmare moduli in cui appaia evidente la volontà di delegare ogni responsabilità solo e soltanto all'assistito.

L'assoluta maggioranza del campione reputa il consenso informato un'utile strumento al fine di diminuire le denunce. L'informazione, infatti, dovrebbe accrescere nei pazienti la consapevolezza dei rischi e quindi far diminuire la «propensione alla denuncia».

Inoltre, è opinione prevalente che tale procedura renda minima quanto meno la possibilità da parte dei pazienti di richiedere un risarcimento a causa della mancata richiesta del consenso a determinati trattamenti. L'unica azienda che ha risposto negativamente ha sostenuto che: «... in ogni caso gli individui sono portati a denunciare le aziende sanitarie già solo per tentare di ottenere un rimborso minimo».

Al risultato esposto nella tabella 9 si ricollega il risultato riassunto nella tabella 10. Le metodologie più frequentemente utilizzate a questo scopo sono:

— istituzione di commissioni interne che verifichino l'utilizzo corretto delle procedure;

— monitoraggio diretto delle direzioni sanitaria e generale delle procedure per tutte le Uu.oo.;

— organizzazione di corsi e seminari di informazione e formazione sul tema.

Si è anche richiesto alle aziende di specificare in che modo avviene la raccolta del consenso informato. Tutte hanno risposto che avviene attraverso la compilazione, da parte del paziente, di un modulo differente per ciascuna unità organizzativa. Tale compilazione è preceduta dalla spiegazione verbale ad opera del personale medico sia delle caratteristiche del trattamento sia delle motivazioni che supportano la richiesta stessa.

Nonostante l'importanza che si dà a questa misura preventiva, un terzo del campione afferma che l'informazione fornita non è accurata. Per comprendere meglio tale risultato bisogna specificare che la domanda era contenuta all'interno della parte riservata al responsabile dell'area medica. Rispondendo in questo modo non si è voluto evidenziare i risvolti legali o i limiti della procedura ma si è sottolineato che la richiesta talvolta avviene con

prassi routinaria, in modo sbrigativo e con maggiore attenzione agli aspetti formali, facendola sembrare una forma di tutela per l'azienda in caso di denuncia più che un mezzo per rendere i pazienti consapevoli, accrescendo di pari passo la fiducia nel personale medico.

3.2.2. Gli aspetti legali

Nel corso della fase preparatoria del questionario, è emersa negli intervistati la propensione a sottolineare l'importanza delle informazioni legali in possesso del personale medico. La conoscenza della legge, infatti, sem-

Tabella 9 - Reputa rilevante l'informazione e la promozione del consenso informato da parte del personale medico al fine di diminuire il numero delle denunce da parte dei pazienti?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	8	89%
No	1	11%
Totale	9	100%

Tabella 10 - Esistono delle iniziative di promozione del consenso informato?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	9	100%
No	0	0%
Totale	9	100%

Tabella 11 - Reputa che l'informazione fornita sia accurata?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	6	67%
No	3	33%
Totale	9	100%

bra in grado, più ancora dell'esperienza di processo di *risk management*, di far diminuire i casi di denunce a carico dell'azienda. L'importanza della conoscenza della materia legale è fortemente percepita all'interno del campione. Ciò si può desumere osservando i dati riportati all'interno della tabella 12.

La stessa domanda, rivolta ai responsabili amministrativi, genera una risposta pressoché identica, come evidenzia la tabella 13.

In questo caso la risposta appare molto più comprensibile soprattutto se si tiene conto che la formazione dei responsabili degli uffici legali è di matrice prettamente giurisprudenziale. Richiamandoci a quanto detto in precedenza, il mutato scenario che si prospetta alle aziende, necessita lo sviluppo di nuove competenze ma anche l'attenzione verso nuove problematiche. Come osservato nella figura 1, l'aumento del numero delle denunce, costringe le aziende a non soffermarsi più solamente sugli aspetti formali e procedurali ma ad intervenire sugli stessi processi di erogazione delle prestazioni. A questo proposito occorrerebbe conoscere con attenzione la frequenza con cui gli incidenti si verificano, valutandone la gravità, individuandone le cause e apprestando delle adeguate contromisure. Ovviamente però anche l'aspetto procedurale richiede una revisione, al fine di conoscere in ogni fase del trattamento del paziente quelle caratteristiche che possono essere incluse fra le *condizioni agevolanti* di una minaccia.

Questo disorientamento dei medici di fronte alla questione della responsabilità professionale è ulteriormente dimostrata dal risultato della tabella 14.

Possiamo quindi riassumere il significato delle tabelle 12 e 13 e 14 in questo modo:

— è auspicabile una maggiore attenzione delle aziende nei confronti

della responsabilità dei medici e del personale sanitario se questa si traduce in una concreta applicazione dei processi di *risk management*;

— è da rigettare l'idea che una maggiore conoscenza del codice civile possa in qualche modo indurre il personale medico a sbagliare di meno.

3.3. La protezione dal rischio

La protezione interviene nel momento in cui le misure preventive hanno fallito, ossia quando il rischio si è materializzato, il danno si è prodotto e vi è il tentativo di sottrarre l'azienda alle conseguenze finanziarie che ne potrebbero derivare.

Il contenimento delle conseguenze finanziarie è un punto particolarmente sentito dalle aziende intervistate, poiché proprio dalla crescita dei rimborsi effettuati dalle compagnie assicurative deriva l'incremento dei premi da versare.

Agli interpellati è stato chiesto di specificare se hanno previsto delle iniziative finalizzate a diminuire la probabilità di denuncia in seguito al verificarsi di avvenimenti negativi. Si è in altre parole chiesto di specificare se, potenzialmente, è prevista la possibilità di interagire con il paziente che ritiene di essere stato danneggiato prima che questi faccia richiesta di risarcimento per danni.

Nel testo del quesito si faceva anche cenno, a titolo di esempio, all'intervento di psicologi a sostegno dei danneggiati. La maggioranza del campione ha risposto negativamente. Anche nel caso in cui le aziende hanno risposto affermativamente, le iniziative consistono nell'intervento del Direttore sanitario, che ha il compito di spiegare quali sono state le cause che hanno generato l'incidente.

Il quesito successivo invece concerne la gestione delle emergenze. Una delle misure essenziali per la gestione

delle emergenze consiste nel predisporre organizzativamente ad affrontare, con efficacia, questo tipo di situa-

Tabella 12 - Ritieni che una adeguata informazione legale in possesso del personale medico sia utile al fine di diminuire il numero delle denunce?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	8	89%
No	1	11%
Totale	9	100%

Tabella 13 - Ritieni che una adeguata informazione legale in possesso del personale medico sia utile al fine di diminuire il numero delle denunce?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	8	80%
No	2	20%
Totale	10	100%

Tabella 14 - Reputa adeguata l'informazione legale in possesso del personale medico?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	1	11%
No	8	89%
Totale	9	100%

Tabella 15 - Esistono delle iniziative sistematiche finalizzate a diminuire la probabilità di denuncia a seguito di avvenimenti negativi?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	2	20%
No	8	80%
Totale	10	100%

zioni. Per situazioni di emergenza, in questo caso, ci si riferisce a situazioni in essere, non più potenziali, che possono produrre conseguenze sulla salute dei pazienti. Nella maggior parte dei casi, all'origine di queste emergenze, nonostante l'effetto sia improvviso, vi sono identificabili cause pregresse, come (Gilardoni, 1992):

- scelta di procedure inadeguate;
- scarsità delle risorse;
- inadeguatezza delle tecnologie o delle professionalità;
- superficialità;
- assenza di motivazioni

Nell'ambito medico/sanitario gli incidenti che si verificano hanno tre caratteristiche peculiari:

- si manifestano con connotazioni del tutto peculiari e difficilmente riconducibili ad un modello pre-strutturato;
- possono cagionare all'organizzazione dei *danni ingenti* (9);
- necessitano di estrema velocità di reazione al fine di ridurre i danni materiali, immateriali ed umani.

Questa estrema specificità dei rischi medico/sanitari pone l'azienda di fronte ad un ingente *stress* organizzativo. Al fine di mitigarlo è possibile ed auspicabile apprestare anticipatamente delle contromisure efficaci. A questo proposito la letteratura rintraccia due ordini di strumenti:

a) *piani di emergenza*, frutto di un'attenta attività previsionale delle principali emergenze potenziali e dei mezzi per superarle; tali piani ovviamente non possono specificare dettagliatamente tutte le fasi della risposta all'evento anche se hanno la facoltà di rendere l'organizzazione meno impreparata;

b) *costituzione di crisis team*, composti in genere dai responsabili delle Uu.oo., presso cui si accentrano tutti i poteri decisionali nel corso della crisi; i *crisis team* hanno il duplice vantaggio di concentrare in un gruppo

ristretto di persone le competenze necessarie al superamento della crisi e di garantire unitarietà e rapidità della risposta.

Ovviamente questi due strumenti dovrebbero procedere di pari passo prevedendo cioè nei piani di emergenza, l'eventuale (o le eventuali) composizione del *crisis team*.

È stato quindi richiesto al campione di specificare se sono state attivate dall'azienda delle iniziative finalizzate a gestire avvenimenti negativi specifici.

In questo caso la risposta, massicciamente orientata verso il sì, non deve trarre in inganno. Si è specificato infatti che tali iniziative sono quelle previste dalla legge o dalle circolari ministeriali (es.: comitato per le infezioni ospedaliere ex circolare ministeriale del 1995).

Si è dunque vista prevalere una logica di tipo formale più che sostanziale. Nonostante sia quindi escludibile l'esistenza dei *piani di emergenza*, all'interno delle aziende esiste certamente una prassi consolidata che garantisce l'intervento di un'*équipe* composta di professionisti esperti e di vertice in caso di emergenza; essa è però legata alle contingenze del caso e presenta un basso grado di formalizzazione.

3.3.1. I rapporti con il mondo assicurativo

È diffusa la convinzione che lo sviluppo del *risk management* sia strettamente connesso con all'evoluzione del rapporto impresa-assicuratore. Anche in Italia la maggiore attenzione nei confronti delle problematiche di gestione dei rischi è coincisa con una congiuntura sfavorevole del mercato assicurativo, con una crescita dei tassi e con una difficoltà (testimoniata anche dal campione) a trovare sul mercato compagnie assicurative disposte a

sobbarcarsi l'onere di coprire determinate categorie di rischio. Lo stimolo del settore assicurativo a ricercare la sicurezza dei processi è, per le aziende, essenziale al fine dell'approccio per le tematiche in questione. Il contratto assicurativo dovrebbe avere quindi il compito di fornire copertura a quegli accadimenti che non possono in alcun modo essere prevenuti ed anticipati dato il loro tasso di aleatorietà. La prassi comune testimonia invece una situazione completamente inversa le cui caratteristiche sono:

- ricerca della prevenzione solo in quei casi in cui la legge lo impone e preferenza sistematica dell'azienda per l'assicurazione;

- tendenza ad identificare la gestione dei rischi puri con la ricerca di coperture assicurative (10);

- rapporto impresa-assicuratore basato sulla semplice stipula e gestione delle polizze.

Ovviamente questo tipo di rapporto non deriva esclusivamente dall'atteggiamento delle compagnie assicurative ma, evidentemente, anche dagli scarsi stimoli che le aziende sanitarie forniscono loro; una maggiore attenzione verso le tematiche del *risk management* sarebbe un incentivo ad elevare la qualità del rapporto.

Le aziende interpellate si servono di un solo assicuratore per quanto riguarda la responsabilità nei confronti di terzi, anche se appare abbastanza diffuso il meccanismo della coassicurazione. In questi casi, pur essendo la

Tabella 16 - Esistono particolari iniziative avviate dall'ente finalizzate alla gestione di avvenimenti negativi specifici?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	9	100%
No	0	0%
Totale	9	100%

polizza intestata ad una sola compagnia, il rischio viene ripartito tra diversi operatori ai quali spetta riscuotere parte del premio ed, eventualmente, versare parte della somma stabilita come risarcimento. Il questionario domandava alle aziende se si ricorre ad una differenziazione dei contratti in base alla tipologia di rischio medico.

Alla domanda tutte le aziende hanno risposto in maniera negativa, indipendentemente dalla categoria di azienda e dalle dimensioni della stessa.

La tabella 18 mostra (nel 2000) la stipula di contratti assicurativi con nuove compagnie. Il 70% degli interpellati, nel corso del biennio precedente, si è rivolto ad una nuova controparte. Non conosciamo le cause di queste variazioni né è possibile sapere, prescindendo dalle situazioni particolari, se sia preferibile orientarsi verso rapporti stabili con gli assicuratori. Certamente i rapporti stabili denotano una certa affidabilità di entrambi i contraenti e consentono di evitare di replicare nel tempo costi già sostenuti (costi di ricerca della controparte, costi di negoziazione, ecc.). In alcuni casi invece possono denotare scarsa capacità di valutare i servizi ricevuti o addirittura scarsa competizione sul mercato. Ciò che si può desumere è che di certo il settore vive un periodo di forte mutamento dovuto alle cause precedentemente evidenziate.

Per quanto riguarda invece i canali distributivi preferiti dalle aziende a livello regionale vi è una netta preminenza del ricorso del *broker assicurativo*.

In questo caso, per ottenere una raffigurazione attendibile della realtà regionale, è stato allargato il campione da 10 a 12 aziende (11). I *broker assicurativi*, secondo gli intervistati, offrono dei vantaggi rispetto al rapporto diretto con la compagnia assicurativa.

Essi, infatti, offrono collaborazioni e consulenze durante la fase di stesura del capitolato di gara e della ricerca della polizza che maggiormente si adegua alle caratteristiche dell'azienda. In nessun caso il *broker* concorre all'individuazione dei rischi né alla valutazione delle minacce. Affiancano, in altre parole, il personale amministrativo non nel processo di *risk management* quanto piuttosto nella funzione di *Insurance management*. Il ricorso al *broker* generalmente dipende da due ordini di fattori:

- 1) capacità e convenienza a svolgere questi compiti internamente;
- 2) grado di fiducia verso il *broker* e verso la sua capacità di rintracciare il contratto assicurativo adeguato.

Il rapporto con il mondo assicurativo nel suo complesso, per quanto emerge da questa analisi, risulta contraddistinto da questi elementi:

- 1) spostamento dell'ottica che vedeva le Aziende sanitarie privilegiate all'interno del rapporto con le compagnie, ad una che mostra il prevalere delle compagnie assicurative sulla controparte aziendale, cui possono imporre significative modifiche del premio, dei massimali, della formula assicurativa;
- 2) forte dinamismo del rapporto, contraddistinto da un alto tasso di abbandono delle aziende nei confronti delle compagnie;
- 3) basso livello di competenze delle aziende in materia di gestione

dei contratti assicurativi e tendenza ad affidarsi al *broker*;

4) apporto scarso del mondo assicurativo ai processi di *risk management*: il rapporto con le aziende viene visto semplicemente in ottica economico-finanziaria.

4. Conclusioni

L'indagine effettuata dal CeRGAS e dall'Ars Marche su un campione di aziende marchigiane, presentata in questo articolo, ha permesso, in sintesi:

— di rappresentare, in generale, il grado di assimilazione di sistemi di

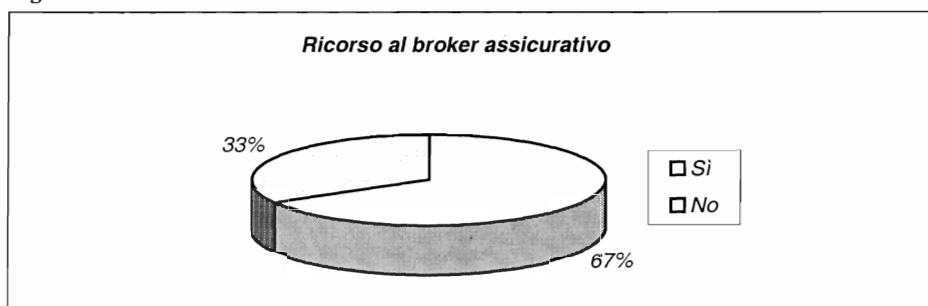
Tabella 17 - Esiste differenziazione dei contratti assicurativi in base alla tipologia di rischio medico?

Risposta	Aziende	Percentuale
Sì	0	0%
No	10	100%
Totale	10	100%

Tabella 18 - Stipula di nuovi contratti assicurativi

Ultimo contratto	Aziende	Percentuale
Fino ad un anno	2	20%
Fino a due anni	5	50%
Fino a tre anni	0	0%
Oltre i tre anni	3	30%

Figura 8 - Canali distributivi



gestione del rischio nell'ambito di un sistema sanitario regionale «medio» (così definito rispetto al grado di sviluppo e assimilazione degli strumenti e dei sistemi gestionali innovativi). È stata, quindi, un'occasione per indagare un contesto che si ritiene sufficientemente rappresentativo della situazione del *risk management* in Italia nelle aziende sanitarie;

— di descrivere sinteticamente le caratteristiche proprie e l'evoluzione del profilo di rischio delle aziende sanitarie;

— di rilevare il grado di sviluppo organizzativo interno alle aziende di questa funzione (presenza di unità operative specializzate incaricate della funzione *risk management*, assetto della responsabilità della funzione all'interno dell'azienda, attori coinvolti, processi e strumenti operativi attivati);

— di rappresentare il rapporto tra le aziende sanitarie e il mercato assicurativo in termini di modalità di interazione, intensità e strumenti; inoltre, spiegarne la direzione evolutiva più recente, con particolare riguardo alla definizione del ruolo che il mercato assicurativo riveste nell'ambito del più generale processo di sviluppo del *risk management* in Italia.

I dati quantitativi raccolti tramite il questionario sono gli unici ad oggi disponibili per la rappresentazione del fenomeno del *risk management* nell'ambito delle aziende sanitarie (non solo pubbliche). Nel corso della ricerca è infatti emersa la difficoltà delle aziende nel disporre delle informazioni relative al proprio profilo di rischio, alla propria posizione assicurativa e all'assetto interno della responsabilità di gestione dei rischi, sanitari e diversi.

In sintesi, dal quadro osservato emergono due considerazioni principali:

1) a livello delle singole aziende, la debolezza dell'elemento culturale a supporto dell'introduzione dei sistemi di *risk management*, in termini di presenza di una effettiva sensibilità delle aziende e degli operatori alla gestione dei propri profili di rischio. Non a caso, a tutt'oggi indagare la gestione del rischio nelle aziende sanitarie equivale ancora a rilevare le scelte proprie della funzione di *insurance management* e le modalità e la qualità del rapporto tra responsabili aziendali e il mercato assicurativo. L'analisi dei casi del campione evidenzia che, a fronte di un profilo di sinistrosità delle aziende sanitarie che è andato notevolmente peggiorando (anche a causa di un mutamento del contesto culturale e giurisprudenziale di riferimento, che ha favorito l'aumento esponenziale della propensione alle denunce di accadimento) e dell'inasprimento delle condizioni del mercato assicurativo, nessuna azienda ha saputo sviluppare una funzione di *risk management*. Le aziende hanno ancora una visione parziale del problema e tendono ad affidarsi unicamente al mercato assicurativo, senza sviluppare competenze interne. La necessità di sviluppo di competenze interne è, invece, fondamentale, soprattutto considerando la principale caratteristica della gestione del rischio in sanità, ovvero l'impossibilità di gestire unitariamente gli aspetti relativi alla *safety* e i rischi *core*, relativi ai processi clinico-sanitari caratteristici (che si collocano, più propriamente, nell'ambito dei sistemi per la qualità dei servizi);

2) a ciò si aggiunge una seconda considerazione, che si colloca più propriamente a livello di governo del sistema sanitario (nazionale e regionale). L'elemento assente nel contesto italiano (caratterizzato dalla dipendenza storica dal mercato assicurativo e dalla mancanza di una cultura della prevenzione del rischio) è un approccio

sistemico alla gestione dei rischi in sanità. In altri termini, non si è ancora avuta un'esplicita presa di posizione da parte dell'autorità sanitaria centrale, che spinga l'introduzione di sistemi di *risk management* in tutto il Ssn. L'introduzione del *risk management* come «priorità nazionale» dovrebbe essere realizzata tramite l'elaborazione di un programma integrato e trasversale, costituito da direttive, atti di indirizzo, strumenti e unità di supporto organizzativo dedicate. È questo il tipo di approccio che suggeriscono le esperienze dei paesi che per primi hanno sperimentato sistemi nazionali di *risk management* (Murphy e Priestley, 2001). In Italia, al contrario, non sono stati ancora avviati programmi per la gestione del rischio «pensati autonomamente» rispetto alla promozione della qualità e all'accreditamento. Quest'ultimo, in particolare, può essere considerato certamente nell'insieme dei possibili interventi diretti a migliorare la sicurezza delle strutture e dei processi sanitari, ma non può essere considerato uno strumento sostitutivo all'implementazione di uno specifico sistema di *risk management*.

Questa breve indagine sulla diffusione dei sistemi di *risk management* nell'ambito delle aziende sanitarie della Regione Marche sottolinea, pertanto, la strategicità e la rilevanza di un intervento a livello di sistema sanitario (regionale o nazionale) per la promozione di una corretta cultura di «gestione dei rischi» come necessario supporto dello sviluppo dei più opportuni strumenti di prevenzione degli incidenti e miglioramento dei servizi.

(1) I rischi cosiddetti «puri» ossia capaci di produrre conseguenze esclusivamente negative, si contrappongono ai rischi «speculativi», capaci invece di produrre sia un utile sia una perdita (per esempio il rischio di cambio) (Gillardoni, 1992).

(2) Al fine di comprendere meglio questo punto bisogna ricordare che, per realizzare correttamente un programma di *risk management*, occorre riordinare i rischi in base alla loro frequenza e gravità stimata. La frequenza è la probabilità che un rischio si manifesti un certo numero di volte; al contrario, la gravità esamina il probabile effetto ed i costi per l'organizzazione qualora l'evento si verificasse (Corri, 2000).

(3) Per avere una misura della sua gravità, si è dovuto ricorrere al valore del massimale previsto dai contratti assicurativi per i sinistri (gli eventuali risarcimenti per danni derivanti da prestazioni mediche e sanitarie sulle persone, sono inclusi in questa categoria), dato che le aziende non sono state in grado di fornire dati sull'ammontare dei risarcimenti effettuati dalle compagnie assicurative. Anche in questo caso possiamo dire che il verificarsi di un rischio sanitario ha effetti estremamente negativi sulla vita dell'organizzazione.

(4) Alcune delle aziende interpellate hanno specificato di interessarsi dei sinistri solo nel momento in cui ricevono una richiesta di risarcimento in seguito ad un presunto danno. Esse delegano l'intera gestione dell'accadimento ad un consulente legale ed assicurativo che con loro intrattiene generalmente anche un rapporto di *brokerage* (negoziazione di strumenti finanziari per conto di terzi ex D.L.vo 58/98). Costui interPELLA nuovamente le aziende solo nel caso in cui l'accadimento abbia risvolti processuali. Qualora infatti la richiesta di risarcimento provenga da un individuo o dai familiari del medesimo per una prestazione erogata dall'azienda, il consulente richiede la documentazione relativa al paziente (cartella clinica, eventuali dichiarazioni di consenso). Per queste aziende non esiste di fatto nessun processo di *risk management*. Oltretutto la gestione dei rischi viene confusa con la semplice gestione delle polizze assicurative cosa che deno-

ta una scarsa sensibilità verso le tematiche della prevenzione degli eventi negativi.

(5) La regione Marche, dopo la Basilicata, ha il maggior numero di aziende in relazione alla popolazione con 13 Asl per una popolazione di appena 1,4 milioni di abitanti.

(6) L'azienda ospedaliera Umberto I è stata costituita dopo il 1995.

(7) Da una parte vi è stata la difficoltà delle aziende a raccogliere, in tempi brevi, questo tipo di informazioni. Inoltre, a strutture ospedaliere diverse corrispondono livelli di complessità delle prestazioni erogate diversi; sarebbe quindi discutibile accostare gli accadimenti negativi in un'unica categoria, solo perché inclusi in uno stesso centro di responsabilità. Va inoltre considerato che, essendo la medicina prevalentemente un lavoro di *équipe*, molti incidenti accadono durante l'azione concomitante del personale di diversi reparti tanto che appare accademico attribuire solo ad uno o solo all'altro la responsabilità di un eventuale incidente.

(8) La maggior parte delle aziende interpellate, per fornire i dati richiesti dall'indagine, ha fatto ricorso alle pratiche, istruite su carta, conservate presso l'ufficio legale. È da imputare anche a questa carenza informativa, la limitata capacità delle aziende interpellate di risalire indietro negli anni per rilevare il numero degli accadimenti verificatisi.

(9) A questo scopo è utile la distinzione delle categorie di danno che fa Gilardoni (1992):

— danni diretti: sono quelli di natura patrimoniale, generati in via diretta dall'incidente (ad esempio un elevato risarcimento può portare ad un incremento notevole dei premi versati);

— danni indiretti: sono quelli derivanti dal blocco o dalla riduzione dell'attività operativa (ad esempio la chiusura, in via cautelare, di un'ala dell'ospedale in cui si sia verificata un'epidemia);

— danni consequenziali: costituiti da tutti quegli effetti che permangono anche oltre la soluzione del problema o la ripresa dell'attività (ad esempio danni di immagine per la struttura ospedaliera).

(10) Si è verificato un caso in cui l'azienda interpellata ha dichiarato di non essere in grado di rispondere alla prima parte del questionario in quanto tutti i dati richiesti erano detenuti dall'assicuratore.

(11) Le aziende sono state interpellate telefonicamente tra novembre 2001 e marzo 2002.

BIBLIOGRAFIA

- CODA V. (1989), in Airoldi G., Brunetti G., Co-da V., *Lezioni di Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- CORRI M. (2000), *Il risk management al servizio del non profit*, EGEA, Milano.
- DAUTRIAT H. (1988), *Il questionario*, Franco Angeli, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Salute tra Aziende e polizze*, Il Sole 24 Ore Sanità, n. 1, giugno.
- GILARDONI A., *La protezione aziendale, impostazione strategica e gestionale*, Milano, EGEA, 1992.
- MURPHY A., PRIESTLEY R. (2001), «Controls assurance e risk management nell'ambito del National health service», *Mecosan*, 39: 175-185.
- MISANI N., TAGLIAVINI P. (1995), *Rapporto risk management*, EGEA, Milano.
- MISANI N. (2000), *Introduzione al risk management*, EGEA, Milano.
- PIVATO S. (1992), *La protezione delle risorse aziendali*, in Guatri L., *Economia delle aziende commerciali ed industriali*, EGEA, Milano.

LA DISPONIBILITÀ A PAGARE PER LA QUALITÀ DELL'ARIA: UNA STIMA PER L'AREA METROPOLITANA GENOVESE

Barbara Cavalletti

Disefin - Università di Genova

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il modello di riferimento - 3. Caratteristiche del *panel* di dati - 4. Stima empirica del modello - 5. Risultati della verifica empirica - 6. La disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria - 7. Conclusioni.

This paper deals with the analysis of the relationship between health and pollution in the urban areas. The theoretical approach is based on the relationship between health and individual choice of health inputs in order to derive willingness to pay measures for improved air quality, that is monetary value which links damage and benefit function with the concentration of pollutants. The theoretical approach has been empirically tested with data obtained from a panel of 9416 residents in 12 community areas of the city of Genova. The results show a positive correlation between consumption of medical care and concentration level of pollutants for specific illnesses. In particular, minor symptoms are statistically significant and are linked to air pollution although the value of the corresponding willingness to pay is quite small.

1. Introduzione

Il presente lavoro utilizza un approccio basato su un modello di scelta del consumatore in cui, seguendo l'impostazione di Grossman (1972) nella versione ripresa da Gerking e Stanley (1986), lo *stock* di salute entra nelle componenti dirette di utilità, per derivare una misura dei benefici in termini di salute derivanti da miglioramenti della qualità dell'aria o, simmetricamente, dalla riduzione del livello di concentrazione degli inquinanti. Data l'impostazione teorica sottostante, tale misura è derivata dalla stima del costo unitario delle cure mediche, per alcune specifiche patologie più direttamente connesse nel breve e medio termine al peggioramento della qualità dell'aria, e dalla stima dei parametri della funzione di produzione di salute che mettono in relazione, per quelle stesse patologie, il ricorso alle cure mediche con la variazione della qualità dell'aria, misurata dalla varia-

zione del livello di concentrazione degli inquinanti (1).

In tale impostazione, la misura dei benefici sulla produzione di salute approssima la misura della disponibilità marginale a pagare, in termini di variazione compensativa di reddito, per miglioramenti della qualità dell'aria. La stima empirica del modello consente dunque, da un lato, la verifica implicita dell'ipotesi che anche la qualità ambientale, e segnatamente dell'aria, sia inclusa tra le componenti di benessere, o utilità; dall'altro, consente in principio una valutazione più estesa del valore monetario dei benefici stimati.

Il modello di riferimento è stato implementato empiricamente sulla base di un *panel* di dati riferiti all'area metropolitana della città di Genova, relativi in particolare agli anni dal 1996 al 1998 e a 12 macro-aree cittadine, costruite attorno alle stazioni di rilevamento degli inquinanti collocate in 12 delle unità urbanistiche omogenea-

mente distribuite sul territorio. Per ciascuna macro-area, oltre ai dati sugli inquinanti, sono stati rilevati i dati relativi alle variabili sanitarie e demografiche.

Il lavoro è organizzato come segue: il paragrafo secondo illustra il modello di riferimento e le variabili considerate; il terzo paragrafo descrive le caratteristiche del *panel* di dati e del modello utilizzato ai fini della stima della disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria nell'area metropolitana genovese; il paragrafo quarto illustra il metodo seguito per la verifica empirica, mentre i risultati delle stime effettuate sono riportati nel paragrafo quinto; il sesto paragrafo illustra la procedura di valutazione della disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità

Si ringrazia la dott.ssa Michela Sorrentino che ha elaborato il *panel* di dati utilizzato ai fini del presente lavoro.

dell'aria in base ai risultati ottenuti dalla verifica empirica; alcune considerazioni conclusive infine sono contenute nel paragrafo settimo.

2. Il modello di riferimento

Il modello di riferimento, nella versione di Gerking e Stanley (1986), utilizza un approccio basato su un modello di scelta del consumatore in cui lo *stock* di salute entra nelle componenti dirette di utilità e da cui gli autori derivano una semplice misura della disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria in funzione del prezzo delle cure mediche e di due derivate parziali della funzione di produzione di salute.

Nella formulazione dei due autori, la funzione di utilità è definita come:

$$U = U(X, H)$$

dove X rappresenta un paniere di beni di consumo da cui i soggetti ritraggono utilità; H definita come:

$$[1] H(M; \alpha, \delta)$$

è la funzione di produzione di salute in relazione a: il consumo di cure mediche (M), la qualità dell'aria (α) ed altre variabili esogene come il sesso, l'età, il livello di scolarizzazione (δ). La (1) è specificata in modo che $H_M > 0$, $H_\alpha > 0$ e $H_\delta \geq 0$.

Dalla massimizzazione dell'utilità sotto il vincolo del reddito, gli autori ricavano una semplice espressione della disponibilità marginale a pagare (DAP) per miglioramenti della qualità dell'aria, nella forma della variazione compensativa di reddito (CV) che garantisce al consumatore lo stesso livello di utilità precedente il cambiamento (2). In particolare, si consideri l'equazione (2) che esprime il vincolo di reddito come:

$$[2] q_x X + q_M M + B(\alpha) + wG(H) = wT$$

dove q_x e q_M sono i prezzi dei beni X e M, $B(\alpha)$ è la quota di reddito allocata a spese per miglioramenti della qualità dell'aria, w è il saggio di salario e $wG(H)$ è il valore monetario del tempo perso a causa della malattia. In sostanza gli individui ritraggono utilità sia dal consumo di cure mediche sia da miglioramenti della qualità dell'aria, indirettamente, attraverso l'effetto che questi hanno sulla salute. Dalla (2) risulta infatti che gli individui, così come spendono parte del loro reddito per consumare cure mediche e migliorare il proprio stato di salute, spendono anche una parte del loro reddito per ottenere miglioramenti della qualità dell'aria (ad esempio per installare marmitte catalitiche o pannelli solari). Per un dato livello di utilità e nel rispetto delle condizioni di equilibrio individuali, la disponibilità marginale a pagare per un incremento unitario della qualità dell'aria è data dal rapporto $\partial B / \partial \alpha$. Tale valore è ottenibile dalle condizioni del primo ordine del problema di massimo della (1) vincolato alla (2) come:

$$[3] \frac{\partial B}{\partial \alpha} = -q_M \frac{H_\alpha}{H_M}$$

In tale formulazione la disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria risulta definita semplicemente una volta noti il costo delle cure mediche e due derivate parziali della funzione di produzione di salute.

Ai fini della verifica empirica del modello, come si vedrà più avanti, si può procedere in due modi: stimando separatamente H_α e H_M dalla funzione di produzione di salute (3), oppure stimando direttamente il rapporto H_α / H_M . Questo secondo approccio (4) è facilmente esemplificabile nel caso di una funzione di produzione di salute lineare (5).

Si consideri la seguente funzione di produzione di salute:

$$H = \beta_0 + \beta_1 M + \beta_2 \alpha$$

Tale funzione può essere trasformata biunivocamente nella

$$M = -\left(\frac{\beta_0}{\beta_1}\right) + \left(\frac{1}{\beta_1}\right) H - \left(\frac{\beta_2}{\beta_1}\right) \alpha$$

dove

$$[4] M_\alpha = \frac{\partial M}{\partial \alpha} = -\frac{H_\alpha}{H_M}$$

Dal punto di vista della stima empirica, tale formulazione agevola le elaborazioni numeriche in quanto la variabile dipendente viene ad essere ora la domanda di cure mediche, espressa come variabile singola, mentre lo *stock* di salute è catturabile come una variabile multidimensionale, ovvero come un insieme di indicatori che misurano lo stato di salute.

3. Caratteristiche del panel di dati

Il modello di riferimento è stato implementato su un *panel* di dati riferiti all'area metropolitana della città di Genova, relativi in particolare agli anni dal 1996 al 1998 e a 12 macro-aree cittadine, costruite attorno alle stazioni di rilevamento degli inquinanti collocate in 12 unità urbanistiche omogeneamente distribuite sul territorio.

Le variabili rilevate per ciascuna macro-area possono essere raggruppate in tre categorie:

- 1) variabili sanitarie;
- 2) variabili demografiche;
- 3) variabili aerometriche.

1) Le *variabili sanitarie* si riferiscono alle patologie dell'apparato respiratorio che possono essere ritenute maggiormente connesse, nel breve e medio periodo, al fattore inquinamento. La scelta di tali variabili implica una prima necessaria semplificazione

non solo perché in tal modo si escludono a priori altre patologie che pure potrebbero essere connesse ai livelli inquinamento ma anche perché le stesse patologie considerate ai fini della verifica empirica derivano, oltre che dall'esposizione agli agenti inquinanti, anche da tutta una serie di altri fattori predisponenti: condizioni cliniche, di tipo acquisito o congenito, abitudini di vita dei soggetti che non è stato possibile rilevare in questa sede.

In particolare, le patologie considerate, secondo la tipologia di classificazione utilizzata a livello ospedaliero (Drg) (7), sono:

— malattie polmonari croniche ostruttive (Drg 088);

— bronchiti e asma in età superiore ai 17 anni senza complicazioni (Drg 097);

— bronchiti e asma in età superiore ai 17 anni con complicazioni (Drg 096);

— bronchiti e asma in età inferiore ai 18 anni (Drg 098);

— segni e sintomi respiratori con complicazioni (Drg 099);

— segni e sintomi respiratori senza complicazioni (Drg100) (8).

I dati relativi alle variabili sanitarie sono stati ottenuti dai tabulati forniti dai Centri elaborazione dati delle direzioni sanitarie di competenza degli ospedali dell'area metropolitana genovese e di quelli immediatamente limitrofi. Si è acquisito così un campione relativo a 9416 ricoveri nel triennio 1996-1998 di soggetti residenti, per ciascuno dei quali si sono registrati: caratteristiche personali (età, sesso, domicilio ecc.), patologie riscontrate e numero delle giornate di degenza. I dati del campione sono stati aggregati a livello delle 72 unità urbanistiche in cui è suddivisa l'area metropolitana genovese ai fini della rilevazione dei dati demografici, in relazione alla via di residenza del paziente. In base a questo criterio di aggregazione lo sta-

to di salute degli individui viene messo in relazione alla qualità dell'aria rilevata nella postazione più vicina alla loro abitazione, compiendo una semplificazione necessaria dei rapporti causa-effetto; ciò non solo perché l'esposizione dei soggetti ai fattori inquinanti andrebbe misurata sulle concentrazioni al suolo e non sui livelli di emissione, ma anche perché spesso il tempo passato fuori dalla propria abitazione supera quello trascorso in casa.

2) Per quanto riguarda le *variabili demografiche*: i dati sono tratti dagli annuari di statistica e dalle pubblicazioni sull'andamento della popolazione, forniti dal settore statistico del comune di Genova, a livello di 72 unità urbanistiche.

Dalle statistiche demografiche si sono estrapolati, a livello di singola unità urbanistica, i dati necessari a calcolare le variabili esogene del modello: gli indici di sesso («sex»), di razza («razza»), di età («età»).

3) Per quanto riguarda infine le *variabili aerometriche*, ci si è basati sui dati forniti dal Centro operativo provinciale (Cop) della Provincia di Genova che acquisisce ciclicamente le rilevazioni delle stazioni periferiche adibite al rilevamento della qualità dell'aria, situate in aree urbane opportunamente pianificate (9).

Le rilevazioni riguardano le concentrazioni di CO, NO₂, SO₂ e TSP dal 1990, degli NMHC (idrocarburi escluso il metano) dal 1996 e dell'O₃ dal 1993. Ai fini delle successive elaborazioni numeriche, i dati relativi sono stati dapprima omogeneizzati in concentrazioni medie giornaliere calcolate su base annua, con riferimento all'anno solare di rilevazione, espressi in (µg/m³ (microgrammi per metro cubo)).

Un'ulteriore elaborazione dei dati di concentrazione degli inquinanti ha

riguardato poi la verifica della localizzazione delle stazioni di rilevamento nel tempo e nello spazio ai fini del necessario raccordo, a livello di unità urbanistiche, con i dati relativi alle variabili sanitarie e demografiche. Tali elaborazioni si sono rese necessarie per due motivi: innanzitutto perché la localizzazione delle stazioni cambia nel corso degli anni; in secondo luogo perché non tutte le stazioni rilevano il complesso degli inquinanti.

Per armonizzare nel tempo e nello spazio i dati relativi agli inquinanti, si sono considerate, per ogni singolo inquinante, le unità urbanistiche in cui si avevano stazioni abilitate al rilevamento dell'inquinante per tutti gli anni di indagine, dal 1996 al 1998. La situazione relativa al dislocamento delle centraline appariva infatti differenziata sia nell'ambito delle unità urbanistiche di riferimento sia relativamente ai tipi di inquinanti rilevati. Nella unità urbanistica di Cornigliano, ad esempio, vi sono numerose postazioni molto prossime tra di loro per il solo rilevamento di SO₂ e CO, inquinanti di particolare interesse in questa zona ad elevata concentrazione industriale; situazione analoga si riscontra in altre due unità urbanistiche del centro cittadino caratterizzate da elevato traffico veicolare. In queste sporadiche situazioni particolari si è considerata la media dei valori comunque prossimi tra loro.

Si sono messe a confronto, poi, le unità urbanistiche evidenziate per ciascuno dei sei inquinanti e si sono estrapolate solo quelle unità urbanistiche per le quali si disponeva contemporaneamente dei dati relativi a tutti gli inquinanti per tutti e tre gli anni di riferimento.

Da queste successive elaborazioni è derivata anzitutto la necessità di escludere dalle variabili utilizzabili ai fini dell'implementazione del modello due inquinanti: l'ozono, per il quale le

stazioni di rilevamento risultavano omogeneamente distribuite sul territorio solo a partire dal 1998 e le polveri totali sospese, per le quali non vi era la necessaria costanza storica nelle diverse unità che indicavano stazioni per non più di due anni consecutivi.

In secondo luogo, dalla mappa delle unità urbanistiche per cui si disponeva di rilevazioni omogenee, contemporaneamente per gli inquinanti considerati e per i tre anni di indagine, è stato possibile delineare 12 macro-aree che escludono solo le due parti di territorio metropolitano ad estremo levante e ponente.

A questo punto i dati demografici e sanitari sono stati ricondotti a livello delle nuove macro-aree per aggregazione dei dati osservati a livello territoriale inferiore.

Anche questa fase del lavoro ha implicato una serie di approssimazioni e necessarie semplificazioni. Principalmente la considerazione dei livelli di emissione anziché di ricaduta al suolo delle concentrazioni inquinanti e la mancata considerazione dei parametri meteorologici e climatici che, all'interno di un appropriato modello di dispersione, ne possono condizionare pesantemente i valori (10).

4. Stima empirica del modello

Per la stima della disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria si è presa a riferimento la funzione di domanda di cure mediche implementata sul *panel* di dati relativi a inquinanti, variabili sanitarie e variabili demografiche, per gli anni dal 1996 al 1998 e per le 12 macro-aree cittadine, entrambi descritti nel paragrafo precedente.

In particolare, la funzione di domanda di cure mediche è specificata come:

$$[5] \text{MED}_{i,y} = f(\text{CO}_i^t, \text{NO}_2^t, \text{SO}_2^t, \text{nmhc}_i^t, \text{sex}_i^t, \text{razza}_i^t, \text{età}_i^t, \text{acuti}_{i,y}^t, \text{dur}_{i,y}^t)$$

dove:

$t = 1996, 1997, 1998$ indica gli anni di indagine;

$i = 1, \dots, 12$ si riferisce alle macro-unità urbanistiche considerate;

$y = 1, \dots, 4$ rappresenta le singole patologie considerate. In particolare:

$y = 1 = \text{Drg } 096$

$y = 2 = \text{Drg } 097$

$y = 3 = \text{Drg } (098 + 099 + 100)$

$y = 4 = \text{Drg } 088.$

La variabile dipendente (MED) è il consumo di cure mediche calcolato come rapporto, su base annua, tra il totale dei ricoveri per la singola patologia considerata, e per ciascuna area, e la popolazione residente nell'area.

Tra le variabili indipendenti, CO, NO₂, SO₂, nmhc sono le concentrazioni dei relativi inquinanti, calcolati come medie giornaliere su base annua, con riferimento all'anno solare di rilevazione, espressi in mg/m³. A differenza della rappresentazione contenuta nella equazione (1), le variabili aerometriche considerate nella (5) ai fini della verifica empirica misurano i livelli di inquinamento piuttosto che la qualità dell'aria. Ciò implica che: (a) il segno atteso dei coefficienti stimati è positivo ad indicare che ad un aumento dei livelli di inquinamento corrisponde un maggior consumo di cure mediche relative; (b) ai fini del calcolo della DAP nella formulazione della (2), tali parametri vanno moltiplicati per 1 negativo (11).

L'indice di sesso (sex) è calcolato come rapporto tra popolazione maschile e popolazione residente. L'indice è in relazione diretta col consumo di cure mediche in base alle evidenze degli studi epidemiologici da cui risulta che gli uomini sono più sensibili alle malattie dell'apparato respiratorio rispetto alle donne. All'aumentare del suo valore il consumo di cure mediche aumenta e il segno atteso è dunque positivo in quanto la relativa maggiore presenza di popolazione maschile corrisponde ad uno stato di salute di partenza relativamente più basso.

L'indice di razza (razza) è il rapporto tra il numero di residenti extracomunitari e i residenti totali ed è anch'esso in relazione diretta col consumo di servizi medici, benché il collegamento appaia meno evidente del precedente. Si ritiene infatti che all'aumentare del grado di scolarizzazione e del reddito anche la prevenzione, intesa come il complesso degli atteggiamenti posti in essere dal soggetto per preservare la salute, aumenti. L'ipotesi qui formulata è che gli extracomunitari presenti sul territorio siano relativamente più sensibili a malattie dell'apparato respiratorio, rispetto agli altri residenti. Ciò sulla base della semplice osservazione che, in maggioranza, essi appartengono alla popolazione a più basso reddito, quella meno volta alla prevenzione ed anche la più soggetta a malattie a causa delle condizioni di vita. L'inclusione di questa variabile tra i regressori è anche dovuta al fatto che, relativamente alle unità urbanistiche del *panel* di dati, si trattava del solo dato disponibile (12). Altri dati di interesse, quali i redditi e i livelli di scolarizzazione per il complesso dei residenti, non erano ricostruibili a livello di unità urbanistiche.

La variabile età (età) rappresenta l'indice di età sensibile calcolato come tasso di dipendenza ovvero come

rapporto tra la popolazione residente di età inferiore ai 15 anni e superiore ai 65 e il totale della popolazione residente. L'indice così costruito misura la percentuale di popolazione più sensibile all'inquinamento atmosferico, cioè i bambini e gli anziani. In tal modo il valore dell'indice è in rapporto proporzionale diretto col consumo di cure mediche: all'aumentare della quantità di popolazione che si trova nelle fasce di età a rischio, ci si attende, a parità di altre condizioni, un peggioramento dello stato di salute e conseguentemente un aumento di cure mediche. In altri termini, in presenza di aree con una più alta quota di persone a rischio, lo stato (*stock*) di salute complessivo può ritenersi in partenza relativamente più basso, in questo caso il segno atteso del coefficiente è positivo.

Le ultime due variabili considerate rappresentano entrambe delle *proxies* dello stato di salute complessivo della popolazione, nelle diverse aree considerate. In particolare, la prima variabile (acuti) rappresenta un indice di reattività della popolazione ad episodi acuti di inquinamento, calcolato, per ciascuna area, come rapporto tra il numero di ricoveri ordinari effettivi, per il totale delle patologie, e la popolazione dell'area. Tale indice cattura la maggiore o minore sensibilità della popolazione residente nelle diverse aree con riferimento ai ricoveri corrispondenti a patologie derivanti da episodi acuti di inquinamento, poiché vengono eliminati i casi cronici e i malati terminali. Si può ipotizzare pertanto che tanto più alto è l'indice, tanto meno la popolazione, in condizioni di inquinamento normali, è sana e tanto maggiore è, a parità di altre condizioni, la necessità di ricorrere a cure mediche a fronte di peggioramenti della qualità dell'aria. Il segno atteso del coefficiente relativo è pertanto positivo. Stesso discorso vale per la se-

conda variabile considerata (*dur*) che misura il rapporto tra il totale delle giornate di degenza ordinaria e il numero totale dei ricoveri ordinari, sempre per il totale delle patologie.

5. Risultati della verifica empirica

I risultati presentati di seguito si riferiscono alle stime effettuate sulle singole patologie (13).

La scelta di stimare separatamente la relazione (5) sulle singole patologie deriva da una serie di considerazioni. Anzitutto, la mancanza di dati adeguati per poter ottenere risultati significativi sul totale delle patologie. Con i dati a disposizione infatti non era possibile distinguere sufficientemente, a livello aggregato, la variabile dipendente dalle due variabili (acuti e durata) utilizzate per catturare lo stato di salute della popolazione. A questo scopo la variabile dipendente sarebbe stata meglio rappresentata dal numero di visite specialistiche, dato che non era però disponibile. In secondo luogo, sebbene sia piuttosto difficile riuscire a dimostrare legami diretti tra specifiche patologie e inquinamento atmosferico, un approccio in cui le diverse patologie sono considerate congiuntamente può portare a conclusioni ingannevoli evitabili solo isolando le diverse combinazioni tra inquinante e patologie (14). Alcune patologie inoltre (segni e sintomi respiratori e bronchiti e asma) hanno andamento stagionale in quanto sono acute dalle caratteristiche climatiche e, in questo senso, sono maggiormente sensibili ad episodi acuti di inquinamento, cioè ad improvvise impennate dei livelli di concentrazione degli inquinanti. Infine, il modello stesso di riferimento utilizzato per questo lavoro ipotizza in pratica che, dato uno di *stock* di salute, il consumo di cure mediche aumenti all'aumentare dei livelli di inquinamento; in so-

stanza gli individui reagiscono all'aumento dell'inquinamento aumentando il consumo di cure mediche e l'entità di tale reazione dipende dallo stato di salute di cui godono (l'aumento di cure mediche necessario a compensare gli effetti dell'aumento di inquinamento è tanto maggiore quanto peggiore è lo stato di salute). In tal modo il modello coglie, potremmo dire «per costruzione», il solo impatto di episodi acuti.

Con queste premesse è ragionevole attendersi che per le patologie relative ai Drg 88 e 96 il consumo di cure mediche sia in stretta correlazione con lo stato di salute e sia relativamente meno sensibile a variazioni dei livelli di inquinamento, mentre per le patologie relative ai Drg 98 e 97 esso sia in stretta correlazione con entrambi. Ciò con le ovvie cautele dovute al fatto che, come si ricordava più sopra, vi è sempre il rischio che le correlazioni inquinante-patologia, anche se significative, possano derivare dal caso fortuito più che da una reale associazione causa-effetto. In più, nel nostro caso, alcune distinzioni tra i Drg osservati sono piuttosto sottili: si pensi alla considerazione di patologie con e senza complicazioni.

La tabella 1 riporta i risultati della stima per le quattro patologie considerate, mentre in parentesi sono riportati i valori del t-statistico; in tutti i casi la stima della relazione funzionale (5) è stata implementata come Cobb-Douglas (15).

Ciò che emerge ad una prima analisi è che, in linea con le aspettative, la correlazione tra consumo di cure mediche e variazioni dei livelli di inquinamento è significativa solo per le patologie 098 e 097, che più si avvicinano a cogliere l'impatto di episodi acuti. Tra queste inoltre, risultati significativi, sia in ordine alla correlazione con gli inquinanti sia in ordine alla verifica del modello teorico sottostante,

si evidenziano solo per la patologia 098, che raccoglie del campione i ricoveri relativi alle patologie più lievi (segni e sintomi respiratori con e senza complicazioni) e le bronchiti ed asma in età inferiore a 18 anni (ovvero patologie imputabili più a reazioni ad episodi acuti di inquinamento che non ad un cattivo stato di salute). per le patologie più gravi, 096 (bronchiti ed asma in età superiore ai 17 anni, con complicazioni) e 088 (malattie polmo-

nari croniche ostruttive), la correlazione con variazioni dei livelli di inquinamento si perde completamente mentre resta significativa la correlazione con lo stato di salute, approssimato dalla variabile acuti.

Il dettaglio delle singole patologie mostra in complesso un valore relativamente basso del coefficiente di determinazione multipla (R^2). Ciò fa dedurre che vi sono altre cause non prese in considerazione (e spesso non osser-

vabili) che influiscono sulla necessità di ricorrere a strutture ospedaliere per curare malattie respiratorie. Anche in questo caso tuttavia il risultato migliore si riferisce alla patologia 098. Con riferimento alla colonna Drg098 di tabella 1, le variazioni nei livelli delle variabili esplicative sono in grado di spiegare il 55% circa della variabilità dimostrata dal numero di ricoveri nel triennio 1996-1998 e nelle 12 aree considerate.

Tabella 1 - Risultati della verifica empirica per le singole patologie

	Drg098	Drg098 ^a	Drg097	Drg097 ^a	Drg096	Drg096 ^a	Drg088	Drg088 ^a
logCO	0.10859 (0.6341)	-0.01663 (-0.1295)	-0.09181 ^c (-0.6096)	-0.23365 ^c (-2.048)	-0.24084 (-0.8906)	-0.44568 ^c (-2.161)	0.05023 (0.5477)	0.06053 (0.8698)
logNO2	-0.29412 ^d (-1.887)	-0.18583 (-1.336)	0.08136 (0.5936)	0.19135 (1.549)	0.04004 (0.1627)	0.07580 (0.3403)	-0.01567 (-0.1878)	0.01048 (0.1390)
logSO2	0.19025 ^d (1.874)	0.20509 ^c (2.112)	0.17858 (2.001)	0.20083 ^c (2.329)	-0.05202 (-0.3245)	0.03288 (0.2109)	-0.04658 (-0.8569)	-0.06285 (-1.195)
logNMHC	0.29361 ^c (2.043)	0.37443 ^b (2.798)	0.00194 (0.0154)	0.07452 (0.6272)	0.21737 (0.9578)	0.13835 (0.6439)	-0.01368 (-0.1777)	0.03211 (0.4430)
logsex	-1.7556 (-0.1876)		0.73670 (0.0895)		27.500 ^d (1.861)		-7.3955 (-1.476)	
lograzza	-0.22802 (-0.9726)	-0.05802 (-0.3781)	0.19164 (0.9295)	0.39212 ^b (2.878)	-0.04334 (-0.1171)	0.32298 (1.311)	0.13670 (1.089)	0.10082 (1.213)
logeta	1.1926 (0.3275)		2.0766 (0.6484)		10.039 ^d (1.746)		-2.1060 (-1.080)	
logacuti	1.3279 ^b (4.420)	1.1547 ^b (6.748)	0.67675 ^c (2.561)	0.56814 ^b (3.739)	0.40283 (0.8490)	1.0959 ^b (3.989)	0.85183 ^b (5.293)	0.62367 ^b (6.730)
logdur	-0.62622 ^c (-2.195)	-0.53171 ^c (-2.414)	0.15318 (0.6104)	0.19880 (1.017)	0.63262 (1.404)	0.10255 (0.2900)	0.17387 (1.138)	0.33607 ^b (2.817)
costante	2.0532 (0.2390)	1.9694 (1.398)	1.2543 (0.1660)	-1.0391 (-0.8305)	24.447 (1.802)	-0.19091 (-0.0844)	-9.3213 (-2.026)	-3.2320 (-4.235)
R**2	0.55	0.51	0.48	0.42	0.47	0.40	0.75	0.72
F-test(g)	1.85(26) ^c	3.23(28) ^c	4.02(26) ^c	6.29(28) ^b	1.07(26) ^c	1.05(28) ^c	5.78(26)	3.67(28) ^c
SSE	1.6339	1.7835	1.2638	1.4062	4.0746	4.5978	0.46871	0.52316
DW	2.6481	2.5932	2.1690	2.0376	2.4520	2.3194	1.8629	1.7536

Legenda:

- a sono state eliminate dalla stima le variabili esplicative log-sex e log-età;
- b denota significatività all'1%;
- c denota significatività al 5%;
- d denota significatività al 10%;
- (g) indica i gradi di libertà.

L'F-test consente di accettare ad un livello di significatività del 95% il vincolo sui valori dei parametri, riferiti alla forma funzionale adottata. Tra i fattori inquinanti, un risultato coerente alle aspettative si è ottenuto per gli idrocarburi (NMHC), che presentano l'effetto più rilevante con un coefficiente positivo e significativo al 5%. Il biossido di azoto (NO₂) presenta un effetto altrettanto rilevante, con un livello di significatività del 10%, ma presenta una correlazione negativa non corretta. Effetti minori sono connessi alle variazioni dei livelli del biossido di zolfo (SO₂) e del monossido di carbonio (CO). Tra questi però solo il biossido di zolfo è significativo al 10%.

Tali risultati sono in linea con l'analisi dei dati relativi alle rilevazioni degli inquinanti che mostrano infatti, in media per il triennio e per il totale delle aree cittadine considerate, valori al di sotto dello *standard* previsto per il biossido di azoto e il monossido di carbonio, valori al di sopra per biossido di zolfo e idrocarburi. Per questi ultimi in particolare, la media dei valori utilizzati nel *panel* è più del doppio del valore standard (pari a 200 µg/m³). In questo senso, il dato più criticabile, relativamente all'impatto degli inquinanti, è appunto il segno del coefficiente del biossido di azoto. Si tratta di un risultato che non bisogna prendere come fine a se stesso, poiché ciò significherebbe che un incremento nelle concentrazioni dell'inquinante porterebbe ad un miglioramento della salute, ma che va analizzato alla luce dei possibili errori nella specificazione delle variabili che possono rendere i valori stimati condizionati, in contrasto o incompatibili con le ipotesi fatte a priori. Anomalie di questo tipo possono essere imputate a possibili collinearità tra gli inquinanti: se si considera infatti un gran numero di fattori inquinanti talvolta generati dalle stesse

fonti e spesso caratterizzati nel corso dell'anno da variazioni simili nei livelli di concentrazione, è altamente probabile che essi si rivelino altamente correlati. A ciò si deve aggiungere che lo stesso andamento ciclico sinusoidale proprio delle sostanze inquinanti contraddistingue spesso anche altre variabili in grado di agire sulla salute umana (come ad esempio le variabili meteorologiche) e ciò può far correre il rischio di attribuire all'inquinamento un effetto che in realtà è proprio di altre determinanti, in questo caso la relazione stimata sarebbe solamente spuria. Diversi criteri vengono solitamente utilizzati per verificare se le variabili sono altamente correlate: analisi degli errori *standard* e dei rapporti dei coefficienti stimati; analisi dei coefficienti di correlazione semplice e multipla; verifica della stabilità dei coefficienti aggregando, eliminando e aggiungendo progressivamente alcune variabili (16). Nel nostro caso in particolare il coefficiente degli NMHC è rimasto positivo e significativo ad un livello del 5% alle prove effettuate, mentre il suo valore varia in un intervallo compreso tra 0.25 e 0.29 indicando che gli effetti ad esso connessi non sono particolarmente sensibili alla scelta relativa agli altri inquinanti da includere nella stima (17).

Tra le variabili relative allo stato di salute complessivo della popolazione nelle diverse aree considerate l'indice di reattività ad episodi acuti di inquinamento (acuti) presenta un effetto rilevante ed è statisticamente significativo all'1%. L'indice di durata (*dur*), pur significativo, presenta una correlazione negativa non corretta. Questo risultato, in qualche modo sorprendente, merita una riflessione più approfondita anche alla luce dei risultati delle stime relative alle altre patologie considerate. In effetti, mentre sul complesso delle patologie, la variabile acuti mostra sempre comunque un ef-

fetto rilevante statisticamente significativo, l'indice di durata non è mai statisticamente significativo tranne che nei due casi estremi delle patologie più lievi, la 098 appunto, e delle malattie polmonari cronico ostruttive, relative al Drg 088, con segni opposti. Ciò fa pensare che nel *panel* utilizzato non ci siano sufficienti variazioni nella durata media delle degenze ospedaliere da catturare l'effetto di questa variabile sullo *stock* di salute della popolazione, almeno nell'analisi condotta per singole patologie (18).

Considerazioni analoghe valgono anche per l'analisi degli effetti relativi alle variabili socio-demografiche inserite nel modello (gli indici di sesso, razza, età). Guardando ai segni dei coefficienti, relativamente a tutte le patologie considerate, ad eccezione delle cronico-ostruttive (088), anziani e bambini tendono ad avere uno *stock* di salute relativamente più basso, coerentemente con le aspettative. Gli effetti relativi alla composizione della popolazione, catturati dagli indici di sesso e razza, tendono invece a variare al variare della specifica patologia considerata. In tutti i casi però l'insieme delle variabili socio-demografiche è sempre statisticamente non significativo. Anche in questo caso il risultato è presumibilmente da imputare al *panel* di dati che, in riferimento ai tre indici menzionati, non presenta variazioni sufficienti a catturarne l'influenza sullo *stock* di salute. In particolare sia per l'indice di sesso sia per l'indice di età si è registrata nei dati a disposizione una sostanziale stabilità sia nel tempo sia nelle diverse aree territoriali considerate. Si è provato dunque a stimare nuovamente le quattro regressioni (relativamente ai quattro Drg) eliminando dalle variabili esplicative gli indici di sesso ed età. I risultati sono riportati in tabella 1, in corrispondenza dei relativi Drg (riportati nelle colonne contrassegnate come Drg^a), e

mostrano una sostanziale stabilità degli effetti osservabili nel primo gruppo di simulazioni.

6. La disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria

Per la stima della disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria occorre disporre a questo punto del prezzo medio delle cure mediche per specifica patologia, assimilabile al costo medio per evento patologico. Tale costo dovrebbe correttamente includere: il costo per la profilassi e la cura della malattia e il valore del tempo e della produttività persa a causa della malattia. Non disponendo dei dati di salari medi, ci si è limitati a considerare il solo costo sanitario di ciascuna patologia, quale risulta dalle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, secondo il D.M. 14 dicembre 1994.

Il decreto distingue, limitatamente al nostro campo di interesse, le prestazioni di assistenza ospedaliera in:

1) prestazioni per acuti erogate in regime di *ricovero ordinario*;

2) prestazioni per acuti erogate in regime di *ricovero diurno*, già denominato *day-hospital*;

Le tariffe relative alle prestazioni di cui al punto 1) vengono così articolate:

1.a) *ricoveri ordinari*: tariffa forfetaria specifica per Drg;

1.b) *ricoveri ordinari di una sola giornata* (si legga una sola notte di degenza): tariffa forfetaria specifica per Drg;

1.c) *ricoveri ordinari anomali per durata di degenza* (già definiti ricoveri fuori soglia): tariffa forfetaria relativa al Drg di appartenenza, incrementata del prodotto tra il numero delle giornate di degenza oltre il valore soglia e la tariffa giornaliera, specifica ogni Drg.

Le tariffe relative al punto 2) vengono, invece, articolate nel seguente modo:

2.a) *ricoveri diurni* caratterizzati da un unico accesso giornaliero: tariffa forfetaria specifica per Drg di appartenenza;

2.b) *ricoveri diurni* caratterizzati da un ciclo programmato di accessi giornalieri, nell'ambito dello stesso episodio diagnostico e/o terapeutico; prodotto tra il numero di accessi giornalieri e la tariffa forfetaria specifica per Drg.

Per rendere più comprensibile il loro utilizzo, le tariffe di cui ai punti 1) e 2) sono state «riordinate» nella tabella 2.

Poiché il consumo di cure mediche (MED) viene approssimato, per ciascuna patologia, dal rapporto tra il totale dei ricoveri (*day-hospital*, ricoveri normali, ricoveri fuori soglia) e la popolazione dell'area, il costo sanitario, per ciascuna patologia, è ottenuto come media ponderata del costo relativo a ciascun regime di ricovero.

A tal fine, la tabella 3 riporta, per ogni regime di ricovero e per ogni patologia, il numero totale dei ricoveri nei tre anni di interesse; per i ricoveri fuori soglia è riportato in aggiunta il numero medio di giornate oltre il valore limite.

Dai dati di tabella 2 e 3 è stato così possibile ottenere, per ciascuna pato-

logia, il costo sanitario medio, riportato, come Pm, in tabella 4.

Con le cautele del caso, i dati di tabella 4 unitamente a quelli desumibili dai risultati delle stime empiriche illustrate nel precedente paragrafo ci consentono a questo punto di stimare la disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della qualità dell'aria, nella forma definita dalla equazione (3). In particolare, dati i risultati delle verifiche empiriche, siamo in grado di verificare la stima della disponibilità a pagare relativamente alle sole patologie costituite da segni e sintomi respiratori con e senza complicazioni e bronchiti ed asme in età inferiore ai 18 anni (Drg098) ed in relazione a possibili riduzioni dei livelli degli idrocarburi, in questo senso la stima stessa della disponibilità a pagare assume un significato principalmente illustrativo della metodologia (19).

Ai fini della stima del coefficiente M_a dell'equazione (4) occorre tenere presente che i valori dei coefficienti delle regressioni sono leggibili direttamente in termini di elasticità: una diminuzione del 10% degli NHMC consente di ottenere una diminuzione del 2,9% delle patologie a carico dell'apparato respiratorio identificate come Drg098. Il valore corrispondente del coefficiente M_a è ottenuto dunque utilizzando il rapporto tra i valori medi

Tabella 2 - Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera (in migliaia)

Drg	Ricovero ordinario			Day hospital
	Ricovero ordinario	Ricovero di 1 giorno	Incremento «pro die» ricoveri fuori soglia	Tariffa giornaliera
088	5104	353	265	408
096	4844	351	263	408
097	3609	336	252	408
098	2859	411	308	408

Fonte: D.M. 14 dicembre 1994.

della variabile dipendente e indipendente (in questo caso i soli NMHC).

In tabella 5 sono riportati i valori ottenuti della disponibilità marginale a pagare per progressive riduzioni dei livelli degli NMHC dal 10 al 50%, in base ai risultati riportati nelle colonne 1 e 2 di tabella 1. I valori della disponibilità marginale a pagare per riduzioni dei livelli degli NMHC sono espressi in termini percentuali rispetto al prezzo delle cure mediche di tabella 4.

I valori alquanto bassi di tabella 5 sono in qualche modo sorprendenti anche considerando che in generale tale approccio tende a fornire valori in media superiori a quelli ottenibili con metodi non basati sulla disponibilità marginale a pagare, quali i metodi dose-reazione o l'approccio basato sul costo della malattia, che sono peraltro i metodi più diffusi per il calcolo del costo sociale connesso agli impatti dell'inquinamento sulla salute umana. Sebbene la specificità della patologia considerata non consenta un paragone esplicito con altre stime ricavabili dalla letteratura in materia, una tendenza analoga si riscontra in Dickie e Gerking (1991). Anche in questo caso gli autori sottolineano come tale risultato rafforzi la convinzione che una valutazione complessiva dei benefici derivanti dal controllo dell'inquinamento debba includere tanto valori per episodi acuti e cronici di morbilità quanto effetti di mortalità, assieme all'analisi condotta oltre che sui singoli inquinanti su combinazioni di essi basate su correlazioni esistenti e riconosciute. Nel nostro caso, come già più volte sottolineato, l'impossibilità di lavorare sul totale delle patologie non ha consentito di sviluppare l'analisi in questa direzione. Ad ogni modo, ci sono una serie di ragioni che spiegano perché le stime ottenute siano tendenzialmente basse e che rendono il risultato meno sorprendente.

Una prima ragione è legata proprio alla specificità della patologia considerata in relazione al metodo di stima adottato. La derivazione della disponibilità marginale a pagare descritta dall'equazione (3) nell'ambito del mo-

dello di scelta del consumatore descritto nel paragrafo 2 suggerisce infatti che essa è tanto maggiore quanto maggiore è l'effetto sulla salute associato al miglioramento della qualità dell'aria (cioè alla riduzione nella

Tabella 3 - Numero di ricoveri e giornate medie di degenza per i diversi regimi e per le diverse patologie

Tipo di ricovero	Drg	N. ricoverati	Giorni medi di ricovero oltre la soglia
<i>Day-hospital</i>	096	40	
	097	896	
	098	1912	
	088	1016	
Totale day-hospital		3864	
Ricoveri ordinari di 1 giorno	096	11	
	097	93	
	098	190	
	088	106	
Ricoveri ordinari di oltre 1 giorno	096	458	
	097	1037	
	098	1140	
	088	2398	
Totale ricoveri ordinari		5433	
Ricoveri fuori soglia	096	11	20 GG
	097	7	25 GG
	098	11	75 GG
	088	90	28 GG
Totale ricoveri fuori soglia		119	
Totale		9416	

Tabella 4 - Costo medio per evento patologico (in lire)

Pm96	4.569.065	0,055225	252.327
Pm97	2.070.198	0,215909	446.975
Pm98	1.353.518	0,345476	467.608
Pm88	3.827.839	0,38339	1.467.555
Pm (totale)		1	2.634.465

Tabella 5 - Disponibilità marginale a pagare per riduzioni dei livelli degli NMHC

	Riduzioni % dei livelli degli NMHC		
	10%	30%	50%
Equazioni:			
Drg098	0.13	0.14	0.15
Drg098 ^a	0.16	0.18	0.19

concentrazione dell'inquinante considerato), quanto maggiore è il costo delle cure mediche relative e quanto minore è la produttività marginale delle stesse. Nel nostro caso, trattandosi di patologie lievi dell'apparato respiratorio particolarmente sensibili ad episodi acuti di inquinamento, a fronte di un effetto sulla salute relativamente importante associato alla riduzione dell'inquinamento, il costo delle cure mediche è particolarmente basso. Dai dati di tabella 4 risulta infatti che il costo medio per evento patologico per questa specifica patologia è il più basso tra tutte le patologie considerate: circa un terzo rispetto al costo delle patologie cronico-ostruttive e circa la metà del costo medio per evento patologico calcolato sul complesso delle patologie considerate. A ciò si aggiunga che trattandosi di patologie particolarmente lievi a carico dell'apparato respiratorio, con effetti temporanei e reversibili, l'efficacia delle cure è assai maggiore rispetto alle patologie più gravi o di tipo cronico, sicché è ragionevole ipotizzare una produttività relativamente più alta delle cure mediche rispetto sia alle altre patologie singolarmente prese sia al totale delle patologie considerate nel loro complesso. L'effetto combinato di tutti questi fattori è tale da produrre in principio, nell'approccio adottato, valori di disponibilità marginale a pagare relativamente bassi.

Una seconda ragione è che il costo delle cure mediche utilizzato è in generale sottostimato rispetto al costo complessivo della malattia, poiché non comprende ad esempio il valore

del tempo perso e della produttività persa a causa della malattia. Non disponendo infatti dei dati relativi ai salari ci si è limitati, come illustrato all'inizio di questo paragrafo, a rilevare i soli costi sanitari.

Una terza ragione è che le riduzioni dei livelli degli NMHC ipotizzate in tabella 5 sono relativamente basse, in particolare se si considera che la media delle concentrazioni giornaliere su base annua degli NMHC del *panel* è di circa 446 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ rispetto ad uno *standard* di 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ e che in media il valore di picco, calcolato sul valore massimo orario, eccede il valore *standard* di quasi 20 volte.

Infine, e questa è una considerazione di carattere generale, la stima della disponibilità marginale a pagare di un individuo per miglioramenti della qualità dell'aria dovrebbe correttamente tener conto di tutti i benefici ad esso connessi, in termini di aumento della sua «utilità»: non solo quindi l'effetto sulla salute ma anche l'effetto positivo dell'aumentata visibilità, il ridotto inquinamento intramurale, degli immobili, dei monumenti ecc.

7. Conclusioni

Nel realizzare questo lavoro si è affrontato il problema della determinazione dell'impatto fisico e del danno monetario provocati dall'inquinamento atmosferico sulla salute umana con particolare riferimento alle aree urbane metropolitane. L'impostazione seguita e la verifica empirica del modello teorico di riferimento sulla realtà metropolitana genovese ha permesso il

raggiungimento di un duplice scopo. Da un lato, ha consentito di evidenziare che esiste una correlazione positiva tra consumo di cure mediche e livelli di inquinamento e che tale relazione è significativa all'interno di una funzione di produzione di salute compatibile con il modello di scelta del consumatore preso a riferimento, consentendo la verifica implicita dell'ipotesi che anche la qualità ambientale, e segnatamente la qualità dell'aria, sia inclusa tra le componenti di benessere, o utilità, almeno indirettamente attraverso gli effetti che essa ha sulla salute; dall'altro, l'implementazione del modello teorico di riferimento ha consentito di fornire un ulteriore supporto alla descrizione e all'utilizzo di una specifica metodologia di valutazione monetaria degli effetti nocivi dell'inquinamento, con l'obiettivo di illustrare un approccio ancora oggi in Italia molto poco applicato che, affiancandosi ai più frequenti studi basati sui sentieri d'impatto, i metodi ingegneristici e gli studi epidemiologici, costituisce il contributo specifico della scienza economica all'analisi del problema.

Quanto alle cifre ottenute, esse appaiono sorprendentemente basse, anche rispetto alle aspettative iniziali, sebbene gli sforzi dei risultati empirici, anche quando significativi, debbano essere interpretati usando la dovuta cautela.

Le cifre, infatti, sono il risultato di successive stime, di approssimazioni e di semplificazioni, che sebbene non inficino l'importanza dei risultati raggiunti, meritano di essere considerate.

Inoltre, in questo tipo di ricerche è possibile commettere diversi tipi di errori: omissione di variabili, errore di misurazione di quelle incluse nel modello ed errata specificazione della forma funzionale che, spesso, viene basata su scarse conoscenze a priori.

L'omissione consapevole di variabili importanti deriva da due ordini di motivazioni: la prima è il metodo di rilevamento dei dati adottato, che non prevedendo interviste o questionari diretti sulla popolazione, ha portato ad escludere importanti elementi quali le abitudini di vita dei soggetti; la seconda motivazione, in un certo senso legata alla prima, è data dall'impossibilità di quantificare in termini numerici elementi interessanti come, per citare solo un esempio, i fattori genetici che influiscono sulla salute.

Una variabile sicuramente omessa è stata la prevenzione, intesa nel senso più lato del termine, come complesso degli atteggiamenti posti in essere dal soggetto per aumentare il suo stato di salute. Un modo diverso di catturare la prevenzione sarebbe stato di poter utilizzare come *proxy* del consumo di cure mediche il numero di visite specialistiche, il che ci avrebbe consentito di lavorare sul totale delle patologie più rilevanti a carico dell'apparato respiratorio e di fornire anche stime della disponibilità marginale a pagare di maggior significato, oltre che quantitativamente più coerenti con gli altri studi in materia, anche perché basate su prezzi effettivamente pagati.

L'integrazione di queste informazioni omesse nella stima in aggiunta ad altre sul reddito, l'educazione scolastica, l'occupazione, i livelli salariali medi avrebbe consentito inoltre anche un'analisi sulle variabili socio-demografiche il cui effetto, di fatto, è rimasto escluso dalla specificazione del modello.

Ulteriori approssimazioni compiute riguardano l'ipotesi di costanza delle concentrazioni al suolo degli inquinanti, relativamente a ciascuna macro-area considerata, e la mancata considerazione dei fattori climatici. Ma il problema più complesso resta la mancanza di dati. Poiché nel caso specifico l'analisi degli effetti dell'inquina-

mento atmosferico sulla salute umana si riferiva in particolare all'area urbana metropolitana della città di Genova, i dati relativi alle concentrazioni degli inquinanti sono stati correttamente differenziati per le diverse unità urbanistiche, differenziate a loro volta in relazione alla presenza di fonti fisse e all'intensità di fonti mobili di inquinamento. In tal modo però si sono potute estrapolare solo quelle unità urbanistiche per cui si disponeva contemporaneamente dei dati relativi agli stessi inquinanti e allo stesso arco temporale. In tal modo gli anni di indagine su cui è stato possibile lavorare sono stati soltanto quelli relativi al triennio 1996-1998, mentre sono rimaste escluse, tra gli inquinanti, le rilevazioni relative ad ozono e polveri totali sospese. Per ottenere risultati attendibili sarebbe invece necessario disporre di un grande numero di osservazioni e ciò si verifica raramente. In più l'andamento periodico simile degli inquinanti necessiterebbe di un'analisi su parecchi decenni per evidenziare gli effetti di ogni singolo determinante evitando che la ripetitività degli stessi andamenti ciclici provochi risultati non significativi.

(1) Nella letteratura di economia sanitaria questo tipo di approccio consente di analizzare le relazioni tra salute e scelte individuali relativamente agli *input* di salute. Nelle applicazioni all'analisi delle problematiche ambientali esso trova fondamento nella possibilità di inferire dalle scelte osservate o osservabili una misura della disponibilità marginale a pagare per miglioramenti della salute collegabili a miglioramenti della qualità ambientale, ad esempio dell'inquinamento atmosferico. Un'analisi approfondita degli aspetti teorici e di valutazione empirica di questo approccio si trova in Dickie e Gerking (1991).

(2) Gerking e Stanley (1986:195)

(3) Si veda ad esempio Rosenzweig e Schultz (1982).

(4) Gerking e Stanley (1986).

(5) L'approccio è valido anche in caso di linearità nei logaritmi o per altre forme funzio-

nali *standard* come la Cobb-Douglas o la sua trasformazione monotonica in logaritmi.

(6) Gerking e Stanley (1986:197)

(7) Il Drg è il codice utilizzato per identificare le patologie per le quali vengono prestate cure nei vari regimi di ricovero ai pazienti.

(8) I Drg 099 e 100 sono stati forniti separatamente solo dall'ospedale pediatrico G. Gaslini; le altre aziende ospedaliere li raggruppano nel Drg 098. Ai fini delle elaborazioni numeriche quindi i Drg 098, 099 e 100 sono stati considerati complessivamente.

(9) Secondo quanto previsto dal D.M. 20 maggio 1991.

(10) Procedure analoghe sono state seguite anche da Lave e Seskin (1973) e Smith (1975).

(11) Si veda su questo punto Gerking e Stanley (1986:199).

(12) Per le unità urbanistiche si avevano a disposizione i dati relativi al numero totale degli stranieri, indistinti rispetto alla provenienza. Per derivare l'indice di razza come rapporto tra il numero di residenti extracomunitari e i residenti totali, il primo è stato approssimato al 73% del totale degli stranieri presenti sul territorio cittadino, percentuale che corrisponde alla quota complessiva della popolazione terzomondiale, secondo le statistiche del comune di Genova.

(13) Si tratta dei Drg descritti come variabili sanitarie nel paragrafo 3.

(14) Anche gli studi medico-epidemiologici, da un lato, riescono a stabilire l'esistenza di tale legame sono però di scarso aiuto nella determinazione quantitativa tra i due fattori, in termini di specificazione della relazione funzionale o dei valori dei parametri. Pertanto, poiché le conoscenze teoriche delle relazioni tra inquinamento atmosferico e salute sono inadeguate nel senso sopra precisato, i risultati degli sforzi empirici devono comunque essere interpretati usando le dovute cautele. Su questo punto si vedano ad esempio Gerking e Schulze (1981) e Portney e Mullahy (1983).

(15) Sono state implementate anche le forme lineare e log-lineare che nel complesso hanno fornito però risultati poco significativi rivelandosi comunque forme funzionali non migliori di quella scelta. Quest'ultima dalla sua ha il vantaggio di essere *well-behaving* dal punto di vista dei requisiti richiesti dal modello teorico sottostante.

(16) Cropper (1981), Gerking e Stanley (1986).

(17) I risultati di queste regressioni non sono stati riportati.

(18) L'indice di durata potrebbe essere una *proxy* migliore dello stato di salute della popolazione nella stima effettuata sull'aggregato di tutte le patologie a carico dell'apparato respi-

ratorio. Nell'analisi condotta per singole patologie, data la natura delle stesse, l'indice di durata risulta una *proxy* certamente non corretta dello stato di salute per le patologie più lievi, mentre risulta adeguata nel caso di patologie di tipo cronico.

(19) L'impossibilità di utilizzare un prezzo pagato individualmente per il consumo di cure mediche relativamente alle patologie considerate rende più complessa l'interpretazione della disponibilità marginale a pagare come valore riferito al singolo individuo. La DAP si basa infatti implicitamente sulle preferenze individuali, nel senso di esprimere un effetto sul benessere positivo o negativo che nel nostro caso è relativo a variazioni dello stato di salute a loro volta indotte da variazioni della qualità ambientale.

Dalla somma delle misure individuali si può poi risalire alla stima dei costi/benefici sociali, che sono le misure a cui si fa solitamente riferimento ai fini della valutazione delle politiche di controllo della qualità ambientale.

Nel nostro caso il prezzo delle cure mediche coincide con il costo medio per evento patologico a carico della collettività ed è interpretabile come prezzo solo in termini di quanto mediamente la collettività paga per la malattia di un suo membro. In questo caso la stima della DAP ottenuta assume il significato di una qualche valutazione autoritativa corrispondente al-

la somma che la società è disposta a pagare per un miglioramento dello stato di salute di un suo membro. La valutazione è definibile come autoritativa nel senso che è derivata dalla funzione del benessere individuale nella percezione del decisore pubblico.

BIBLIOGRAFIA

- CROPPER M.L. (1981), «Measuring the Benefits from Reduced Morbidity», *American Economic Review*, 71, pagg. 235-240.
- DICKIE M., GERKING S. (1991), «Valuing Reduced Morbidity: A Household Production Approach», *Southern Economic Journal*, 57(3), pagg. 243-252.
- GERKING S., SCHULZE W. (1981), «What do we Know about Benefits of Reduced Mortality from Air Pollution Control?», *The American Economic Review*, 71, pagg. 228-234.
- GERKING S., STANLEY L.R. (1986), «An Economic Analysis of Air Pollution and Health: The case of St. Louis», *Review of Economic and Statistics*, 68(1), pagg. 115-121.
- GERKING S., STANLEY L.R. (1986)^b, «An Economic Analysis of Air Pollution and Health: The case of St. Louis», in *Methods*

Development in Measuring Benefits of Environmental Improvements, vol. VI, Office of Policy Analysis, Office of Policy, Planning and Evaluation, U.S. Environmental Protection Agency.

- GROSSMAN M. (1972), «On the concept of health capital and the demand for health», *Journal of Political Economy*, 80, pagg. 223-255.
- LAVE L.B., SESKIN E.P. (1973), «An Analysis of the Association Between U.S. Mortality and Air Pollution», *Journal of the American Statistical Association*, 68, pagg. 284-290.
- PORTNEY P., MULLAHEY J. (1983), *Ambient Ozone and Human Health: An Epidemiological Analysis*, Resources for the Future, Washington, D.C.
- ROSENZWEIG M., SCHULTZ T.P. (1982), «The behaviour of mothers as input to child health: the determinants of birthweight, gestation, and rate of fetal growth», in Fuchs, V. (ed.), *Economic Aspects of Health*, National Bureau of Economic Research, Chicago.
- SMITH V.K. (1975), «Mortality-Air Pollution Relationship: A Comment», *Journal of the American Statistical Association*, 70, pagg. 341-343.
- ZAVATTI A. (1994), *Il controllo dell'ambiente, sintesi delle tecniche di monitoraggio*, Pitagora Editrice, Bologna.

I SERVIZI SOCIO-SANITARI. L'INTEGRAZIONE PARTE DALL'ANALISI DELLA DOMANDA

Sara Cepolina

Dipartimento di Tecnica ed Economia delle Aziende, Università di Genova

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il processo evolutivo del disagio - 3. Le evidenze empiriche: il caso della provincia spezzina - 4. Conclusioni.

The Italian recent legislative evolution underlines the need to realise an integrated health care and social services system, to rationalise and ameliorate its effectiveness, through a flexible, multiprofessional and polyvalent services, and to increase the customer perceived quality level. This trend seems to be in line with the evolution of population demand, more and more characterised by increasing level of complexity and by the simultaneous presence of health and social component. The present work is based on two main assumptions. Firstly, the closer the services are offered to the original sources of the need, and therefore of the demand, the higher will be the effectiveness of the services. Secondly, the final demand represents only the last stage of a more generally unsatisfactory situation regarding economic and social conditions, as well as health care. The paper focuses on the process of analysing and de-coding the real needs of the population, which has been decomposed into three main phases. The study highlights the importance to work on the basis of three different types of abilities: a deep diagnostic ability, an ability to involve the beneficiaries of the services, and the ability to interpret the feedback from customers.

1. Introduzione

L'attuale assetto organizzativo dell'assistenza territoriale, sia per quanto riguarda il settore sanitario così come quello sociale, presenta ancora una divisione disciplinare specialistica orientata alle diverse casistiche cliniche (Fontana, 1998) nel primo caso e di disagio sociale nel secondo, piuttosto che integrata e orientata all'utente, come invece prospettato dalla più recente normativa.

Si rilevano infatti tendenze contrastanti che verranno supportate da evidenze empiriche: mentre dal punto di vista dei cittadini, utenti e non, si assiste ad un processo che tende verso bisogni sempre più complessi e integrati, dal punto di osservazione degli operatori si riscontrano scenari di bisogni sempre più parziali e frammentati che sembrano derivare da una logica di presa in carico degli effetti piuttosto

che dal tentativo di risalire alle cause per operare su di esse. Tale visione limitata da parte degli operatori discende sia da retaggi del passato sia da visioni specialistiche, oltre che dal prevalere della logica dell'operare sull'emergenza conclamata piuttosto che in via preventiva.

Questo tipo di impostazione pone limiti consistenti alla progettazione di percorsi medico diagnostici integrati che risultano dall'attuale evoluzione sociale oltre che dalle recenti riforme legislative. Risulta imprescindibile, a tal fine, un maggior orientamento alla domanda e, in particolare, alle reali esigenze del cittadino al fine di raggiungere un'effettiva integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale sul territorio, determinando di conseguenza un innalzamento del livello di qualità percepito dall'utente (Casati, 1999).

Il presente lavoro si colloca in quest'ottica tentando di delineare il percorso generativo dei bisogni, la cui conoscenza può, a nostro avviso, costituire un utile supporto per l'analisi della domanda, consentendo di generare una maggiore consapevolezza del quadro epidemiologico e delle peculiarità della popolazione di riferimento.

La seconda parte dell'articolo prende in considerazione l'analisi empirica dell'ambito territoriale della Provincia di La Spezia con riferimento sia ai trend di domanda emergenti sia all'attuale assetto del sistema di offerta. La scelta dell'ambito provinciale spezzino è dovuta in parte alle peculiarità demografiche che qualificano la Provincia, così come la Regione Liguria nel suo complesso, come la più «vecchia» a livello nazionale, sia per la presenza di un primo interessante

progetto sperimentale di distretto socio-sanitario. I risultati dell'indagine derivano da un più ampio progetto di ricerca «Nuovi bisogni e nuove strategie di sviluppo dei servizi sociali, socio-sanitari nella provincia della Spezia» (1).

2. Il processo evolutivo del disagio

Il principio secondo cui le risorse andrebbero allocate in base al bisogno, nell'ipotesi che ad uno stesso livello di bisogno debba corrispondere parità di prestazioni e che risorse maggiori debbano essere disponibili dove i bisogni siano più elevati, pone il problema di definire e misurare i bisogni della popolazione del territorio di riferimento, cercando di evidenziare eventuali difformità tra una zona e l'altra.

Per analizzare i livelli di bisogno della popolazione, è necessario prescindere, nella misurazione, dai livelli di consumo dei servizi sociosanitari, i quali possono rappresentare al più la parte di domanda soddisfatta. Per il fenomeno di induzione dell'offerta sulla domanda, il consumo tenderebbe infatti a sovrastimare, in alcuni casi, e a sottostimare, in altri, il reale bisogno dei cittadini.

Obiettivo del *paper* è piuttosto quello di prendere in considerazione la fase a monte e quindi il processo di creazione dei bisogni che deriva dall'espressione di un disagio sociale e che si articola in tre fasi: cause, manifestazioni e bisogni. Nello schema riportato in figura 1, abbiamo aggiunto un ulteriore passaggio che è quello dai bisogni alla domanda.

È possibile definire un individuo in situazione di disagio sociale quando si è in presenza di una persona che, per specifiche condizioni, non sia in grado di utilizzare pienamente le proprie risorse e le opportunità offerte dalla società e che, alternativamente

e/o contemporaneamente, si isoli o susciti rigetto da parte della società (2). Si tratta quindi di un disagio individuale che assume rilevanza sociale, in quanto la società, a livello istituzionale o a livello di opinione pubblica, considera opportuno e talvolta indispensabile un intervento per la sua soluzione. Per definire cause e manifestazioni del disagio è necessario far riferimento alla soggettività del sofferente.

Gli stadi del processo schematizzato, non costituiscono un percorso obbligato per ciascuna causa di disagio individuata, piuttosto lo schema cerca di ripercorrere le diverse fasi del meccanismo attraverso il quale i bisogni hanno origine.

La lettura risulta quindi esaustiva solo se effettuata da destra a sinistra: in questo caso a partire da un dato bisogno, piuttosto che da una certa domanda, è possibile identificarne le manifestazioni e le cause originali. Se invece la lettura è eseguita da sinistra a destra, lo schema consente di tracciare ogni possibile percorso evolutivo del disagio sociale.

Lo schema rappresenta il tentativo di generalizzare e teorizzare il processo evolutivo del disagio sociale a prescindere dalle caratteristiche degli individui e dal fatto che i bisogni e la domanda che ne derivano, trovino o meno una risposta nell'offerta pubblica e privata.

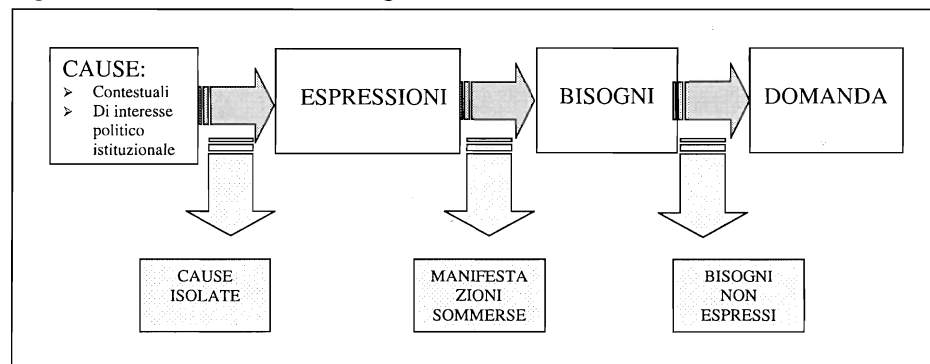
Bisogna rilevare che lo schema comprende al suo interno sei categorie protette o soggetti deboli, che si distinguono per la maggior attenzione che viene loro dedicata al punto da averli resi l'interlocutore principale di riferimento per l'offerta. Tali categorie sono state individuate dal legislatore quali principali beneficiari delle politiche sanitarie (Psn 1998-2000) e sociali (Piano triennale dei servizi sociali, delibera del Consiglio regionale della Liguria n. 44 del 1999) e come aventi diritto ad un loro accesso prioritario (legge n. 328 del 2000):

- minori e adolescenti,
- tossico/alcoldipendenti,
- anziani,
- malati mentali,
- immigrati e
- malati terminali.

Si considera che questi soggetti siano i principali portatori del disagio sociale e che, in generale, rappresentino le fasce di popolazione più a rischio, ragione per la quale l'offerta, se non altro quella pubblica, è costruita in modo da rispondere alle loro esigenze e bisogni. Tale situazione è confermata dalla legge n. 328/2000 che, definendo i livelli essenziali delle prestazioni sociali, ripercorre essenzialmente le sei categorie.

Si rileva che queste categorie di soggetti non riescono ad esaurire le possibili espressioni di disagio. Ne discende che tutti i bisogni che derivano

Figura 1- Processo evolutivo del disagio sociale



da espressioni, che non sono riconducibili a nessuna delle categorie protette, risultano scarsamente presidiati e difficilmente trovano strutture di offerta predisposte al loro soddisfacimento.

2.1. Le cause

Le cause del disagio sociale possono essere ricondotte a due categorie principali: quelle di origine giuridico formale e quelle di origine contestuale. Le prime possono essere identificate come di rilevanza politica e istituzionale; per quanto riguarda invece le seconde, utilizzeremo l'aggettivo contestuali, in quanto risultano strettamente correlate al contesto di riferimento, inteso nelle sue diverse accezioni, quali il contesto familiare, quello culturale ecc.

La prima categoria di cause comprende:

- la situazione economica,
- lo stato di salute e
- l'età.

Definiamo di interesse politico istituzionale le cause in base alle quali il legislatore sembra aver delineato le categorie protette. Queste cause operano anche al livello più generale generando, insieme a quelle contestuali, le diverse espressioni di disagio che analizzeremo in seguito.

La situazione economica è una delle maggiori cause del disagio sia per quanto riguarda la capacità di sopravvivenza, sia per quella di soddisfacimento dei crescenti livelli di consumo che forniscono il riconoscimento sociale.

Lo stato di salute assume i connotati di causa di disagio con una vasta gamma di gradazioni a seconda della sua gravità. Per lo più influisce privando l'individuo dell'autosufficienza. Rappresenta una delle cause di più facile individuazione, ma può comportare, soprattutto nelle sue forme

croniche e terminali, maggiori difficoltà nella sua eliminazione.

Infine, in base all'età o meglio in base alle fasi del ciclo di vita delle persone, il Psn individua due categorie che devono essere considerate con particolare attenzione in quanto risultano caratterizzate da cambiamenti psicofisici e relazionali molto accentuati e che, quindi, risultano soggette a maggiori rischi. Le fasi cui viene dedicata specifica attenzione sono quelle della procreazione, dell'età evolutiva e dell'età anziana, nonché quella delle persone nella fase terminale della vita.

L'età avanzata appare particolare oggetto di attenzione in quanto correlata alla mancanza di autosufficienza e a un crescente fabbisogno di tipo sanitario. L'età giovanile viene considerata sulla base della forte connessione tra le problematiche che insorgono nella particolare fase evolutiva e lo sviluppo di comportamenti devianti o a rischio. La *ratio* alla base della scelta di questa categoria considera la possibilità di un intervento il più possibile di tipo preventivo.

La categoria delle cause contestuali si scompone a sua volta in:

- perdita di ruolo,
- cause culturali,
- cause familiari e
- cause ambientali.

La perdita del ruolo sociale molto spesso risulta associata alla condizione lavorativa. Risultano rilevanti a tal riguardo il fenomeno dell'allungamento della permanenza nella famiglia di origine e quindi la difficoltà ad assumere il ruolo di adulto oltre all'autonomia economica, i periodi di prolungata disoccupazione e la condizione di pensionato, che influiscono in modo diverso sul ruolo sociale dell'individuo, privandolo della soggettività economica o ritardandone il suo perseguimento.

Le cause culturali sono riconducibili alla presenza di diversità. Possono

essere adottate due diverse accezioni di cultura, come livello culturale di istruzione e come modelli culturali o costumi, che determinano altrettante cause. Nella prima accezione si può generare disagio da aspettative piuttosto che difficoltà di inserimento; nei termini di modello culturale vengono generate problematiche di integrazione e emarginazione, quando si manifesta il rifiuto di un modello culturale, da parte della cultura prevalente.

Le cause relative all'ambito familiare costituiscono probabilmente quelle più difficili da analizzare. Consistono nella nuova configurazione che la famiglia sta assumendo e quindi nella tendenza alla riduzione numerica del nucleo familiare, nel crescente numero di madri occupate in attività lavorative, nelle crisi che coinvolgono i coniugi quali separazioni e divorzi, oltre che in tutte le disfunzioni che possono alterare l'equilibrio familiare, impedendo o limitando le complesse e svariate funzioni sociali, che la famiglia assolve tradizionalmente.

La famiglia può essere considerata come il primo e il più efficiente soggetto di offerta, tale funzione viene riconosciuta anche dal legislatore: *in Italia la famiglia svolge un ruolo decisivo nel governo di processi e situazioni legate al soddisfacimento dei bisogni quotidiani dei suoi membri, e allo stesso tempo possiede una alta capacità di risolvere al proprio interno difficoltà e tensioni legate a eventi congiunturali. Essa copre i bisogni che i servizi non riescono a soddisfare, oppure garantisce la mediazione necessaria per l'utilizzo del servizio formale, o infine copre una parte di bisogni che per loro natura non possono essere assolti nel settore formale, sia pubblico che privato.*

In particolare supplisce alla mancanza di politiche del lavoro giovanile, garantendo una lunga permanenza dei figli in famiglia, il lavoro di cura

famigliare supplisce alla debolezza delle protezioni per bisogni di lunga durata, il risparmio familiare consente il mantenimento del livello di vita dei componenti del nucleo al termine dell'età lavorativa e il tempo libero dei componenti più anziani supplisce alla carenza di strutture per l'infanzia (3).

È interessante notare come il legislatore non si limiti al riconoscimento del ruolo della famiglia e tenti altresì di preservarlo il più possibile, prevedendo la necessità di politiche di sostegno alle responsabilità familiari, come uno degli aspetti prioritari della riforma dello stato sociale.

Infine le cause ambientali intese come caratteristiche negative dell'ambiente di vita (quartiere, città), quali il degrado eco-ambientale, l'abbandono, l'emarginazione e la violenza, possono causare difficoltà al processo di socializzazione e all'integrazione sociale.

Un'ultima considerazione riguarda le modalità con le quali le cause agiscono nel determinare le diverse espressioni di disagio. È rilevante osservare in primo luogo, che l'esistenza di una singola causa non comporta automaticamente la creazione di una situazione di disagio, ma ne costituisce il presupposto. Inoltre l'effetto cumulativo di più cause che operano congiuntamente sembra essere un fenomeno molto frequente e quanto più l'intervento del sistema è tardivo, tanto più appare complesso risalire e quindi riuscire ad agire sulle cause primarie, che nel tempo si sovrappongono con effetto moltiplicativo.

Il fenomeno di aggregazione delle cause, che determina espressioni e successivamente bisogni caratterizzati da gradi maggiori di complessità, potrebbe essere a nostro avviso contrastato da un meccanismo di monitoraggio più attento della condizioni di vita del cittadino e attraverso l'ado-

zione di un approccio di tipo proattivo e preventivo invece di quello reattivo, che sembra prevalere allo stato attuale. L'approccio attuale, che privilegia interventi specialistici e scarsamente integrati, riesce ad operare soltanto sulle espressioni o sui bisogni manifesti, ma non sembra in grado di risalire nel percorso generativo del disagio allo step precedente.

2.2. Le espressioni

La classificazione delle espressioni di disagio si è dimostrata particolarmente difficile perché è difficile l'individuazione stessa delle espressioni, che si prestano ad essere confuse con le categorie di soggetti che ne sono protagonisti. Tale difficoltà deriva inoltre dalla molteplicità delle forme che il disagio può assumere e dal fatto che esse non sono sempre immediatamente percepibili. Non tutto il disagio risulta essere osservabile in una sua manifestazione, ciò accade per lo più quando lo stato di disagio è conclamato, ma spesso esso rimane sommerso pur conservando la gravità che gli è propria, si pensi ad esempio ai minori oggetto di violenza psicologica.

Abbiamo tentato di ricondurre le possibili espressioni del disagio a classi omogenee, ne sono risultate cinque categorie principali:

- povertà,
- sofferenza fisica,
- sofferenza psicologica,
- comportamenti devianti e
- emarginazione, esclusione sociale.

Le prime due categorie sono costituite da espressioni di disagio molto omogenee tra loro: l'una è infatti strettamente legata alla scarsa o insufficiente disponibilità di mezzi necessari alla sussistenza e l'altra allo stato di salute. Queste due categorie hanno il vantaggio di basarsi su situazioni tangibili e quindi oggettivamente rileva-

bili, al contrario delle successive per le quali è necessaria una certa dose di valutazione soggettiva dello stato di disagio.

Le altre tre categorie sono composte da espressioni molto più articolate la cui distinzione si basa su sfumature non sempre facili da cogliere.

La sofferenza psicologica è un tipo di espressione molto ricorrente sia singolarmente che associata ad altre espressioni. La sensazione soggettiva sgradevole che evoca reazioni emotive e risposte evasive di difesa, si può considerare il primo indicatore dell'esistenza di una qualche forma di disagio. Questa categoria può assumere, nelle sue forme più accentuate, espressioni patologiche quali la depressione e l'ansia, ed è allora assimilabile a quella della sofferenza fisica.

La categoria dei comportamenti devianti comprende espressioni tipiche delle classi giovanili, che in ordine di disagio crescente possono assumere le seguenti espressioni: il comportamento scolastico difficile e gli abbandoni, lo scorretto comportamento alimentare con fenomeni quali anoressia e bulimia, fino ad arrivare al comportamento criminoso delinquenziale e all'uso della violenza.

L'ultima categoria è quella dell'emarginazione e dell'esclusione sociale che costituiscono quasi un presupposto della situazione di disagio. La condizione specifica sembra infatti spingere l'individuo a chiudersi in se stesso o all'interno di gruppi ristretti, caratterizzati da sub culture.

Inoltre spesso all'isolamento dell'individuo contribuisce il rigetto della società, si realizza allora un vero e proprio processo di emarginazione, che a sua volta favorisce il disadattamento e la delinquenza. I meccanismi dell'esclusione comportano per l'individuo numerose conseguenze negative: la violenza, l'umiliazione, il distacco dalla famiglia e dalla comunità

e ciò che è ancor più grave l'interiorizzazione da parte del soggetto di una propria identità negativa.

Si nota come il grado di complessità aumenti già con il passaggio dalla prima fase del processo a questa seconda: mentre nella fase delle cause la rilevanza della componente sanitaria piuttosto che sociale è di facile comprensione, almeno quando vengono prese in considerazione singolarmente, a questa seconda fase la distinzione si fa più complessa e ciascuna delle singole espressioni presenta entrambe le componenti, con pesi relativi variabili, comportando la necessità di interventi mirati e integrati.

Una stessa espressione di disagio risulta poter essere generata da combinazioni diverse di cause, che dipendono fondamentalmente dalle caratteristiche soggettive dell'individuo in oggetto.

Si tratta quindi di un rapporto che può essere letto secondo una duplice ottica: partendo dalla considerazione delle cause fin qui elencate, è possibile individuare quali di esse possano dare origine ad una data manifestazione; assumendo invece il punto di vista del singolo individuo, che manifesta una certa espressione di disagio, è possibile ricostruire lo specifico insieme di cause che in quel caso particolare ha determinato quella situazione.

Quando infine, lo stesso individuo presenta contemporaneamente più manifestazioni di disagio, il livello di complessità aumenta notevolmente e diventa più difficile risalire alle cause delle diverse manifestazioni. Esse infatti operano congiuntamente e spesso tendono a sovrapporsi le une con le altre agendo come concause, i cui effetti sono difficilmente distinguibili.

Nella figura 2 vengono segnalate le principali cause di alcune espressioni di disagio.

2.3. I bisogni

Prendiamo ora in considerazione il terzo passaggio del processo, la trasformazione da manifestazioni di disagio ai bisogni che ne derivano.

Con tale termine indichiamo la condizione in cui si trova l'individuo a cui sia venuto a mancare qualcosa di necessario al proprio benessere. Abitualmente i bisogni si dividono in primari e secondari, a seconda che tale mancanza sia, o meno, essenziale per la conservazione dell'individuo. I bisogni primari sono inoltre considerati innati, determinati dalla struttura biologica dell'organismo, mentre quelli secondari sono appresi e derivano in larga misura dall'ambiente sociale in cui l'individuo si sviluppa. Vi è un processo di specificazione e di incremento nella evoluzione dei bisogni, sì che ne aumenta la varietà.

Anche questo secondo passaggio è caratterizzato, come rilevato in precedenza da una perdita di informazioni dovuta al fatto che non tutte le manifestazioni di disagio danno origine a bisogni e, anche quando ciò accade, solo una parte di essi viene espressa.

Ai fini della nostra ricerca è importante evidenziare come solamente i bisogni espressi si trasformino in do-

manda e come sia praticamente impossibile che tutta la domanda espressa trovi una risposta nel sistema di offerta. Emerge quindi la grande importanza di un'analisi che vada oltre il livello della domanda espressa, in modo da poter organizzare un sistema di offerta il più possibile corrispondente alle necessità della popolazione.

La semplice suddivisione tra bisogni primari e secondari, utilizzata fino ad ora, non ci permette di ordinare i bisogni che abbiamo identificato. Si rende necessario adottare una scala dei bisogni più articolata, quale quella elaborata da Maslow, che individua i seguenti cinque livelli gerarchici (Maslow, 1993):

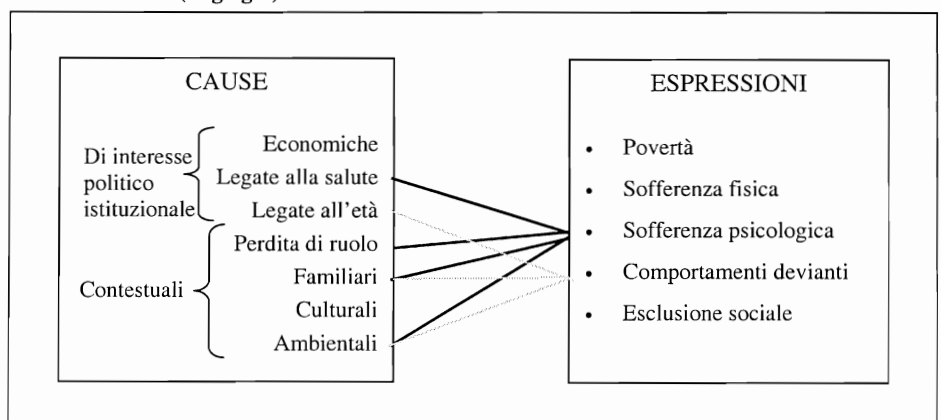
— bisogni fisiologici: coincidono con i bisogni primari e costituiscono elementi indispensabili alla sopravvivenza;

— bisogni di sicurezza: riguardano la sopravvivenza sul lungo periodo, la protezione dai pericoli, dalle privazioni;

— bisogni di appartenenza o sociali: riguardano l'esistenza di un ambiente sociale gradevole;

— bisogni di stima o dell'ego: riguardano l'aspirazione ad un riconoscimento sociale del proprio status;

Figura 2 - Cause che possono contribuire a generare una certa manifestazione di disagio: in particolare una forma di sofferenza psicologica (in nero) e i comportamenti devianti (in grigio)



— bisogni di autorealizzazione: è il più elevato livello della scala gerarchica, riguarda i bisogni di sviluppo delle proprie potenzialità.

Procediamo alla classificazione dei bisogni emersi dalla ricerca, sulla base della scala di Maslow. Le categorie identificate sono sei, tra le quali forse la più importante è quella del sostegno economico. Infatti, in base alla definizione di bisogno, e, tenuta in considerazione la definizione di disagio sociale adottata, risulta che non tutti i soggetti descritti precedentemente nelle tipologie di manifestazioni, appartengono alla categoria del disagio sociale, questa in fatti dipende dall'incapacità di utilizzare pienamente le proprie risorse e le opportunità offerte dalla società e quindi, in ultima analisi, dalla scarsità di mezzi economici.

Procedendo in ordine di importanza, sembra di non poter sbagliare introducendo i bisogni di carattere sanitario. Essi appaiono tanto più legati alla precedente tipologia, tanto più sono gravi e prevedono una spesa sanitaria consistente.

Queste due prime tipologie sembrano oscillare a cavallo tra i bisogni primari e quelli secondari al variare della loro gravità, in generale possono essere assimilati ai bisogni fisiologici. L'intensità dei bisogni sanitari, a parte per alcune particolari espressioni quali malati cronici e handicappati, risulta essere direttamente proporzionale all'età del soggetto.

Seguono i bisogni di tipo assistenziale e psicologico, riconducibili in gran parte ai bisogni di sicurezza, che hanno il fine di sopperire alla mancanza di autosufficienza del soggetto, consentendogli di continuare a condurre una vita normale per il periodo di tempo più lungo possibile.

I bisogni di integrazione sociale e quelli di socializzazione o relazionali costituiscono il nostro livello gerarchico più elevato che corrisponde, in

base alla scala di Maslow, al livello dei bisogni di appartenenza e che occupa appena la posizione intermedia. Il fatto che le categorie di bisogni individuati nella ricerca occupino complessivamente solo le prime tre posizioni della scala teorica adottata è giustificato dalla considerazione che gli altri due livelli, bisogni di stima e di autorealizzazione, non assumono rilevanza in quanto costituiscono disagio a livello individuale senza assumere le dimensioni del disagio sociale.

Da una prima analisi dei bisogni sembra di poter individuare per ciascun bisogno il tipo di offerta che gli debba corrispondere da parte del sistema. In realtà il legame tra manifestazioni e bisogni (figura 3) si distingue da quello analizzato in precedenza: in questo caso è sufficiente l'esistenza di una singola espressione di disagio per dare luogo a uno o più bisogni diversi; l'esclusione sociale, per esempio, si esplica spesso in bisogni di natura economica, assistenziali e di integrazione come evidenziato nella figura 3 in colore grigio. Ne deriva la necessità di disporre e sviluppare una buona capacità di lettura da parte dell'offerta, per individuare i bisogni e quindi progettare le relative risposte in termini di percorsi socio-sanitari per lo specifico individuo utente. Tale capacità dipen-

de dall'abilità relazionale del personale di contatto oltre che dal tipo di rapporto che si instaura con l'utente.

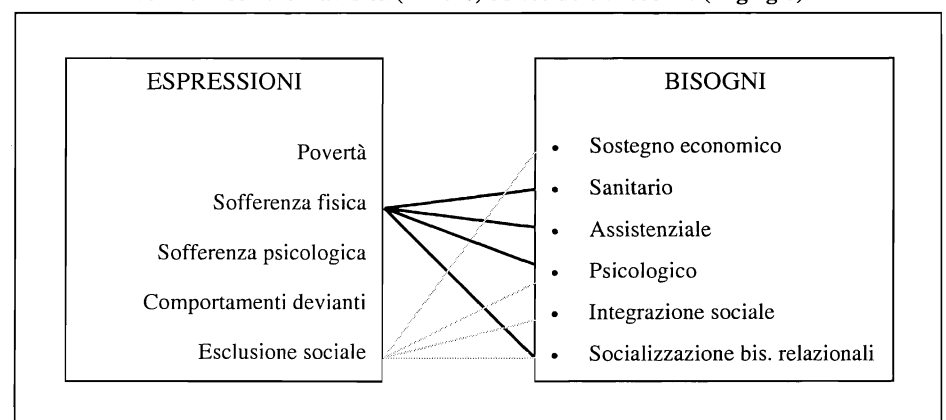
3. Evidenze empiriche: il caso della provincia spezzina

Una volta analizzato il processo di evoluzione del disagio sociale, è stato preso in considerazione lo stato dei bisogni reali nella provincia di La Spezia. Le assunzioni fatte a livello teorico, molto utili per comprendere il fenomeno oggetto di indagine, necessitano di alcune ipotesi semplificatrici per rendere più agevole la loro l'applicazione empirica.

In base a quanto rilevato sul territorio, sembra di poter ricondurre i bisogni espressi dalla popolazione a due principali categorie basate sull'età: gli anziani e i giovani. Ovviamente non si considerano quali categorie esaustive, ma in funzione della loro rilevanza rispetto ad altre possibili.

Suddetta rilevanza fa riferimento da un lato al peso statistico che la categoria anziani riveste nella provincia, gli ultimi dati Istat, riportati in tabella 1, fanno rilevare una popolazione ultra sessantacinquenne pari al 24% (12,7% + 11,3%) della popolazione complessiva, percentuale che risulta in linea con i dati regionali e che fa sì che la

Figura 3 - Manifestazioni di disagio che possono generare bisogni di diversa natura: in particolare la sofferenza fisica (in nero) e l'esclusione sociale (in grigio)



Liguria si attesti tra le regioni più anziane d'Italia. Il livello di dettaglio dei dati permette di cogliere alcune differenze nella distribuzione della popolazione per le singole zone sociali che fanno riferimento alla Provincia.

Il dato quantitativo di per se non sarebbe problematico se il sistema sociale complessivo si fosse adeguato alla nuova composizione demografica riuscendo a attribuire nuovi ruoli e identità almeno a parte della classe di età, prendendo coscienza della sua importanza. Inoltre è da rilevare che la stessa classe di età anziani (età > 65 anni) non ha più quelle caratteristiche di omogeneità che potevano contraddistinguerla nel passato. Le migliorate condizioni di vita così come i progressi in campo medico fanno sì che buona parte dei soggetti compresi in tale categoria rispondano ben poco a quella che è la normale accezione del termine anziano e si avvicinino ben di più alla categoria degli adulti. La disomogeneità interna alla classe viene riaffermata dalla rilevazione empirica dalla quale sono emerse problematiche molto variegata e molto spesso composite di aspetti sociali e sanitari al contempo, a tal fine i dati relativi alla categoria in oggetto sono stati scomposti, nella tabella, in due sottocategorie: la prima comprende i soggetti di età superiore ai sessantacinque anni e inferiore ai settantacinque e la secon-

da quelli di età superiore ai settantacinque.

Questo sbilanciamento della popolazione verso le classi di età superiori è stato recepito da tempo dal sistema sanitario e da quello sociale, si che le attenzioni maggiori sono state, storicamente rivolte, al fenomeno senile. Quest'atteggiamento ha comportato un'attenzione, forse troppo marginale, per le dinamiche giovanili, che allo stato attuale, risultano emergenti e dirompenti in alcune loro espressioni.

La scelta della popolazione minore-adolescenze quale secondo oggetto, dipende da tale crescente importanza che il fenomeno sta assumendo e dalla scarsa preparazione e disponibilità di mezzi che sono al momento disponibili per affrontarla.

Per riuscire a delineare una mappa dei bisogni ci si è basati su alcune ricerche, oltre che sui risultati delle interviste effettuate. Sulla base di tali informazioni si è cercato di comprendere le dinamiche più significative a livello provinciale. Le ricerche, oltre a fornire utili informazioni sullo stato dei bisogni, assumono un effetto validante nei confronti della nostra ipotesi di lavoro, essendo basate sulla scomposizione per classi di età e quindi, riguardando la condizione degli anziani e quella giovanile.

Per l'analisi dei bisogni degli anziani ci basiamo su una ricerca svolta nel 2000 sulla sicurezza e la qualità della

vita dell'anziano nella provincia di La Spezia. Nonostante la ricerca sia focalizzata sulla sicurezza della vita degli anziani, risulta molto utile in quanto rende disponibili, oltre allo stesso questionario adottato, le risposte a ciascuna domanda, sia in valore assoluto che in percentuale e lo stesso dato scomposto per fasce di età e per comune di residenza. È stato quindi possibile utilizzare gli stessi dati per una loro rilettura e interpretazione alla luce del nuovo obiettivo, di individuazione dei bisogni della popolazione anziana a La Spezia.

L'analisi dei bisogni dei giovani prende spunto da due ricerche: la prima, a cura del Centro intermedio servizi sperimentale La Spezia, finalizzata alla redazione dei piani di offerta formativa delle scuole della provincia e la seconda a cura dell'IRS commissionata dall'Informa-giovani della città di La Spezia. Le due ricerche insieme ci permettono di avere un quadro completo di questa classe di età, di per se molto eterogenea. La prima infatti analizza i soggetti frequentanti la scuola dell'obbligo, la seconda ha come campione studenti di età compresa tra i 15 e i 30 anni. Le indicazioni emerse dalle due ricerche su citate sono state integrate dai risultati ottenuti dai *focus group*, svolti nell'ambito della ricerca «Nuovi bisogni e nuove strategie di sviluppo dei servizi socia-

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione per classi di età nel 2000

Zone	0-14	15-25	26-49	50-65	66-75	> 75	Popolazione
Zona 1	10,1%	9,1%	33,8%	21,5%	13,3%	12,3%	111.106
Zona 2	11,5%	10,2%	35,9%	21,8%	11,4%	9,2%	66.921
Zona 3	10,1%	9,8%	33,0%	22,0%	13,4%	11,8%	43.530
Provincia La Spezia	10,5%	9,6%	34,3%	21,7%	12,7%	11,3%	221.557
Liguria	10,4%	9,8%	34,0%	22,5%	13,0%	10,4%	1.625.870

Elaborazione personale da fonte: Istat.

li, socio-sanitari nella provincia della Spezia».

3.1. Anziani

Il fenomeno demografico, considerato insieme all'allungamento della vita media della popolazione, comporta l'acutizzarsi in Liguria di un complesso gruppo di affezioni che va appunto sotto il nome di malattie dell'invecchiamento, tra queste: patologie ortopediche, patologie neurologiche da danno vascolare, demenze arteriosclerotiche e degenerative... Oltre alle specifiche patologie croniche va segnalata la polipatologia geriatrica che, limitando l'autosufficienza dell'anziano, espone una fascia ampia di soggetti a condizioni di deterioramento della qualità della vita propria e dei propri familiari sui quali ricade gran parte del carico assistenziale.

Questa prima rilevazione epidemiologica, indurrebbe a ritenere predominanti i bisogni di tipo sanitario, in realtà tale lettura deriva dalla netta prevalenza che viene storicamente attribuita allo stato di salute fisica rispetto al benessere sociale.

Alla luce di tale affermazione e prendendo in considerazione altri fenomeni quali: lo spopolamento da parte della fascia più attiva della popolazione (vedi figura 4), in base al quale solo una delle tre zone riesce a controbilanciare il saldo naturale e a mantenere così un saldo complessivo positivo, e l'esclusione dal ciclo lavorativo, emerge come la componente sociale giochi anche in questo ambito un ruolo di rilievo, tale da giustificare un incremento della domanda di servizi sia pubblici sia privati, che ha indotto ad un aggravio del carico di lavoro dei servizi sociali.

Non vanno infine dimenticati i fenomeni legati agli effetti della riforma sanitaria, quali lo scorporo dei reparti di lungo-degenza e la riduzione dei

tempi di ricovero, che hanno generato automaticamente la domanda di interventi che prendano in considerazione al contempo aspetti sociali e sanitari.

Per avere una prima idea della percezione della propria condizione di vita dell'anziano abbiamo adottato il dato relativo alla percezione della propria salute, che testimonia l'effettivo stato di benessere o malessere psicofisico di un individuo filtrato da fattori concomitanti e fattori soggettivi di percezione, che possono evidenziare modi diversi di vivere lo stesso livello di malattia o di disagio.

I dati della ricerca, specifici per la classe degli «anziani» della provincia di La Spezia, sono stati intersecati con quelli di fonte Istat (4) relativi alla popolazione nazionale. Questi ultimi sono stati rielaborati per ottenere gradi di omogeneità tali da consentire un confronto significativo, che viene riassunto nella parte inferiore della tabella 2, nella parte superiore sono riportati i dati originali. Sono stati riportati inoltre i dati relativi alle popolazioni di riferimento della due statistiche a confronto, per sottolineare la diversa rappresentatività delle medesime. La prima fa infatti riferimento ad un campione statistico che costituisce circa il 1.3% della popolazione effettiva, mentre nel secondo caso il cam-

pione coincide con l'universo di riferimento.

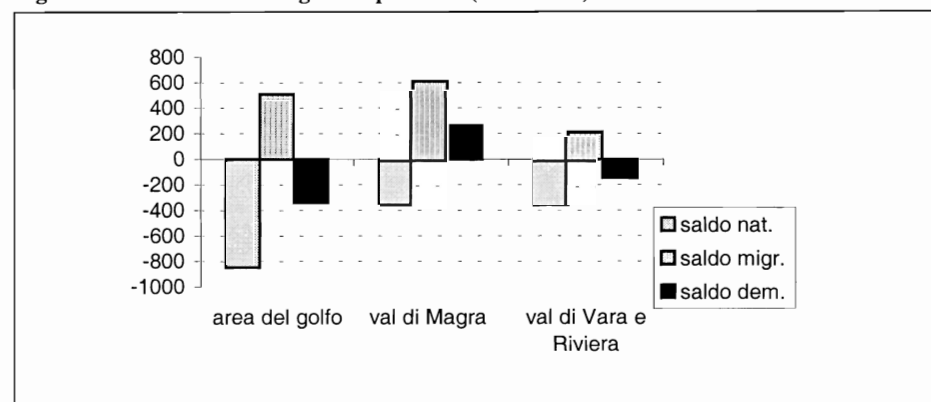
Dal confronto emerge una situazione a livello provinciale superiore alla media nazionale, risulta di particolare interesse rilevare: la maggior percentuale di soggetti che valutano la propria salute discreta in provincia rispetto al dato nazionale (lo scostamento è di 7,4 punti percentuali) e la minor percentuale, a livello provinciale, di soggetti che reputano il proprio stato di salute cattivo (lo scostamento dal dato nazionale è di 9,9 punti percentuali).

Nonostante questa categoria sia molto probabilmente la più presidiata permangono problematiche da affrontare, che derivano da una domanda in costante crescita in concomitanza con il processo di invecchiamento della popolazione. Tale fenomeno fa sì che l'offerta si debba limitare ad intervenire sull'emergenza e quindi a livello operativo, a scapito della funzione progettuale con ripercussioni in termini di carenza di percorsi di ampio respiro.

3.2. Giovani

Il fenomeno del disagio giovanile ha assunto negli ultimi anni attenzione crescente nella considerazione del

Figura 4 - Movimento demografico per zona (anno 1999)



Elaborazione personale da fonte: Istat.

pubblico in generale e delle istituzioni pubbliche, che si trovano al momento ancora impegnate in una fase di indagine conoscitiva, per comprendere le dimensioni e le caratteristiche del fenomeno.

Da un'indagine Censis (5) dell'anno duemila, basata su un questionario somministrato a un campione di 800 individui, risulta che la popolazione spezzina avverte con forza la preoccupazione del disagio giovanile (83.3%) e della problematica occupazionale (85.6%), posizionando solo al terzo posto la gravità del problema anziani (vedi figura 5). Da rilevare che la stessa indagine considera in separata sede la categoria relativa alla disoccupazione, fenomeno che, in una sua ipotetica disaggregazione per classi di età, potrebbe essere in gran parte riattribuito alla stessa categoria giovani, che subirebbe di conseguenza un incremento.

Il disagio giovanile assume quindi una consistenza notevole, nonostante le caratteristiche demografiche della provincia ne sottolineino la progressiva contrazione nel tempo. Per quanto riguarda invece l'aspetto qualitativo, sembrano necessari ulteriori sforzi per riuscire a delineare le specifiche cause che generano un così notevole stato di disagio. Le ricerche fin qui svolte, non consentono ancora di individuare le singole cause, ma si limitano a dare indicazioni sulle problematiche esistenti in termini generali.

Le problematiche emerse per la condizione giovanile, sembrano caratterizzare indiscriminatamente tutta la provincia e le diverse sottoclassi di età: quelle riscontrate con maggior frequenza riguardano difficoltà relazionali e il bisogno di socializzazione, che, anche a causa dell'intervento posticipato alle fasi conclamate di emergenza, si lega sempre più spesso a problematiche psicologiche e disturbi mentali, che determinano una forte domanda per la figura dello psicologo.

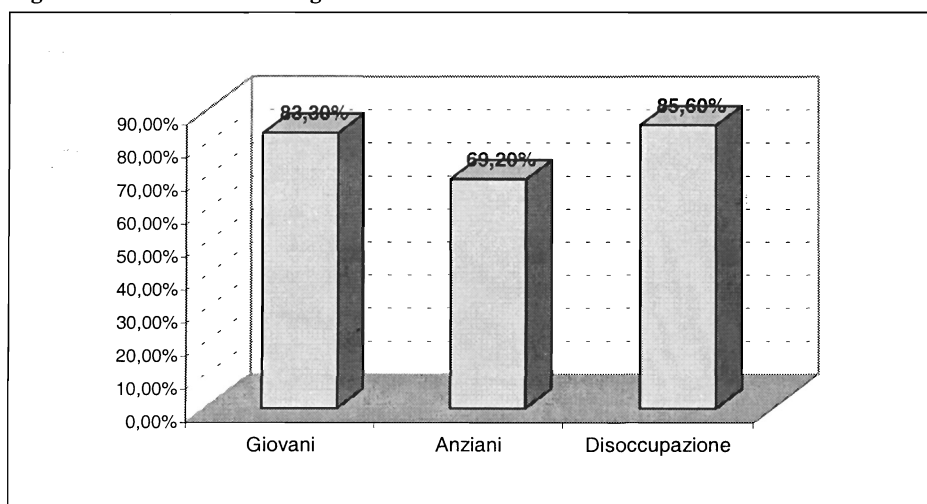
Tabella 2 - Stato di salute percepito dalla popolazione per classi di età per l'anno 2000

Classi di età	Valutazione buona proprio stato di salute (a)	Valutazione discreta proprio stato di salute (b)	Valutazione cattiva proprio stato di salute (c)	Popolazione in migliaia
14-17	89,6%	9,2%	1,2%	2.510
18-24	85,7%	13,0%	1,3%	4.875
25-34	79,3%	19,0%	1,8%	8.804
35-44	68,9%	28,4%	2,7%	8.847
45-54	52,9%	41,6%	5,5%	7.579
55-64	37,8%	51,9%	10,3%	6.737
65-74	23,6%	59,0%	17,3%	5.778
75 e più	13,7%	55,8%	30,6%	4.319
Totale	56,7%	35,4%	9,5%	49.449

Stato di bisogno percepito dalla popolazione di età > 65 anni				
Classi di età	Valutazione buona proprio stato di salute (a)	Valutazione discreta proprio stato di salute (b)	Valutazione cattiva proprio stato di salute (c)	Popolazione di riferimento
Provincia La Spezia	22,0%	65,0%	13,0%	694
Italia	19,3%	57,6%	22,9%	10.097.000

Elaborazione personale da fonte: Istat.

Figura 5 - Percezione del disagio. Censis



Tale *trend* vale sia per la fascia adolescenziale così come per quella dei giovani, per la quale si è riscontrata l'esplicita e ripetuta richiesta di una figura di sostegno psicologico.

Questi costituiscono i principali risultati emersi dai *focus group*, strumento di indagine qualitativo che si caratterizza per il forte contributo in termini di profondità dell'analisi piuttosto che di significatività statistica (Genco, Bini, 2002), che sono stati riassunti nella tabella 3. In tabella vengono esposti i bisogni rilevati per singola zona sociale, poi aggregati a livello provinciale, con gradazioni di colore differenti in funzione della frequenza relativa di ciascuno.

Sembra di poter affermare che i bisogni complessi e multidisciplinari che emergono per la categoria siano in buona parte attribuibili al ritardo della presa in carico degli utenti. Tale fenomeno deriva dalla scarsa tradizione dei servizi provinciali in questo settore e dalle specifiche problematiche relative al rilevamento dei sintomi e delle cause, oltre alla tendenza della famiglia a cercare di risolvere all'interno i problemi legati ai propri giovani fin tanto che la situazione non raggiunge livelli di gravità elevati e non viene considerata ingestibile in sede familiare. In quest'ottica rientrano il fenomeno della tossicodipendenza, il ritardo scolastico e i comportamenti devianti in generale.

Nonostante questa consapevolezza, risulta ancora difficile intervenire e, in alcuni casi addirittura, comprendere le cause prime del disagio, non si sono infatti, ancora sviluppate quelle conoscenze e competenze atte a rendere efficaci gli interventi e inoltre mancano le strutture e le risorse adatte. Tali carenze sono percepite dagli stessi giovani che lamentano a più riprese la mancanza di iniziative e proposte a loro rivolte.

Sembra quindi auspicabile un futuro investimento destinato a quest'area, soprattutto per quanto riguarda iniziative di prevenzione primaria del disagio, che consentano un miglioramento della qualità della vita di famiglie e minori e di costruire attorno alle nuove generazioni una rete protetta per una loro crescita sana (nuovi asili nido, interventi per la prima infanzia sostitutivi o integrativi del nido e della materna, iniziative aggregative e socializzanti per preadolescenti ed adolescenti ecc.).

3.3. Ricostruzione del sistema di offerta

Analizzata la domanda ed evidenziata la tendenza emergente di bisogni sempre più complessi e multiproblematici, passiamo in questo paragrafo, all'analisi del sistema di offerta sia in termini di servizi erogati sia per quan-

to riguarda la sua struttura organizzativa.

Il sistema di offerta complessivo risulta erogare una serie molto variegata di servizi che vanno dalla specialistica territoriale, all'assistenza economica, all'assistenza domiciliare, ai centri sociali. Nel *discontinuum* tra interventi prettamente sanitari e prettamente assistenziali si colloca un'ampia fascia di interventi definiti come sociali a rilievo sanitario o sanitari a rilievo sociale dove le prestazioni erogate dalle due tipologie di servizi raramente sono segmenti autonomamente e distintamente erogabili. Di norma, invece riguardano situazioni multiproblematiche che richiedono una diagnosi e un progetto di intervento multidisciplinare, attorno al quale ruotano professionalità di diversa derivazione legate da un forte interscambio informativo (Genco, Bini, 2002).

La soddisfazione espressa da parte degli utenti dei servizi risulta molto variabile da servizio a servizio e in generale può considerarsi discreta (percentuale di soddisfatti prossima al 50%). Tale dato, sulla base dei risultati emersi dall'analisi della domanda, che evidenziano una carenza di tipo informativo generalizzato, sono stati riportati in figura 6 congiuntamente con il grado di disinformazione. È interessante notare la distinzione tra servizi per la popolazione anziana e quelli per la popolazione giovanile con

Tabella 3 - Tabella sintetica dei principali risultati dei *focus group*

BISOGNI DEI GIOVANI						
	Informazione	Formazione mirata	Sostegno psicologico	Integrazione sociale	Socializzazione (spazi dedicati)	Prevenzione tossicodipendenze
Provincia SP						
Zona 1	X	X	X	X	X	X
Zona 2	X		X	X	X	
Zona 3	X				X	

particolare riferimento al grado di disinformazione: nel primo caso, infatti, la popolazione è in media decisamente più informata sulle iniziative e opportunità disponibili (Assistenza domiciliare, ADI, strutture residenziali e soggiorni per anziani) rispetto a quanto non accada nel secondo caso (le strutture ricreative costituiscono un'eccezione).

Il grado di soddisfazione sembra essere correlato negativamente con il livello di disinformazione, una possibile interpretazione di tale relazione è che il livello medio dei servizi offerti sia buono e che sia percepito come tale dagli utenti effettivi, e che i bassi livelli di soddisfazione, registrati per alcuni dei servizi erogati, siano da attribuire almeno in parte a carenze di tipo informativo.

La tendenza che emerge è di un livello di qualità attesa dei servizi e di *empowerment* da parte dei cittadini in crescita e di una sempre minor disposizione ad accettare la disaggregazio-

ne e la frammentazione dei servizi, che per gli utenti si traducono in un maggior onere in termini di ricomposizione dell'unitarietà diagnostica ed assistenziale (Longo, 2000).

Passiamo all'analisi del sistema di offerta dei servizi così come strutturato in provincia di La Spezia, per verificarne la rispondenza o meno alle esigenze della popolazione e per rilevare i *gap* organizzativi all'effettiva integrazione prospettata dalla normativa. Il sistema complessivo è schematicamente riportato nella figura 7.

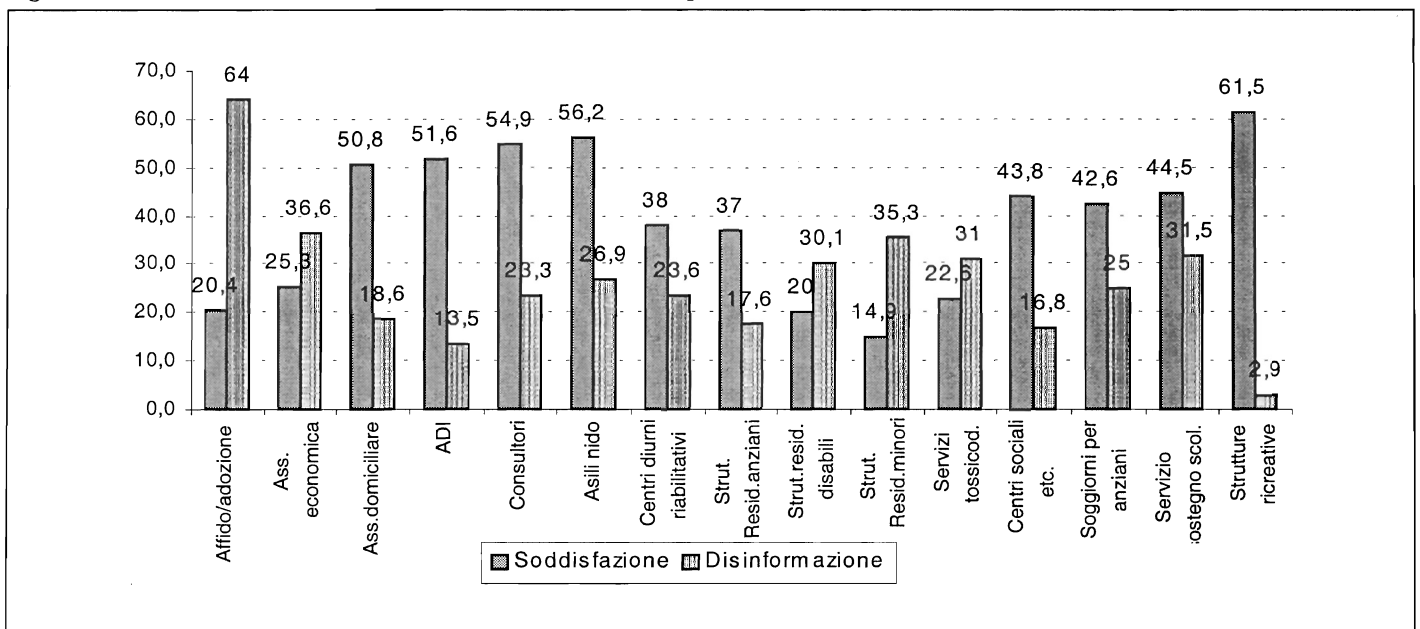
Prendiamo dapprima in considerazione il sistema dell'assistenza sanitaria. Risulta rappresentato prevalentemente dal medico di medicina generale e dalle unità operative che operano sul territorio. Il primo rappresenta il detentore per eccellenza delle informazioni sullo stato della popolazione e sembra operare in autonomia muovendosi sul territorio mantenendo un certo distacco rispetto al resto del sistema. Le unità operative sono specia-

lizzate per fasce di età o per categorie patologiche e a loro volta sono scomposte in due *team* che operano separatamente negli ambiti Val di Magra e La Spezia secondo una logica prettamente ambulatoriale.

Si distingue nel contesto spezzino il distretto sanitario 3, che rappresenta un primo tentativo di sperimentazione distrettuale. Caratterizzato da un organico estremamente ridotto, il distretto è impegnato nell'opera di integrazione socio sanitaria, che attualmente mostra i primi positivi risultati nell'area dell'assistenza domiciliare integrata.

Nonostante la forte spinta, di origine normativo istituzionale, verso una crescente integrazione si rilevano ostacoli forti di natura organizzativa e progettuale che impediscono allo stato attuale una sua effettiva adozione. Risulta auspicabile un profondo cambiamento sia per quanto riguarda l'attribuzione delle professionalità ai centri di responsabilità, attualmente l'orga-

Figura 6 - Soddisfazione e disinformazione sui servizi offerti a La Spezia



Elaborazione personale su dati: Censis.

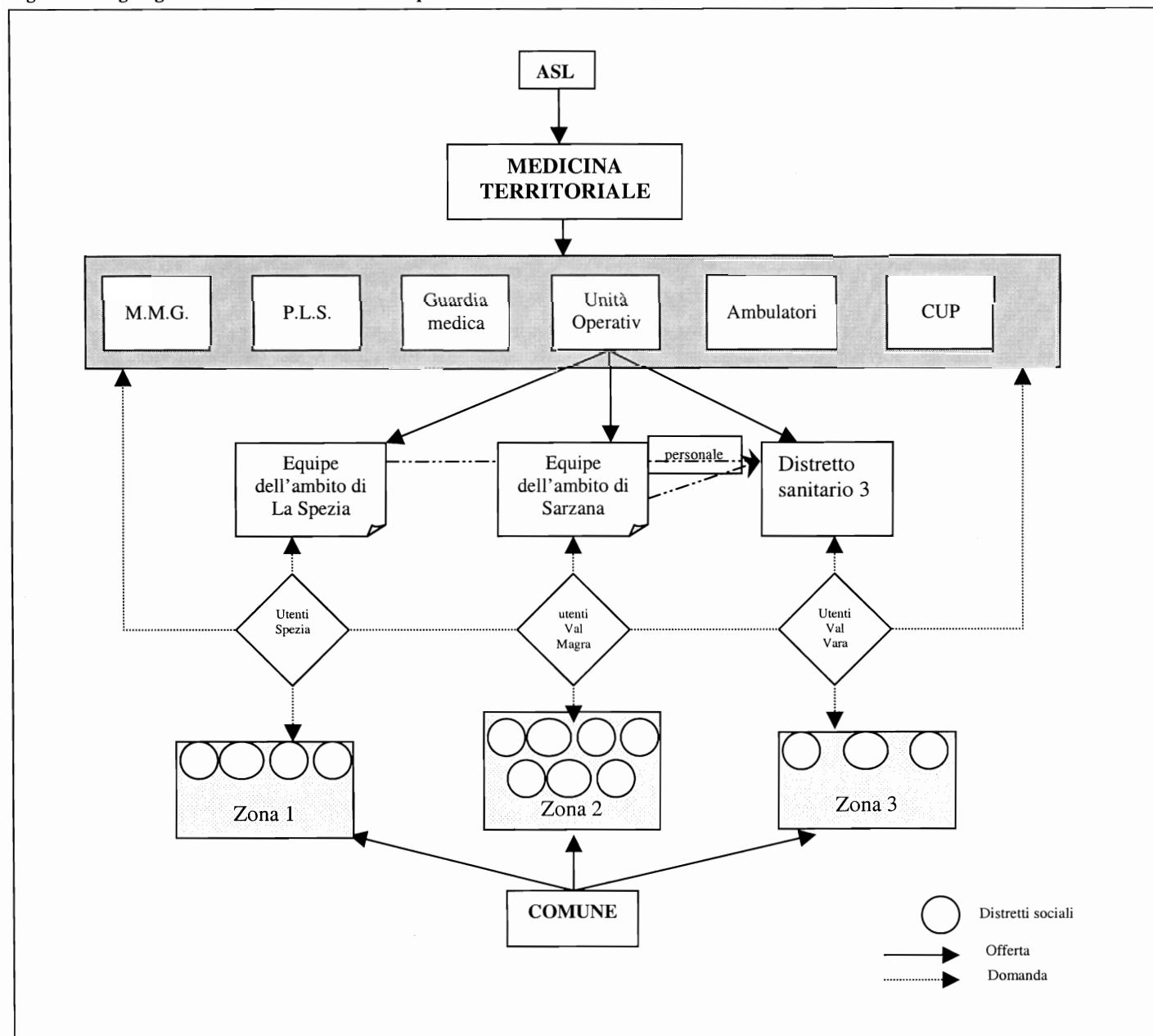
nico che viene impiegato risponde gerarchicamente alla propria unità operativa di riferimento, sia per quanto riguarda le modalità operazionali delle stesse professionalità.

L'organizzazione dei servizi sociali presenta caratteristiche strutturali e organizzative ben diverse. Grazie alla

loro articolazione per distretti assicurano una capacità di presidio decisamente superiore a quella sanitaria. Questa caratteristica piuttosto che discendere da una maggiore articolazione territoriale, ne è una sua causa, risulta, infatti, prevalente in questo ambito, una diversa ottica di intervento

che, anticipando le tendenze normative, ha storicamente adottato un'ottica di più ampio respiro, che cerca di inquadrare il soggetto utente in un contesto comprensivo e multidimensionale che spesso non si limita alla sfera personale del singolo e comprende tutti i fattori possibilmente rilevanti e

Figura 7 - Organigramma del sistema di offerta spezzino



quindi l'ambito familiare nel suo complesso.

Come rilevato dallo stesso piano sanitario regionale «l'integrazione socio-sanitaria si realizza prevalentemente nelle seguenti aree: materno infantile, disabili, anziani, patologie psichiatriche, tossicodipendenti alcolodipendenti, soggetti affetti da patologie oncologiche e derivate da HIV, patologie cronico degenerative», che risultano quasi sovrapporsi alla suddivisione delle unità operative della Asl. Ne deriva che la stessa tipologia di utente divenga oggetto di interventi sanitari e contemporaneamente di interventi sociali, allo stesso tempo i servizi sociali gestiscono servizi ad elevata componente sanitaria quali le residenze per disabili e le residenze protette.

Emerge da questo quadro un forte tentativo da parte dell'assistenza sociale a superare i limiti istituzionali e organizzativi al fine di predisporre un'offerta sempre più integrata e *customizzata* sulle reali esigenze del singolo utente.

Tentiamo ora di delineare alcune possibili modifiche all'assetto organizzativo attuale, che consentano maggiore libertà nella predisposizione di pacchetti integrati di servizi che costituiscano percorsi personalizzati ed integrati di componenti sia sanitarie sia sociali. Per prima cosa sembra necessario un maggior grado di responsabilizzazione del personale (Cavallo, 1999) e una sua maggior libertà di movimento all'interno del sistema in modo che possa partecipare senza aggravii in termini di oneri lavorativi a più progetti allo stesso tempo, si tratta in questo caso di problematiche interne ad uno stesso settore di attività. In secondo luogo è necessaria una predisposizione alla collaborazione tra settori diversi (Longo, 2001), che in alcune discipline o aree geografiche è risultata già attiva, ma che manca totalmente o risulta ancora insufficiente in

altri settori, in modo da consentire la progettazione di percorsi multidisciplinari (Piva, 1993) senza che si creino divergenze o conflitti all'interno del team, situazione che comporta difficoltà che spesso si riversano sull'utente finale e sulla qualità percepita dallo stesso.

4. Conclusioni

Il presente lavoro non ambisce a proporre vere e proprie soluzioni pratiche per l'integrazione socio-sanitaria della medicina territoriale, che si considerano per altro strettamente legate alle peculiarità del territorio di riferimento e quindi non facilmente generalizzabili. Piuttosto si è voluto mettere in luce un tipo di approccio fortemente orientato al lato della domanda, che sembra poter essere di supporto nella predisposizione del percorso del paziente e che meglio si inquadra nella tendenza al *patient oriented* che risulta dalle recenti evoluzioni normative, sanitarie e sociali.

Risulta critica secondo l'impostazione proposta, la capacità relazionale dell'operatore dalla quale dipende la corretta predisposizione di pacchetti di servizi per il cliente finale. Allo stesso tempo assume estrema rilevanza l'organizzazione complessiva del sistema di offerta che nell'assetto qui prospettato dovrebbe possedere sufficienti gradi di libertà per consentire la composizione di percorsi clinico-assistenziali integrati senza che ciò comporti aggravii per l'utente in termini di procedure burocratiche, numero degli accessi per uno stesso utente e personale con il quale il paziente deve interfacciarsi. L'adozione di questo tipo di impostazione comporta un ripensamento complessivo del sistema di offerta, sistema che allo stato attuale risulta organizzato e strutturato per unità operative specializzate per casi-

stiche patologiche piuttosto che per classi di età.

Il tipo di intervento che viene offerto attualmente, specialistico e parziale, potrebbe essere efficiente se attuato in una logica preventiva che agisca sulla singola causa all'origine del processo. Una volta che più cause si aggregano ed operano quali concause, questo tipo di intervento perde efficienza e diviene necessario adottare una visione più ampia e comprensiva che consenta di progettare percorsi integrati multidisciplinari. Il livello di complessità aumenta con il passaggio da ciascuna fase alla successiva e di conseguenza la risposta dell'offerta diviene più difficile da progettare.

Il rapporto operatore utente assume un ruolo rilevante consentendo, in base al livello di interattività e alla sua profondità, il raggiungimento di fasi successive del percorso di formulazione del bisogno, che vengono ripercorse a ritroso, e successivamente di delineare percorsi *client-designed* altamente personalizzati.

Nel *discontinuum* tra interventi prettamente sanitari e interventi prettamente sociali si colloca un'ampia fascia di interventi definiti come sociali a rilievo sanitario o sanitari a rilievo sociale dove le prestazioni erogate dalle due tipologie di servizi raramente sono segmenti autonomi e distintamente erogabili. Di norma invece riguardano situazioni multiproblematiche, individuali o di gruppo, che richiedono una diagnosi e un progetto di intervento multidisciplinare, attorno al quale ruotano professionalità di diversa derivazione legate da un forte interscambio formativo.

Nella pratica si rileva una situazione ben diversa da quella prospettata, l'integrazione tra le due aree risulta infatti difficile ed ancor più problematica è la situazione all'interno delle singole aree. Il fattore all'origine di tali difficoltà risulta essere di ordine isti-

tuzionale e più precisamente risiede nell'attribuzione delle responsabilità e delle competenze tra i due soggetti principali di offerta: la Asl e l'ente locale. L'evidenza empirica presentata, che rappresenta un primo tentativo di applicazione mostra come l'analisi della domanda condurrebbe ad una riorganizzazione del sistema di offerta, che allo stato attuale risulta quasi prescindere dalle suddetta indicazioni.

(1) Studio coordinato dal dott. Mauro Bini sotto la responsabilità scientifica del prof. Pietro Genco, commissionato al DITEA dalla Cassa di Risparmio della Provincia della Spezia su proposta dell'area Politiche attive del lavoro dell'Ente Provincia.

(2) «Rapporto sul disagio sociale in Toscana: ricerca esplorativa per il monitoraggio e le nuove politiche» ricerca per conto dell'ORML della Regione Toscana eseguita da Centro italiano di ricerche e d'informazione sull'economia pubblica, sociale e cooperativa Ciriec.

(3) Piano triennale dei servizi sociali della Regione Liguria per gli anni 1999-2000-2001, deliberazione del consiglio regionale n. 44 del 6 luglio 1999.

(4) Le condizioni di salute della popolazione indagine multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». Anni 1999-2000. Istat 2001.

(5) Verso la nuova città: il piano strategico di La Spezia, «Economia sociale e politiche per gli anziani per un nuovo welfare locale». Indagine Censis 2000, Comune di La Spezia.

BIBLIOGRAFIA

- ACHARD A. (1999), *Economia e organizzazione delle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- CACCIA C., LONGO F. (1994), «L'applicazione di modelli organizzativi evoluti al sistema sociosanitario pubblico», *Mecosan*, 10, p. 24-35.
- CARRER F. (2000), *La sicurezza e la qualità della vita dell'anziano nella provincia di La Spezia*, rapporto di ricerca.
- CASATI G. (1999), *Il percorso del paziente*, EGEA, Milano.
- CAVALLO M.C. (1999), «I percorsi aziendali di cura e assistenza: uno strumento di responsabilizzazione nella logica del *disease management*», in Longo (a cura di) *ASL, distretto, medico di base*, EGEA, Milano.
- CIRIEC (1998), *Rapporto sul disagio sociale in Toscana: ricerca esplorativa per il monitoraggio e le nuove politiche*, indagine per conto dell'ORML - Regione Toscana, Firenze.
- COMUNE DI LA SPEZIA (2001), *Piano strategico della Spezia. Asse strategico 6: economia sociale e politiche per gli anziani per un nuovo welfare locale*, www.comune.sp.it/pianostrategico.
- DELIBERA DEL CONSIGLIO REGIONALE N. 44 DEL 6 LUGLIO 1999, *Piano triennale dei servizi sociali della Regione Liguria per gli anni 1999-2000-2001*.
- BERSELLINI M. ET AL. (2000), *Essere giovani nella nostra città, i giovani della Spezia propongono*, rapporto di ricerca IRS istituto per la ricerca sociale.
- FONTANA F. (1998), «Le strutture organizzative delle aziende sanitarie», *Economia e Direzione delle Aziende Sanitarie*, Quaderno di ricerca LUISS n. 8.
- GENCO P., BINI M. ET AL. (2002), «Nuovi bisogni e nuove strategie di sviluppo dei servizi sociali, socio-sanitari nella provincia della Spezia», Fondazione Cassa di Risparmio della Spezia.
- LONGO F. (2000), «Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra il settore socioassistenziale, socio-sanitario e sanitario», Atti del Workshop AIES, *La sanità tra Stato e mercato*, Padova.
- LONGO F. (2001), «Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra i settori socioassistenziale, socio-sanitario e sanitario», *Mecosan*, 37, pagg. 59-68.
- MAGGIAN R. (2001), *I servizi socio-assistenziali*, ed. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- MASLOW A. (1993), *Motivazione e personalità*, ed. A. Armando, Roma.
- MENEGUZZO M. (1996), *Strategia e gestione delle reti di aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- PIVA P. (1993), *L'intervento organizzativo nei servizi sociosanitari*, ed. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- LEGGE N. 328 DELL'8 NOVEMBRE 2000, «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», Parlamento italiano.
- LEGGE N. 30 DEL 9 SETTEMBRE 1998, Regione Liguria, «Riordino e programmazione dei servizi sociali della regione e modifiche alla legge regionale n. 42 in materia di organizzazione e funzionamento Unità sanitarie locali», Consiglio regionale.

Esperienze innovative

Sezione 3^a

IL PERCORSO DEL PAZIENTE IN AMBITO TERRITORIALE: L'ESPERIENZA DELL'AUSL 2 DI PERUGIA

C. Brunello¹, D. Bovo², G. Casati³, M.D. Giaimo², W. Orlandi⁴, D. Ranocchia³

¹ Università Ca' Foscari di Venezia - CeRGAS Bocconi (fino a 2001)

² Staff Qualità e Promozione della Salute Az. USL 2 dell'Umbria

³ CeRGAS Bocconi

⁴ Direzione Generale Ausl 2 dell'Umbria

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Gli strumenti del percorso del paziente nell'ambito territoriale - 3. Articolazione del progetto - 4. Il confronto dei percorsi - 5. Analisi dei dati - 6. Conclusioni.

1. Premessa

A partire dalla seconda metà degli anni '90, in tutto il territorio italiano, aziende sanitarie locali e ospedaliere hanno avvertito la necessità di modificare la propria struttura organizzativa per integrare i servizi da esse offerti. Infatti la forte spinta verso una specializzazione sempre più specifica delle prestazioni erogate, che ha interessato tutte le nostre strutture, se da un lato ha favorito il progresso delle conoscenze cliniche e tecnologiche, grazie anche alle economie di scala e di specializzazione che si producevano nelle unità operative, dall'altro ha generato una frammentazione delle competenze e livelli di complessità sempre più elevati (Bergamaschi, 2000). L'esigenza di coordinamento tra le diverse unità operative ha portato, in alcune realtà, al ribaltamento della prospettiva di lavoro, passando da una concezione che vedeva il servizio e la qualità delle prestazioni erogate come punti di riferimento principali ad un sistema basato sulla centralità del paziente. Da un'organizzazione che mirava alla massimizzazione del rapporto efficienza/efficacia di ogni singolo servizio offerto, ci si è perciò indirizzati verso un'altra focalizzata a massimizzare il beneficio complessivo per

l'utente, riconducendo ad unitarietà l'insieme di servizi e di prestazioni offerti e di conseguenza richiedendo nuovi meccanismi di coordinamento, che favoriscano elementi di integrazione tra le diverse unità operative.

Il *percorso del paziente* (di seguito pdp) si inserisce in questo contesto come «uno strumento che travalica le tradizionali organizzazioni (dipartimenti, unità operative, servizi, settori, ecc.) per leggere l'azienda trasversalmente, seguendo i processi e le modalità con le quali essi si sviluppano» (Casati, Vichi, 2002) prospettandosi come forte elemento di coesione tra i vari attori protagonisti dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Il pdp è l'insieme complessivo di servizi e prestazioni che vengono erogati ad un paziente relativamente ad un determinato problema di salute. «In linea generale, il punto iniziale del percorso può essere identificato con l'esordio del problema, il punto finale con la risoluzione dello stesso» (1) (Lomastro, Vichi, 2000).

Il pdp, a differenza del percorso diagnostico-terapeutico, non si limita a considerare l'aspetto clinico nel processo di cura, ma valuta contemporaneamente la capacità organizzativa e la disponibilità finanziaria dell'azien-

da in modo da rispondere a determinati problemi di salute. I pdp perciò si fondano sulle linee guida ma non si sovrappongono esattamente con queste, in quanto considerano le loro diverse modalità di applicazione nel contesto oggetto d'analisi rispetto alle risorse di personale, tecnologiche, ecc., a disposizione.

In Italia l'introduzione degli strumenti dei percorsi è di recente ed ancora circoscritta applicazione. Mentre i lavori sui pdp nei contesti ospedalieri stanno interessando diverse aziende su tutto il territorio nazionale, l'impiego della medesima metodologia in ambito territoriale ha visto sinora come unica esperienza a livello sperimentale quella dell'Azienda Usl n. 2 di Perugia (per un maggiore approfondimento al riguardo si rimanda al box 1).

Il presente lavoro, dopo avere presentato la metodologia adottata, le fasi e gli strumenti impiegati per la costru-

Pur essendo frutto del lavoro congiunto degli Autori, nella sua stesura finale l'articolo può essere attribuito come segue: paragrafi 1 e 2, C. Brunello; paragrafo 3, M.D. Giaimo e C. Brunello; paragrafi 4 e 5, D. Bovo, M.D. Giaimo, D. Ranocchia; paragrafo 6, C. Brunello, G. Casati, M.D. Giaimo, W. Orlandi.

zione dei percorsi del paziente, compie una prima analisi dell'esperienza condotta presso l'azienda perugina e suggerisce alcuni spunti di riflessione sui risultati conseguiti.

2. Gli strumenti del percorso del paziente nell'ambito territoriale

2.1. Individuazione della patologia e inquadramento del problema di salute

La costruzione dei percorsi del paziente riferiti all'ambito territoriale vede come punto di partenza l'individuazione delle patologie da considerare e la definizione di un gruppo di lavoro dedicato sia alla gestione del processo (Casati, Vichi, 2002) che al coinvolgimento dei medici di medicina generale (di seguito Mmg) e, ove si intenda compiere sin dai primi passi l'integrazione con il mondo ospedaliero, dei medici ospedalieri, nell'attiva partecipazione al lavoro. I criteri utilizzati nella selezione dei problemi di salute da considerare sono molteplici; quelli più diffusi si riferiscono alla frequenza della patologia (es. diabete ed ipertensione), al costo unitario per il caso trattato (es. ictus), alla disponibilità di specialisti ospedalieri ad interagire ed a confrontarsi con l'ambito territoriale.

I passaggi successivi alla scelta della patologia da analizzare corrispondono con il vero e proprio inquadramento del problema di salute al fine di definire e/o limitare in modo preciso il campo di indagine dello studio (per esempio decidendo di non trattare, nella prima fase dei lavori, le complicanze) e con la «costruzione», analisi e condivisione di linee guida tra i professionisti coinvolti. Al fine di favorire anche nel futuro una maggiore integrazione tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale alcune Asl, pur concentrandosi solo su quest'ultimo atto-

re, creano dei tavoli tecnici aziendali misti con medici ospedalieri e medici di famiglia finalizzato allo studio e alle condivisioni delle linee guida. La fase maggiormente critica in questo stadio dei lavori è l'individuazione di un possibile «adattamento» delle indicazioni fornite a livello internazionale sulla diagnosi e il trattamento di determinate patologie rispetto al proprio contesto di riferimento e alle risorse finanziarie ed organizzative a disposizione.

2.2. I percorsi di massima

La metodologia proposta dal *percorso del paziente* analizza e descrive, attraverso lo strumento delle interviste, il comportamento assunto da ciascun medico di famiglia per il trattamento della patologia oggetto di studio. L'ambito di indagine preferito nell'esperienza condotta presso l'Asl di Perugia è quello dell'attività svolta dai medici operanti singolarmente, tralasciando, nella fase di sperimentazione del progetto, l'analisi dei «comportamenti» di cura ed assistenza dei professionisti aderenti alle forme associative previste dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Mmg (2000).

Sulla base delle informazioni raccolte dalle interviste ai medici di famiglia, il gruppo di lavoro del progetto procede alla costruzione dei *percorsi di massima*, ovvero alla rappresentazione in chiave sintetica della sequenza logica degli episodi di diagnosi, cura, riabilitazione e, più in generale, di assistenza, che il paziente deve o può attraversare al fine di risolvere il proprio problema di salute. L'episodio, in quanto componente di un percorso, rappresenta un insieme di azioni, fra loro logicamente legate ed ordinate rispetto al fattore tempo, finalizzate a generare un risultato parziale, un traguardo intermedio di salute raggiunto

dal paziente nello sviluppo del percorso complessivo; dalla somma dei diversi risultati intermedi, quindi, si ottiene il *percorso del paziente* quale insieme di attività e prestazioni volte a risolvere il problema di salute dell'assistito. In questo senso ed in estrema sintesi, sono da intendersi a livello esemplificativo quali episodi per il percorso del paziente diabetico i seguenti momenti:

- prima valutazione del paziente;
- controlli per diagnosi;
- controlli successivi alla diagnosi e trattamento terapeutico;
- verifica del trattamento e piano di controlli;
- valutazione danno d'organo;
- *follow up*.

Il concetto di episodio non necessariamente corrisponde a quello di prestazione; infatti, nell'esperienza territoriale è frequente trovare insieme di prestazioni ai quali corrisponde un unico episodio come, come ad esempio «la valutazione del paziente», che comprende sia esami diagnostici e di laboratorio, sia la valutazione clinica da parte del medico di medicina generale. Nell'esperienza condotta, ad eccezione del *follow up*, si è notato che gli episodi sostanzialmente vanno a coincidere e si concludono con gli accessi dei pazienti presso l'ambulatorio del Mmg o una struttura sanitaria. In diverse parole, ad ogni accesso che il paziente compie, salvo nel caso del *follow up*, corrisponde un distinto episodio del percorso di massima.

Nella fase di costruzione del *percorso di massima* si considerano in modo prevalente i risultati di salute, articolando di fatto i diversi episodi secondo una logica più aderente alla linea guida che all'itinerario organizzativo seguito dal paziente. Si tende cioè a focalizzare l'attenzione sugli aspetti e le fasi prettamente cliniche rispetto al reale percorso, comprensivo degli elementi organizzativi, finanzia-

ri e sociali, compiuto dal paziente. Questa suddivisione risulta essere ancora più enfatizzata nell'ambito territoriale rispetto a quello ospedaliero in quanto nel primo caso, a differenza del secondo, un singolo episodio sul piano clinico viene generalmente compiuto da un unico soggetto della struttura organizzativa. Ad esempio la valutazione e diagnosi del paziente nel territorio viene compiuta dal medico di famiglia, mentre nell'ospedale può vedere coinvolti il pronto soccorso e altre diverse unità operative.

La seconda riflessione si riferisce al percorso che un paziente compie. Proprio a causa della presenza di snodi decisionali non è detto che tutti gli assistiti aventi una determinata patologia ottengano le stesse prestazioni e il medesimo programma di cura. In base alla rispondenza o meno dei parametri previsti ad ogni snodo decisionale un paziente può intraprendere una direzione rispetto ad un'altra del percorso.

Il percorso di massima per descrivere il processo di cura degli assistiti prevede perciò:

- a) i criteri d'accesso al percorso;
- b) i criteri relativi ad ogni singolo snodo decisionale individuato;
- c) i criteri d'uscita dal percorso.

a) Individuazione dei criteri d'accesso al percorso

I criteri di accesso al percorso si caratterizzano, come riportato in figura 2.1, per il fatto di essere di natura prettamente clinica, ovvero, una volta che il paziente è stato diagnosticato con la patologia oggetto d'analisi entra automaticamente nel percorso.

Obiettivo della costruzione del percorso del paziente sarà poi quello di verificare se l'apporto clinico, combinato alla struttura organizzativa, siano in grado di fornire risposte adeguate al bisogno di cura ed assistenza.

Va inoltre sottolineato che normalmente molti pazienti presentano più patologie contemporaneamente (basti pensare a questo proposito la scarsa ricorrenza di pazienti diabetici «puri»). Il criterio che generalmente si è adottato per «inserire» un paziente in un percorso è quello delle «prevalenze» ovvero, dato un paziente che presenta contestualmente più patologie, la prevalenza di quella oggetto di studio rispetto alle altre.

b) I criteri per la gestione degli snodi decisionali

Sebbene il percorso di massima contempli tutti gli episodi che si possono verificare relativamente alla patologia in esame, non sempre il singolo paziente passerà per ognuno di questi. Spesso, infatti, l'assistito evita alcuni episodi in corrispondenza di

biforcazioni del percorso di massima che presentano soluzioni diverse tra loro alternative, come riportato in figura 2.2.

Ruolo cruciale nella determinazione della «strada» che il paziente deve percorrere viene svolto dai criteri (si veda figura 2.2) utilizzati nei diversi processi decisionali.

In linea generale all'interno dei percorsi, quindi, si hanno degli snodi decisionali determinati sia da aspetti clinici (come lo stato di salute del paziente) che da elementi organizzativi come, ad esempio, in ambito ospedaliero, la disponibilità dei posti letto nei diversi reparti o, più in generale, delle caratteristiche dell'offerta di prestazioni sanitarie dell'azienda o infine da componenti sociali, come l'anzianità del paziente o il livello di assistenza di cui può godere dal nucleo familiare.

Figura 2.1 - I criteri di accesso ad un percorso per pazienti diabetici

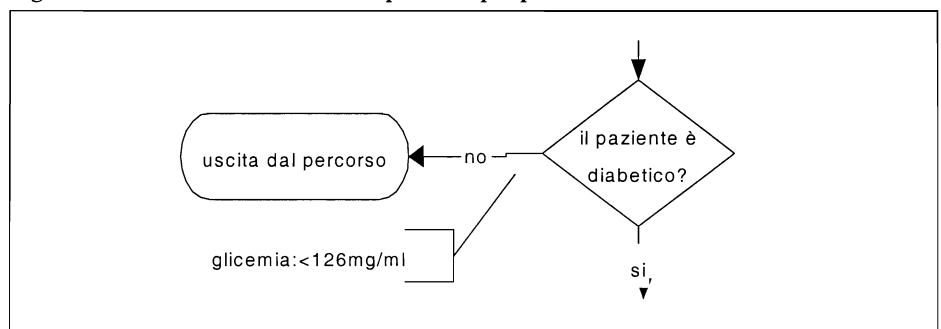
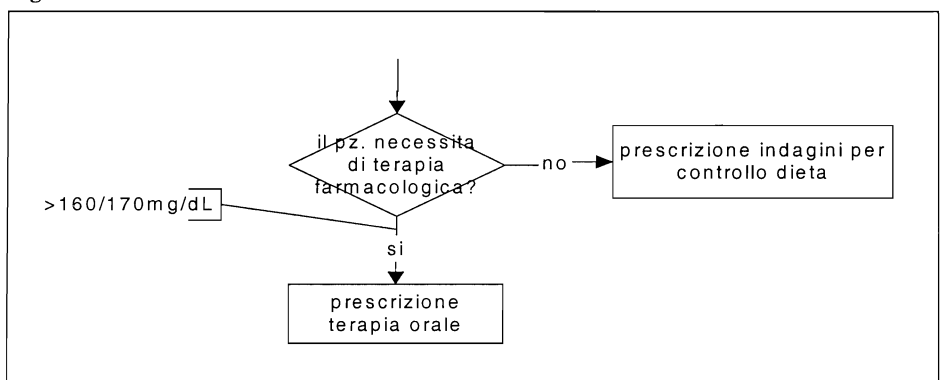


Figura 2.2 - Gli snodi decisionali



Sulla base dei criteri individuati nel percorso di massima, definiti in questo scritto «criteri intermedi», il paziente può seguire delle vie alternative di percorso; basti pensare, nel caso di pazienti diabetici, al diverso trattamento da proporre nel caso in cui il tasso di glicemia superi o meno i 126 mg, o nel caso in cui l'assistito presenti danni d'organo. A volte il paziente viene inserito nei cosiddetti *loop*, ovvero in alcuni circoli in cui, se non viene soddisfatta una condizione (es. stabilizzazione del paziente) l'assistito deve ripetere determinati episodi (es. aggiustamento della terapia), come riportato in figura 2.3.

La complessità dei percorsi deriva perciò dalla comprensione ed individuazione della reale sequenza delle azioni normalmente compiute nel trattamento dei pazienti e delle numerose biforcazioni, corrispondenti a snodi decisionali, che si verificano nel processo di cura ed assistenza.

A differenza dei percorsi a livello ospedaliero, in cui i pazienti possono ottenere la medesima prestazione in unità operative diverse a seconda dell'organizzazione interna, della disponibilità dei posti letto, delle liste d'attesa, nel percorso territoriale l'aspetto organizzativo assume una rilevanza diversa, essendo il medico di famiglia

l'unico regista e responsabile dei propri assistiti.

I criteri decisionali di tipo organizzativo riguardano, nel momento in cui il paziente necessita di forme articolate di assistenza o di particolari trattamenti terapeutici, la scelta di una struttura rispetto ad un'altra (es. l'R-SA piuttosto che le strutture di lungodegenza, i presidi ospedalieri o i centri diagnostici di riferimento, le case di cura private o private accreditate) o di diverse forme di assistenza quali l'assistenza domiciliare protetta/integrata, la dimissione protetta, il *day hospital*, il ricovero. La scelta di una struttura/forma rispetto ad un'altra può derivare sia da motivazioni prevalentemente cliniche (lo stato di salute del paziente), sia da criteri organizzativi come la facilità di accesso o la vicinanza della stessa.

Nel percorso di massima sono considerati anche elementi di tipo sociale come l'anzianità del paziente e la composizione del suo nucleo familiare, fattori che possono incidere sia sul tipo e sull'intensità della terapia, sia sul luogo di cura.

c) *Individuazione dei criteri d'uscita dal percorso*

Nei percorsi territoriali i criteri d'uscita dovrebbero riprendere quelli uti-

lizzati per l'ingresso del paziente nel percorso e valutare, da un punto di vista clinico, se il paziente è migliorato o al più se s'è stabilizzato. A differenza delle patologie trattate in ospedale (si veda figura 2.4), molte malattie considerate in ambito territoriale sono di natura cronica o cronica degenerativa. In questi casi, quindi, una volta che il paziente è entrato nel percorso non

Figura 2.3 - Esempio di *loop*

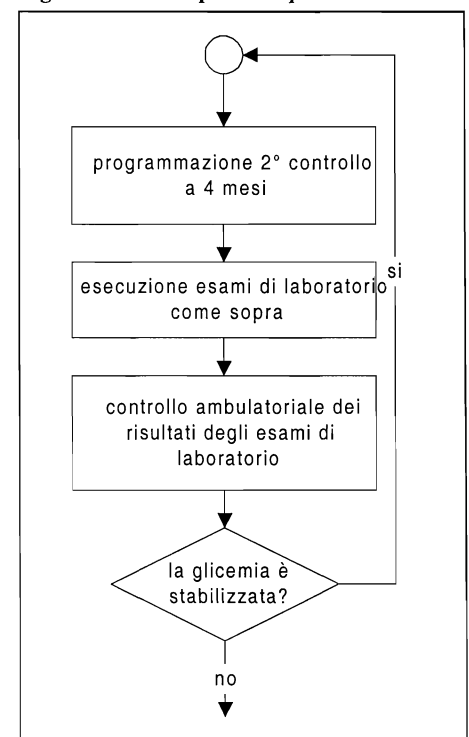
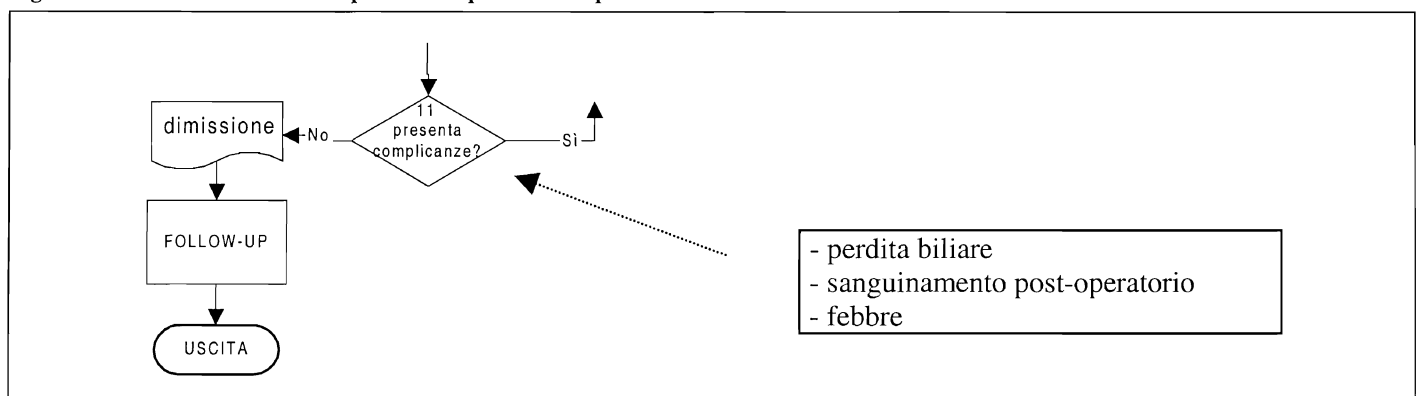


Figura 2.4 - Criteri d'uscita di un percorso ospedaliero di pazienti aventi calcolosi alla colecisti



vi sarà un punto di uscita in quanto la fase di monitoraggio sulla stabilizzazione di alcuni parametri o condizioni cliniche dovrà essere effettuata periodicamente.

Il traguardo sanitario di questi percorsi non sarà pertanto un miglioramento dello stato di salute dei pazienti, quanto una sua stabilizzazione.

2.3. La rappresentazione dei percorsi di massima

La forma rappresentativa che pare meglio evidenziare la sequenza logica degli episodi costituenti il percorso di massima è il diagramma di flusso, in quanto consente di individuare sia le diverse prestazioni che vengono compiute, sia le modalità di risposta delle organizzazioni sanitarie alla domanda di salute di un paziente affetto da una data patologia; grazie alla loro sinteticità e alla loro modalità rappresentativa. Essi inoltre forniscono una chiara visione d'insieme di come una determinata categoria di pazienti venga trattata nell'azienda sanitaria e nell'ambito territoriale.

Il diagramma di flusso, pur essendo uno strumento molto efficace nel comunicare la sequenza logica degli episodi seguiti da un paziente nel suo percorso di cura, non deve essere considerato come l'unico possibile mezzo di rappresentazione dei percorsi, non solo perché non è intuitivo il rapporto tra la rappresentazione grafica ed il suo contenuto, ma anche perché può essere inficiato dalle distorsioni di percezione e di esperienza dell'osservatore. Si suggerisce pertanto, a livello metodologico, che la costruzione di questi strumenti in un'azienda venga seguita dalle medesime persone per tutto l'arco del progetto per dare uniformità al metodo di rappresentazione e quindi valorizzare il processo di comparazione dei percorsi tra i vari medici. Nell'Ausl di Perugia, infatti,

sebbene la prima serie di interviste sia stata compiuta da tre gruppi diversi formati da due persone ciascuno, la trasposizione di queste in diagrammi di flusso è stata compiuta, per obiettivi di omogeneizzazione, da due sole persone, le quali hanno poi provveduto a fare validare i diagrammi, una volta conclusi, direttamente dai Mmg.

2.4. I percorsi di riferimento di massima.

Una volta delineati i percorsi di massima in cui vengono rappresentati i diversi episodi per la risoluzione o la stabilizzazione del problema di salute, evidenziando i differenti snodi e le combinazioni di tipo clinico ed organizzativo che si possono verificare durante il processo di assistenza e cura di pazienti seguito da ciascun medico di famiglia, si procede all'individuazione, per ogni singolo medico, dei migliori percorsi assistenziali realizzati dai suoi pazienti, definiti percorsi di riferimento di massima (2).

I percorsi di riferimento di massima, quindi, si identificano con la sintesi dei percorsi più efficaci, da un punto di vista clinico e contemporaneamente più efficienti, da un punto di vista organizzativo e finanziario, realizzati in un determinato contesto.

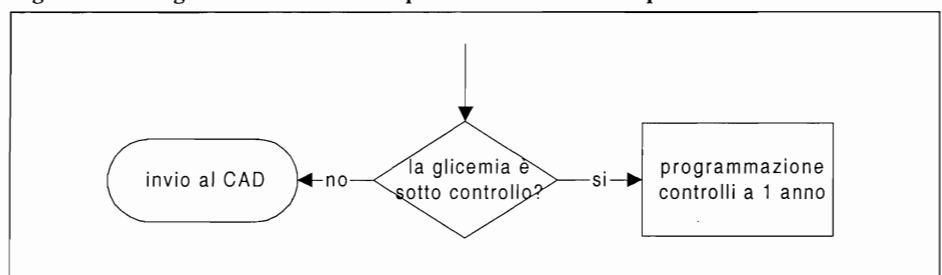
Essi rappresentano la *best practice*, la migliore offerta di prestazioni sanitarie ed organizzative espresse in un dato contesto dal singolo Mmg per risolvere specifici problemi di salute,

individuata selezionando tra le diverse possibilità evidenziate nella rappresentazione del percorso di massima le migliori combinazioni di attività, prestazioni, luoghi di cura possibili in quello specifico contesto. Non è rappresentativo del processo ideale, ma è necessariamente legato all'osservazione di «ciò che si fa», al meglio.

Il percorso di riferimento diventa esempio, punto verso il quale tendere nel processo assistenziale dei pazienti che si rivolgono al Mmg garantendo, attraverso la continua comparazione tra il percorso che il paziente in esame sta seguendo (percorso effettivo) e il migliore processo di diagnosi, cura ed assistenza realizzato, il miglioramento continuo degli approcci utilizzati dal medico per risolvere i problemi di salute. Il percorso di riferimento di massima non è un'entità statica e immutabile, ma è sensibile ad un'evoluzione continua ed incrementale determinata dal combinarsi di più fattori, quali, ad esempio, l'aggiornamento delle linee guida, il mutare delle tecnologie di cura e il confronto continuo e sistematico tra i diversi percorsi individuati dai medici operanti nel medesimo contesto, con le stesse condizioni organizzative.

Oltre a sintetizzare e ad esprimere la migliore sequenza logica dei diversi episodi di diagnosi, cura ed assistenza, il percorso di riferimento di massima rappresenta un valido strumento per la costruzione delle schede di rilevazio-

Figura 2.5 - Traguardo sanitario in un percorso territoriale di pazienti diabetici



ne (figura 2.6), che hanno lo scopo di evidenziare quanto il percorso effettivo seguito da ciascun paziente in esame si discosti dalla *best practice* per porre azioni correttive volte al continuo miglioramento dell'offerta di servizi per quel problema di salute.

2.5. La scheda di rilevazione

Le schede di rilevazione rappresentano lo strumento attraverso il quale verificare come effettivamente viene seguito un paziente con una data patologia, quando viene trattato e con che tipo di trattamento, in quali casi il paziente necessita di essere inviato presso altre strutture (centri specialistici, *day hospital*, presidi ospedalieri) ed analizzare le variazioni tra questo e il percorso di riferimento.

Sulla base del percorso di riferimento di massima viene costruita, per ogni specifico episodio clinico (3), una scheda di rilevazione che descrive le diverse prestazioni ed attività compiute da ciascun medico di famiglia in quella specifica fase del processo assistenziale.

La scheda di rilevazione è stata suddivisa in tre parti indicanti rispettivamente l'episodio di provenienza dell'assistito, l'episodio oggetto d'analisi (episodio corrente) e l'episodio successivo cui verrà inviato il paziente.

L'episodio corrente viene a sua volta ripartito in tre macro gruppi nei quali sono classificate le diverse azioni compiute dai medici:

— *rilevazioni dirette e valutazioni*, legate alle fasi di visita, alla diagnosi e stadiazione del paziente;

— *trattamento*, inteso come indicazioni della terapia da adottare;

— *prescrizioni e approfondimenti* comprensivi di tutte quelle attività di richiesta di ulteriori accertamenti e visite specialistiche per una diagnosi più approfondita del paziente.

È lasciato inoltre spazio per esplicitare eventuali variazioni o complicazioni che si verificano nel caso in considerazione e per specifiche annotazioni da parte del medico, come, ad esempio, un accesso non programmato o una visita anticipata/posticipata rispetto a quanto programmato.

Il monitoraggio viene compiuto per ogni paziente in carico al medico che presenti, con caratteristica di prevalenza rispetto ad altre, la patologia oggetto d'indagine.

Nella fase di monitoraggio per ogni paziente viene considerata solo la scheda relativa allo specifico episodio corrente (che a seconda dei casi potrebbe essere quello della prima valutazione, della conferma della diagnosi, del trattamento ed eventuale va-

lutazione del danno d'organo, del *follow up*) contrassegnando le attività svolte e segnalando le modifiche verificatesi.

Tanto più la descrizione delle prestazioni è dettagliata, tanto più semplice sarà per i medici la fase di monitoraggio, dato che eviterà di apportare numerose annotazioni in quanto già contemplate direttamente nello strumento, semplificando anche la successiva elaborazione dei dati.

2.6. La valorizzazione del percorso

Con il termine valorizzazione del percorso si intende la trasformazione in termini monetari delle tipologie e quantità di risorse il cui impiego è previsto nel percorso stesso. Tale opera-

Figura 2.6 - La scheda di rilevazione

Episodio precedente:		Paziente:	
Episodio corrente:		Data:	
	Che cosa fa il MMG	Indicazioni specifiche e aggiuntive al pz.	
Rilevazioni dirette e valutazioni			
Trattamento			
Prescrizioni (laboratorio e diagnostica strumentale) e/o approfondimenti (visite specialistiche)			
Episodi successivi	Criteria	Tempo	
Note:			

zione ha lo scopo di rendere disponibile un'informazione di sintesi sulle caratteristiche del percorso (costo complessivo o articolato per fattore produttivo e/o episodio/accesso) al fine di favorire operazioni di *benchmarking* tra percorsi. La metodologia di calcolo impiegata si riferisce ai costi specifici per la diagnosi e cura della patologia in considerazione e quindi ai costi «che individuano processi di impiego e consumo di fattori produttivi che forniscono le proprie utilità, in via esclusiva, all'oggetto assunto a riferimento del calcolo dei costi» (Agliati, 1990). Per la valorizzazione dei farmaci impiegati e delle visite specialistiche/diagnostiche effettuate non sorge alcun problema, in quanto nel primo caso le esperienze sinora attuate rilevano i costi sulla base del prontuario farmaceutico e nel secondo seguendo il tariffario che, in base alla strategia perseguita dall'azienda può essere quello aziendale, regionale o nazionale. Ma che nell'ambito territoriale emergono numerose difficoltà nella valorizzazione di altre prestazioni o attività, per l'impossibilità di calcolare il tempo dedicato ed il valore delle prestazioni offerte dai medici di famiglia. Per ricavare tali informazioni, infatti, si dovrebbe risalire al costo medio orario di questi professionisti e moltiplicarlo per la somma del tempo che essi hanno dedicato alla diagnosi e cura dei pazienti. Le criticità dell'applicazione di questa metodologia riguardano essenzialmente:

— la difficoltà di stabilire, per ogni medico, il tempo medio assorbito per diagnosi, trattamento e *follow up* di pazienti con una data patologia; considerando una banale prestazione quale la misurazione della pressione, ad esempio, è possibile evidenziare come il tempo ad essa dedicato possa variare notevolmente a seconda che il medico la rilevi o meno su entrambe la braccia e lasci trascorrere tra una misurazione

e l'altra i 5 minuti previsti dalle linee guida; se questo genere di variabilità viene espansa su ogni singola attività, appare evidente come stabilire un tempo medio per tutti i medici di famiglia non abbia alcun riscontro pratico; d'altro canto appare di altrettanta difficile attuazione l'idea di richiedere ad ogni singolo medico di indicare il tempo medio da essi dedicato per ogni singola prestazione;

— la difficoltà di calcolare il costo medio orario dei medici di famiglia in quanto non solo le ore effettivamente dedicate da questi ad attività ambulatoriali non sempre corrispondono con quanto indicato dai tabulati, ma anche il compenso da professionista a professionista si discosta a seconda degli anni di servizio, dell'anzianità di laurea, dello svolgimento o meno di attività libero-professionale;

— essendo le patologie considerate generalmente di tipo cronico-degenerativo, la difficoltà a definire, all'interno del percorso, l'intervallo significativo e rilevante per l'attività di valorizzazione dei costi. Per adottare una corretta metodologia di calcolo del costo del trattamento del paziente, infatti, si dovrebbe considerare come punto terminale il decesso del paziente, cosa impossibile da attuare da un punto di vista pratico, che quindi non fornisce particolari informazioni utili, in un'ottica di *benchmarking*, ad esempio, del rapporto costo/efficacia delle diverse terapie prescritte da medici differenti, fattibile soltanto dopo anni di trattamento, in studi controllati e su un ampio numero di casi.

Concludendo, è possibile affermare che la valorizzazione dei percorsi territoriali rappresenta uno strumento che può fornire utili informazioni sui costi sostenuti per alcuni tipi di prestazioni (farmaceutiche, specialistiche e diagnostiche), ma allo stadio attuale non dà ancora dati ed indicazioni significative sul costo complessivo da

sostenere per il trattamento di una patologia.

3. Articolazione del progetto

Nel 1999 La Regione Umbria, in coerenza con quanto previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dal D.L.vo 299/99 avviò un processo di miglioramento dell'appropriatezza clinica nella sanità regionale, mediante l'assegnazione alle aziende sanitarie di obiettivi mirati alla predisposizione di linee guida riferite alle patologie più frequenti. Nell'ambito di tale iniziativa, l'Ausl di Perugia si è distinta per aver prodotto le linee guida per i primi cinque Drg medici, i primi Drg chirurgici e ostetrico-ginecologici gestiti a livello aziendale.

Nell'Ausl 2 è stato quindi allestito un vero e proprio progetto di ricerca, a carattere sperimentale, che data la complessità della tematica e il carattere innovativo dell'iniziativa è stato limitato a due dei quattro distretti dell'Azienda, quello dell'Assisano e del Lago Trasimeno, e a solo due patologie mediche di interesse territoriale, l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito, delle cinque prese in considerazione.

La sperimentazione *Riprogettazione dei percorsi assistenziali* per i pazienti diabetici e ipertesi avviato nella Ausl 2 dell'Umbria aveva come obiettivo generale quello di iniziare un processo di miglioramento continuo dei risultati sia sanitari che gestionali, sulla base di un sistematico confronto tra percorsi effettivi e percorsi di riferimento costruiti in funzione della migliore pratica sanitaria possibile e quelli effettivamente seguiti nella gestione reali dei casi.

Sono stati selezionati, sostanzialmente sulla base della disponibilità a partecipare, 5 medici di medicina generale per ciascuno dei due Distretti e per ciascuna patologia: i cosiddetti

«gruppi di patologia», uno per il diabete mellito di tipo 2 e uno per l'ipertensione arteriosa sono quindi risultati composti da 10 Mmg ciascuno, distribuiti in modo eguale nei due distretti coinvolti.

I gruppi di patologia erano integrati da un medico ospedaliero per problema di salute e per area territoriale: il medico ospedaliero è stato scelto tra quelli che svolgevano attività negli ambulatori di *day-hospital* per il diabete mellito e per l'ipertensione arteriosa.

L'adesione e la partecipazione al progetto è stata completamente gratuita da parte di tutti i medici.

L'intero progetto è stato articolato in tre moduli:

- rilevazione, analisi e definizione del percorso di riferimento;
- riprogettazione radicale dei percorsi;
- monitoraggio continuo dei percorsi.

3.1. Primo modulo

Obiettivo del primo modulo è stato quello di acquisire il tassello fondamentale del progetto, ovvero quello della individuazione delle modalità attuali di gestione dei casi di ipertensione e di diabete mellito di tipo 2 da parte dei Mmg.

È stato quindi necessario suddividere il lavoro in quattro fasi:

- a) definizione della metodologia
- b) descrizione del percorso di massima
- c) definizione del percorso di riferimento
- d) monitoraggio e la validazione dei percorsi di riferimento

La fase a) ha avuto sostanzialmente come obiettivi quelli di definire la metodologia di riferimento da applicare tra gli operatori coinvolti e di creare un momento di crescita del gruppo di lavoro aziendale che successivamente

ha applicato sul campo la metodologia definita.

La fase b), che ha rappresentato il punto nodale dell'intero progetto, è stata suddivisa in:

1) costituzione dei gruppi di patologia: data la sperimentabilità e il carattere fortemente innovativo del progetto, i gruppi di patologia sono stati supportati da un ristretto gruppo di lavoro aziendale, con compiti operativi di supporto ai lavori dei gruppi stessi, ma essenzialmente con un ruolo di riflessione metodologica rispetto alle problematiche che l'applicazione dello strumento dei percorsi via via proponeva;

2) analisi dei dati storici di attività, condotta dai gruppi di patologia;

3) definizione del percorso di massima, attraverso episodi rappresentativi dei diversi momenti di diagnosi, trattamento e *follow up* per ciascuno dei problemi di salute indagati. La costruzione dei percorsi di massima si è articolata nei seguenti momenti:

— prima intervista in cui ciascun medico di Medicina generale, coinvolto nel progetto, ha descritto le modalità di trattamento seguite per la gestione dei pazienti diabetici o ipertesi;

— stesura del diagramma di flusso rappresentante i percorsi descritti nelle interviste;

— ulteriori interviste per evidenziare tutti gli snodi decisionali presenti nei percorsi e per chiarire eventuali punti particolarmente critici;

— validazione dei percorsi da parte dei Mmg.

La fase c) si è, nella sostanza sovrapposta a quella precedente in quanto i Mmg, durante le interviste, esposero i migliori percorsi seguiti dai loro pazienti diabetici o ipertesi;

Il monitoraggio [fase d)] dei percorsi di riferimento di massima ha avuto lo scopo di giungere alla formalizzazione definitiva del percorso di riferi-

mento mediante la rilevazione (non informatizzata) dei percorsi effettivamente gestiti e degli scostamenti tra il percorso effettivo e il percorso di riferimento.

Il periodo di monitoraggio è stato di quattro mesi (giugno-settembre 2001).

3.2. Secondo modulo

L'obiettivo del secondo modulo, non ancora implementato, è quello di riprogettare i percorsi sulla base dello scostamento rilevato tra i percorsi di riferimento di massima validati attraverso la fase di monitoraggio e le linee guida aziendali definite. Una volta infatti individuati gli elementi da modificare, vanno definite le azioni da intraprendere, distinguendo tra quelle che richiedono una modifica dei comportamenti clinici, quelle che richiedono un'organizzazione interna basata sulle risorse esistenti e infine quelle che richiedono delle modificazioni strutturali dell'organizzazione. Il passo successivo dovrebbe essere quello di selezionare con la direzione strategica, nell'insieme delle possibili azioni da intraprendere, quelle effettivamente realizzabili.

3.3. Terzo modulo

La terza parte in cui il progetto di riprogettazione dei percorsi assistenziali dovrebbe articolarsi è quella del monitoraggio continuo dei percorsi effettivi rispetto a quelli di riferimento per rilevarne gli scostamenti. Lo strumento ideale per condurre questa fase sarebbe quello delle schede di sviluppo operativo del percorso per rilevare tutte le prescrizioni, prestazioni, diagnosi, ecc. effettuate a favore del paziente e quindi avere un quadro completo sul processo di cura dell'assistito. Poiché i supporti informatici attuali non consentono una gestione di un processo di rilevazione di tale portata, si consiglia

di delimitare il processo di monitoraggio dei percorsi assistenziali alle sole variabili critiche che caratterizzano lo sviluppo del percorso.

4. Il confronto tra percorsi

L'intera articolazione del progetto utilizza, come strumento portante per il miglioramento nella diagnosi, cura e trattamento del paziente, il confronto.

I *benchmark* vengono compiuti secondo due direttrici principali.

La prima avviene a livello temporale attraverso un confronto sistematico della «pratica clinica» di uno stesso medico, riferita ad una medesima patologia, in diverse fasi della sperimentazione. In momenti susseguenti, ovvero durante la prima intervista compiuta ai medici, nella stesura del percorso di massima di riferimento, nella validazione di questo strumento da parte del professionista, nell'elaborazione della matrice di riferimento, sono state poste alcune domande *standard* quali, ad esempio:

— Quando un paziente viene diagnosticato diabetico/iperteso?

— Quando un paziente diabetico/iperteso necessita di terapia farmacologia orale?

per verificare se, durante il progetto, ci fossero state delle modifiche nel «comportamento valutativo e prescrittivo» del professionista.

Questo tipo di confronto viene intensificato nel periodo di monitoraggio dei percorsi in cui, attraverso il costante raffronto tra percorso effettivo e percorso di riferimento (rappresentato dalla base della matrice di rilevazione) si evidenziano, qualora esistano, le differenze e le cause delle difformità tra il processo ritenuto ottimale per la cura della patologia considerata nell'ambiente e nel contesto organizzativo dei distretti dell'Assisano e del lago Trasimeno e quanto concretamente indicato ed offerto a ciascun paziente.

Da questo paragone emerge infatti la progressiva razionalizzazione del proprio percorso compiuta da alcuni medici, attraverso l'eliminazione di elementi ridondanti (ad es. duplicazione di esami), o la maggiore attenzione alle prescrizioni terapeutiche ma anche agli esami e ai criteri adottati per inviare pazienti ad altre strutture (centri specialistici, *day hospital*, presidi per ricovero).

Il secondo ambito di confronto è quello tra i percorsi di riferimento dei diversi medici coinvolti nella sperimentazione. Nel corso del progetto sono stati realizzati degli incontri in cui venivano riportati, in forma anonima, i criteri clinici indicati dai diversi professionisti per diagnosticare il paziente, per prescrivere una terapia farmacologia orale, per prendersi o meno in carico il paziente. Queste riunioni, a detta degli stessi medici, sono state viste come degli importanti momenti di discussione e di *peer review*, di incontri «tra pari» che si confrontano, si aggiornano e si scambiano consigli e informazioni su come trattare il loro pazienti non solo dal punto di vista clinico, ma anche dal punto di vista organizzativo.

I risultati conseguiti, riportati nella tabella 4.1 e nelle figure 4.1 (4) e 4.2 (5), evidenziano una tendenza alla normalizzazione dei comportamenti indicati dai medici sul piano diagnostico, tema prevalentemente discusso negli incontri di confronto.

Si potrebbe quindi ipotizzare che il sistematico *benchmarking* sulla pratica assistenziale tra i medici di famiglia influenzi anche il loro agire quotidiano non tanto verso un obiettivo di standardizzazione dei comportamenti, quanto verso una maggiore consapevolezza della pratica di cura e di attenzione alle linee guida, anche attraverso una più particolareggiata esplicitazione dei criteri che inducono a deter-

minati comportamenti (es. quando prescrivere la terapia insulinica).

Questa considerazione viene ulteriormente avallata non solo da una definizione più dettagliata dei diversi parametri indicati nelle varie voci (6), ma anche da una ricerca di ulteriore precisione nella indicazione dei criteri utilizzati sostituendo, ad esempio, ad espressioni quali «glicemia non sotto controllo», valori del tasso di glicemia per l'inizio di una terapia farmacologica nel caso di pazienti diabetici, evidenziando quindi un coinvolgimento attivo dei medici nel progetto, ma anche la voglia di «mettersi in gioco» e di confrontarsi.

Resta comunque da sottolineare come la variabilità dei comportamenti da medico a medico risulti essere ancora particolarmente elevata, come evidenziato ad esempio nella voce «terapia farmacologia».

5. Analisi dei dati

Una volta convalidate le *flow chart* dei percorsi di massima di riferimento da parte dei Mmg e confrontati e criteri clinici di diagnosi e trattamento della patologia tra i diversi professionisti, si è proceduto con la fase di monitoraggio dei percorsi effettivi dei pazienti per verificare la loro corrispondenza a quanto ritenuto dai medici come percorso di riferimento di massima.

Il gruppo di lavoro, dopo avere proposto una scheda di rilevazione, averla discussa in seduta plenaria con tutti i medici coinvolti, ha quindi presentato la versione definitiva e rivisitata, adattata a ciascun medico, in due incontri ristretti per area geografica, spiegando dettagliatamente la modalità di rilevazione delle informazioni. Quest'ultima fase, avviata il 15 giugno, è stata estesa per un arco temporale di circa 3 mesi e mezzo. Va notato che, poiché il periodo di rilevazione

Tabella 4.1 - Comparazione dei criteri clinici nel tempo: modificazione dei comportamenti

Mmg	Tempo	Diagnosi diabete	Primo trattamento farmacologico
A	Giugno 2001	Diabete: glicemia bas. > 126 mg/dl; sospetto diabete o intolleranza se glic. bas. 110-126 mg/dl	Glicemia basale > 180 mg/dl
	Luglio 2001	Diagnosi paziente: caso 1) diabete se glicemia basale > 126 mg/dL; caso 2) sospetto diabete o intolleranza se glicemia basale 110-126 mg/dL	1) diabete se curva da carico > 200 dopo 2 h 2) intolleranza se curva da carico 140-200 dopo 2 h
B	Marzo 2001	Glicemia bas. > 126 mg/dl	Se la glicemia non è sotto controllo
	Giugno 2001	Glicemia bas. > 126 mg/dl	Glicemia > 200 mg/dl e fattori di rischio
C	Marzo 2001	Glicemia > 126 mg/dl	Se la glicemia non è sotto controllo
	Giugno 2001	Diabete: glicemia > 126 mg/dl (risultato ripetuto 2 volte); alterata glicemia a digiuno: 110 < glic. < 126 mg/dl; diabete: sintomi tipici + glicemia > 200 mg/dl oppure curva da carico > 200 mg/dl; ridotta tolleranza glucidica: > 140 mg/dl > 200 mg/dl	Glicemia > 250 mg/dl
D	Marzo 2001	Si: > 250; no: > 110, < 140	Se non ha la glicemia sotto controllo: se è a rischio * danni d'organo
	Giugno 2001	Diabete: glicemia > 140 mg/dl; non diabete se glicemia tra 110-140 mg/dl; non gestibile se fattori di rischio con glicemia > 250 mg/dl	Se fattori di rischio con glic. > 250 mg/dl: invio del pz. al centro anti diabetico (CAD)
F	Giugno 2001	Diabete:glicemia > 126 mg/dl; 1) glicemia > 200/220 mg/dl o grave sintomatologia correlata: diabete non gestibile; 2) glicemia > 200/220 mg/dl senza patologie correlate: diabete gestibile	Glicemia bas. > 140/< 180 mg/dl
	Luglio 2001	Diabete:glicemia > 126 mg/dl; 1) diabete non gestibile: glicemia > 200/220mg/dL o grave sintomatologia correlata; 2) diabete gestibile: > 200/220 mg/dL senza patologie correlate; 3) diabete con glicemia < 200 mg/dL	Diamicron 1/2 cp. al dì se glicemia basale > 140/< 180 mg/dL; diamicron 1 cp. al dì se glicemia basale > 180 mg/dL; invio al CAD se glicemia basale > 220 mg/dL.
G	Marzo 2001	Curva da carico alterata = o > 200 mg/dl 3h dopo il pasto o persistenza > 126 mg/dl	> 160/170 mg/dl
	Luglio 2001	Curva da carico alterata = o > a 200 mg/dl 3 ore dopo il pasto o persistenza glicemia > 126 mg/dl	Curva da carico = o > 200 mg/dL 3/h dopo pasto e glicemia basale > 160/170 mg/dL; curva da carico = o > 200 mg/dL 3/h dopo pasto; glicemia basale > 140
I	Giugno 2001	> 126 glicemia a digiuno; < 200 glicemia post-prandiale (dati ricavati dalla precedente tabella)	Diagnosi di diabete gestibile
	Luglio 2001	Diagnosi di diabete gestibile	Diagnosi di diabete gestibile; dieta non efficace; terapia efficace: conferma
L	Giugno 2001	1) diabete: glicemia > 140 mg/dl; 2) sospetto diabete o intolleranza: 110 < glic. < 140 mg/dl; 3) non diabete: glicemia < 110 mg/dl	Glicemia > 200 mg/dl
	Luglio 2001	1) diabete: glicemia > 140 mg/dl; 2) sospetto diabete o intolleranza: 110 < glic. < 140 mg/dl; 3) non diabete: glicemia < 110 mg/dl	Glicemia >140 mg/dl

coincide esattamente con quello estivo, si ritiene che il numero di schede raccolte sia verosimilmente inferiore a quello di un altro intervallo temporale corrispondente ad un altro periodo dell'anno.

Di dieci medici inizialmente coinvolti nel progetto, 2 non hanno consegnato le schede di rilevazione.

Le informazioni raccolte sono state suddivise in quattro tabelle. La prima (5.1) rappresenta una panoramica generale di tutti gli episodi dei percorsi di riferimento di massima di ciascun medico, classificati per area geografica. Sulla base di questa griglia sono state successivamente costruite le altre tre tabelle.

La seconda tabella (5.2) raccoglie i dati e le informazioni generali relative alle schede compilate. Per ogni episodio del percorso di ciascun medico sono stati infatti rilevati:

— il numero di pazienti che si sono rivolti al medico nel periodo;

— le schede raccolte che, laddove un paziente accedesse ripetutamente all'ambulatorio del medico per uno stesso episodio, verosimilmente per quello del *follow up*, dovrebbero essere di numero superiore a quello dei pazienti;

— il numero di schede incomplete. Rispetto a quest'elemento si è notato che l'unica informazione talvolta mancante è stata quella dell'indicazione di quando vedere il paziente la volta successiva, sinteticamente riportata nella tabella con la voce «tempo»;

— il numero di modifiche apportate rispetto al percorso di riferimento di massima riportato in forma di matrice.

L'ultima colonna della tabella riporta inoltre i dati complessivi di ciascuna voce, suddivisi per medico.

Rispetto ai dati rilevati è possibile trarre una prima considerazione. Tra le 263 schede raccolte, 73 presentano delle modifiche rispetto ai percorsi di

riferimento, 37 delle quali apportano delle aggiunte agli esami e alle visite specialistiche prescritte e 16 delle variazioni rispettivamente alle indicazioni temporali previste per l'accesso

successivo. Nessuno dei cambiamenti compiuti riguarda i criteri clinici e le integrazioni poste relativamente ai trattamenti terapeutici riguardano solo un medico (L) che non aveva previsto,

Figura 4.1

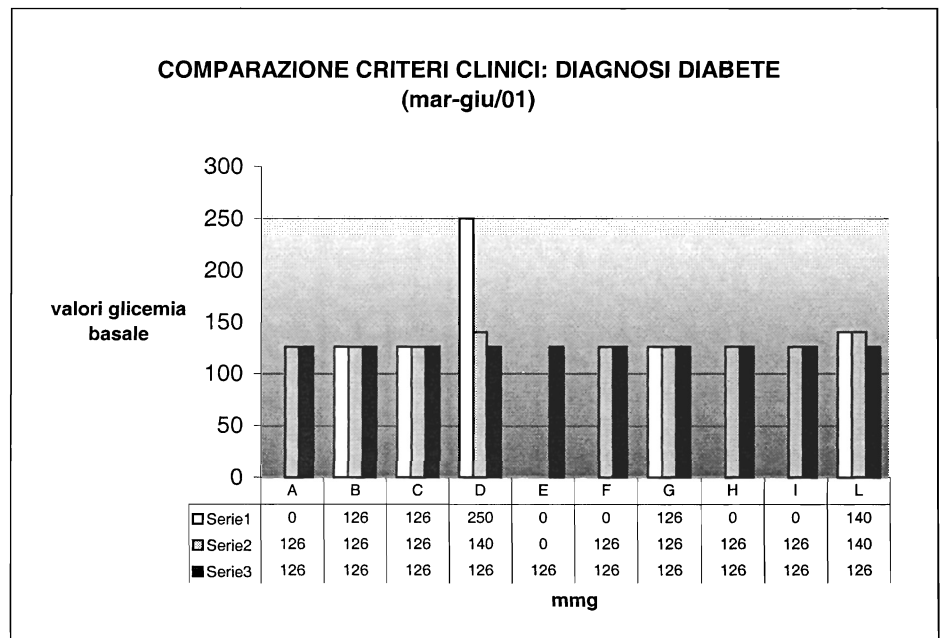


Figura 4.2

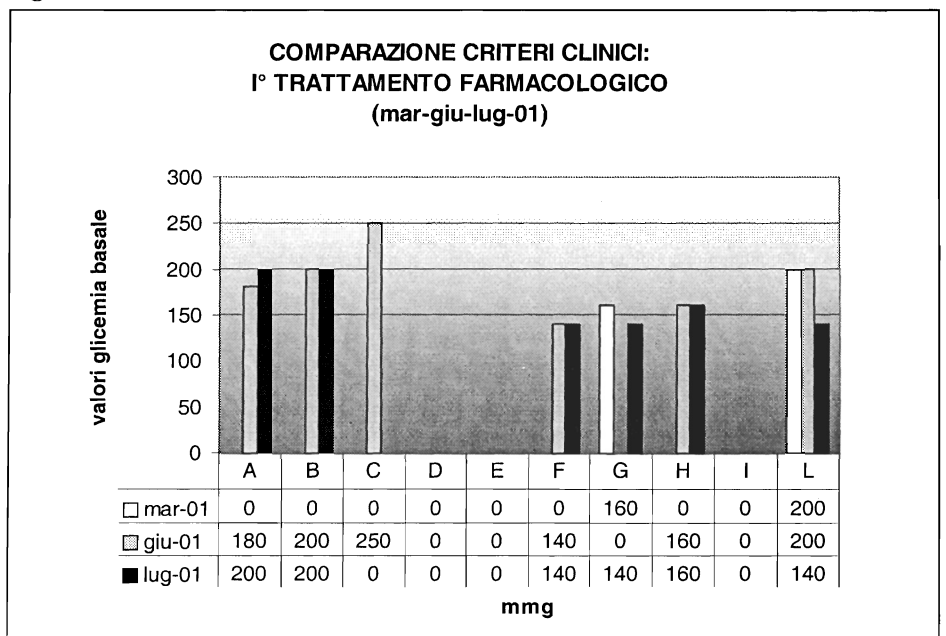


Tabella 5.1

Nome Mmg	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Lago Trasimeno						
A	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Primo controllo per diagnosi per impostazione terapia e valutazione DDO	Valutazione DDO	Verifica trattamento e piano ulteriori controlli	<i>Follow up</i>
E	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Controllo efficacia dieta/terapia	Primo controllo periodico stabilizzazione glicemia	Controllo di <i>routine</i> stabilizzazione glicemia (<i>follow up</i>)	X
F	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e impostazione terapia	Controllo efficacia dieta/terapia	Controllo periodico stabilizzazione glicemia (<i>follow up</i> + visite DDO)	Controllo stabilizzazione glicemia (<i>follow up</i> + valutazione DDO)	X
H	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostazione terapia	Controllo efficacia dieta/terapia	Controllo periodico stabilizzazione glicemia (<i>follow up</i>) + richiesta visita DDO	X	X
I	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostazione terapia + richiesta visita DDO	Primo controllo per stabilizzazione glicemia e controllo DDO	Primo controllo periodico (<i>follow up</i>) + visita DDO	Secondo controllo periodico	X
Assisi						
B	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + richiesta DDO	Verifica trattamento e <i>follow up</i> + valutazione DDO	X	X
C	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e trattamento + richiesta visita per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + valutazione DDO	Verifica trattamento e piano di controlli	Valutazione DDO annuale	X
D	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi + impostazione terapia	Secondo controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Controllo periodico stabilizzazione glicemia + valutazione DDO (<i>follow up</i>)	X	X
G	Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + valutazione DDO	Verifica trattamento e piano di controlli	Valutazione DDO	<i>Follow up</i>
L	Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Valutazione DDO e verifica dieta + terapia	Primo controllo successivo diagnosi e trattamento	Prima verifica trattamento	Seconda verifica trattamento (<i>follow up</i>)

Tabella 5.2 - Dati generali schede di rilevazione (18 maggio 2002)

Mmg	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Totale
Lago Trasimeno							
A	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Primo controllo per diagnosi per impostazione terapia e valutazione DDO	Valutazione DDO	Verifica trattamento e piano ulteriori controlli	Follow up	Totale
N. pz. osservati	3	3	1	3	8	20	25
N. schede compilate	3	3	1	3	8	30	48
N. schede incomplete (tempo)	0	0	0	0	0	0	0
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	0	0	0	0	4 (2: integrazione di esami; 2: valutaz. DDO)	8 (solo valutaz. gen.)	12
E	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Controllo efficacia dieta/terapia	Primo controllo periodico stabilizzazione glicemia	Controllo di routine stabilizzazione glicemia (follow up)	X	Totale
Schede non pervenute	x	x	x	x	x	x	x
F	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e impostazione terapia	Controllo efficacia dieta/terapia	Controllo periodico stabilizzazione glicemia (follow up + visite DDO)	Controllo stabilizzazione glicemia (follow up + valutazione DDO)	X	Totale
N. pz. osservati	1	1	1	3	4	x	6
N. schede compilate	1	1	1	3	6	x	12
N. schede incomplete (tempo)	1	1	0	3	2	x	7
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	0	0	0	0	0	x	0
H	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostazione terapia	Controllo efficacia dieta/terapia	Controllo periodico stabilizzazione glicemia (follow up) + richiesta visita DDO	X	X	Totale
N. pz. osservati	2	2	4	10	x	x	13
N. schede compilate	2	2	4	14	x	x	22
N. schede incomplete (tempo)	0	0	0	0	x	x	0
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	1 (tempo)	1 (tempo)	2 (1: tempo; 1: prescriz. ricovero)	3 (2: integr. esami; 1: tempo)	x	x	7
I	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostazione terapia + richiesta visita DDO	Primo controllo per stabilizzazione glicemia e controllo DDO	Primo controllo periodico (follow up) + visita DDO	Secondo controllo periodico	X	Totale
N. pz. osservati	0	1	1	15	37	x	38
N. schede compilate	0	1	1	15	39	x	56
N. schede incomplete (tempo)	0	0	0	0	1	x	1
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	0	1 (integr. esami)	0	9 (9: integr. esami + visite spec.)	15 (15: integr. esami + visite spec.)	x	25

(segue) Tabella 5.2 - Dati generali schede di rilevazione (18 maggio 2002)

Mmg	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Totale
Lago Trasimeno							
B	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + richiesta DDO	Verifica trattamento e follow up + valutazione DDO	X	X	Totale
N. pz. osservati	3	2	2	11	x	x	15
N. schede compilate	3	2	2	11	x	x	18
N. schede incomplete (tempo)	0	0	2	7	x	x	9
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	0	0	0	0	x	x	0
C	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visita per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + valutazione DDO	Verifica trattamento e piano di controlli	Valutazione DDO annuale	X	Totale
N. pz. osservati	1	1	1	10	2	x	15
N. schede compilate	1	1	1	10	2	x	15
N. schede incomplete (tempo)	0	0	0	1	0	x	9
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	0	0	0	1	0	x	1
D	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi + impostazione terapia	Secondo controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Controllo periodico stabilizzazione glicemia + valutazione DDO (follow up)	X	X	Totale
Schede non pervenute	x	x	x	x	x	x	x
G	Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + valutazione DDO	Verifica trattamento e piano di controlli	Valutazione DDO	Follow up	Totale
N. pz. osservati	6	7	6	8	2	1	14
N. schede compilate	6	7	6	8	2	1	30
N. schede incomplete (tempo)	2	6	1	5	1	0	15
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	0	0	0	0	0	0	0
L	Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Valutazione DDO e verifica dieta + terapia	Primo controllo successivo diagnosi e trattamento	Prima verifica trattamento	Seconda verifica trattamento (follow up)	Totale
N. pz. osservati	2	1	0	0	39	20	41
N. schede compilate	2	1	0	0	39	20	62
N. schede incomplete (tempo)	0	0	0	0	0	0	0
Modifiche rispetto al p.d.p. di rif.	1 (integr. esami)	0	0	0	17 (9: trattam.; 8 integr. esami)	10 (10: tempo)	28
TOTALE	N. pz. osservati	N. schede compilate	N. schede incomplete (tempo)	Modifiche			
	167	263	41	73			

nell'episodio di verifica del primo trattamento, il trattamento con insulina. Si potrebbe perciò concludere che il raffronto tra il percorso effettivo e quello di riferimento compiuto da ciascun medico non comporta alcun rilevante cambiamento nella normale prassi di cura e che solo il confronto con altri medici, la *peer review*, pare incidere effettivamente sul comportamento prescrittivo. A questo riguardo va però anche considerata l'azione «condizionante» che potrebbe essere stata compiuta dall'impostazione di base della scheda di rilevazione. Quest'ultima, infatti, come si evince dall'esempio 2.6, prevede già in partenza, a seconda dei diversi casi, il trattamento da compiere. Tale impostazione della scheda se da un lato ne velocizza la compilazione routinaria, dall'altro, nel momento in cui si verificasse una divergenza rispetto allo schema preimpostato, potrebbe condizionare la scelta o non garantire l'effettiva rilevazione della variazione da parte dei Mmg.

I dati relativi agli esami e alle visite specialistiche prescritti dai Mmg sono invece raccolti nella tabella 5.3. In tale prospetto si rileva il numero di esami e di visite prescritte da ciascun medico suddividendoli dapprima per episodi e, nell'ultima colonna, considerandoli complessivamente. Questi dati vengono rapportati ai pazienti diabetici visti durante il periodo di monitoraggio rispettivamente in ciascun episodio e in totale.

Il prospetto 5.3 evidenzia l'altissima eterogeneità nella prescrizione di esami e visite specialistiche da parte dei Mmg. Sebbene il campione di dati sia piuttosto contenuto, le riflessioni che si possono compiere in prima battuta sono essenzialmente tre: la prima riguarda la diversità del paniere di prescrizioni compiute dai medici, la seconda la diversa frequenza con cui i medici prescrivono differenti esami,

come evidenziato anche dalla tabella 5.4 riferita alle prescrizioni dei Mmg nel primo episodio, la terza si riferisce invece ad una certa concentrazione delle prescrizioni di episodi e visite specialistiche negli episodi di prima valutazione e di *follow up*.

Partendo da quest'ultimo spunto, la tabella 5.5 prende in considerazione i dati relativi alle prescrizioni compiute dai Mmg nell'episodio di prima valutazione del paziente, li correla ai costi unitari di ciascun esame e visita specialistica e raffronta i diversi impatti economici generati dal comportamento prescrittivo di ciascun medico.

La tabella successiva (5.6) confronta poi i costi medi delle visite specialistiche e degli esami diagnostici sostenuti dai pazienti di ciascun medico per ogni episodio, calcolando, nell'ultima colonna, il costo medio per l'intero percorso, delimitatamente agli esami diagnostici e alle visite specialistiche effettuate.

L'ultima elaborazione dei dati compiuta (tabella 5.7) concerne l'invio dei pazienti ad altre strutture aziendali, quali il centro antidiabetico (di seguito CAD) e i presidi ospedalieri, da parte dei Mmg. Dai dati rilevati è emerso che i pazienti vengono inviati al CAD unicamente per quattro cause: certificazione per esenzione *ticket*, per dieta, per presa in carico per pazienti non gestibili e per controlli a pazienti già seguiti dal CAD. L'invio di pazienti presso strutture ospedaliere da parte dei Mmg è dovuto invece a cause diverse dal diabete, ed è per questa ragione non è stato inserito nella tabella.

6. Conclusioni

La sperimentazione dei percorsi del paziente a livello territoriale condotta nell'Asl n. 2 di Perugia porta ad alcune riflessioni e pone dei punti interro-

gativi. In primo luogo, il risultato più evidente dell'esperienza è l'ampia eterogeneità dei percorsi indicati dai diversi medici, ma soprattutto, per alcuni di questi, lo scostamento da quanto raccomandato dalle linee guida. Questa divaricazione, particolarmente elevato nella fase iniziale, si è progressivamente ridimensionato nel corso dei «lavori» avvicinandosi a quanto indicato dalle linee guida, grazie ai momenti di confronto tra i medici di famiglia e i responsabili aziendali del progetto, riunioni che si sono rivelate di particolare efficacia in quanto strumento di *peer review* e di formazione periodica dei professionisti. L'analisi della situazione di partenza, condotta attraverso la costruzione dei percorsi di massima, ha però rilevato come la «costruzione» e la condivisione delle linee guida, operazione che aveva coinvolto alcuni medici di famiglia per un periodo limitato, se non affiancata da validi strumenti che stimolino costantemente la riflessione sui comportamenti di cura ed assistenza dei pazienti, non genera alcuna modifica dei propri orientamenti clinici. Ciò avalla quanto emerso in una recente ricerca del CEVAS di Modena in cui il 60% dei clinici intervistati considera difficile applicare le linee guida al singolo malato e alla propria realtà locale (Formoso, Magrini, Liberati, 2000).

Lo strumento del percorso invece, pur favorendo il *benchmarking* e la *peer review* tra i medici e sottolineando le loro differenze di trattamento e prescrittive, lascia ampi margini di autonomia in quanto ciascun medico, per verificare il proprio miglioramento, avrà come punto di riferimento la sua *best practice*, e non un percorso impostogli dall'alto.

In secondo luogo la costruzione dei percorsi dei pazienti ha stimolato in molti medici di famiglia l'esigenza di un confronto sempre più sistematico

Tabella 5.3 - Gli esami e le visite prescritte negli episodi dei percorsi studiati

Mmg (indicato con lettere)		E1	E2	E3	E4	E5	E6	Totali
Lago Trasimeno								
Elenco visite ed esami	Costo unitario (in euro)	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti
A		Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Primo controllo * diagnosi * impostaz. terapia e valutaz. DDO	Valutazione DDO	Verifica trattamento e piano ulteriori controlli	Follow up	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		3	3	1	3	8	20	25
Glicemia a dig.	1,29	3	1			5	10	
Hb glicosata	10,59		3			4	9	
Curva da carico	4,75		2			0	0	
Es. urine	2,07	3				2	0	
Creatininemia	1,24	3		1		5	9	
Azotemia	1,24	3				5	9	
Trigliceridi	1,29	3				5		
Colesterolo	3,67	3				5		
Microalbum	4,65			1		1		
Emocromo	3,20	3				0		
Doppler carotideo	43,90		2			2		
ECG	11,62		3	1		2		
Vis. card.	20,66					0		
Fundus oculi	7,75		3			2		

F		Prima valutazione	Controllo per diagnosi e impostazione terapia		Controllo periodico stabilizzaz. Glicemia (follow up + visite DDO)	Controllo stabilizzaz. glicemia (follow up + valutaz. DDO)	X	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		1	2	1	3	4	x	6
Glicemia a dig.	1,29	1		1				
Es. urine	2,07			1	1			
Creatininemia	1,24	1		1				
Azotemia	1,24	1						
Trigliceridi	1,29	1		1				
Colesterolo	3,67	1		1				
Emocromo	3,20	1						

(segue) Tabella 5.3 - Gli esami e le visite prescritte negli episodi dei percorsi studiati

Mmg (indicato con lettere)		E1	E2	E3	E4	E5	E6	Totali
Lago Trasimeno								
Elenco visite ed esami	Costo unitario (in euro)	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti
H		Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostazione terapia	Controllo efficacia dieta/terapia	Controllo periodico stabilizzaz. glicemia (follow up) + richiesta visita DDO	X	X	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		2	2	4	10	x	x	13
Glicemia a dig.	1,29	2	2	2	8			
Hb glicosata	10,59		2		3			
Creatininemia	1,24	2		1	1			
Azotemia	1,24	2		2	1			
Colesterolo	3,67	1			1			
Emocromo	3,20	1			0			
Elettroliti	2,27	2			0			
Transaminasi	2,48	1			0			
VES	1,81	1			0			
Doppler	43,90				2			
ECG	11,62				1			
Vis. ocul.	20,66				3			

I		Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostaz. terapia + rich. visita DDO	Primo controllo per stabilizzaz. glicemia e controllo DDO	Primo controllo periodico (follow up) + visita DDO	Secondo controllo periodico	X	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		0	1	1	15	37	x	38
Glicemia a dig.	1,29				13	14		
Hb glicosata	10,59				5	6		
Creatininemia	1,24				3	3		
Azotemia	1,24				3	3		
Trigliceridi	1,29				0	2		
Colesterolo	3,67				0	2		
Uricemia	1,24				3	2		
Elettroliti	2,27				0	2		
Doppler carotideo	43,90				1	2		
ECG	11,62				5	0		
Fundus oculi	20,66				1	0		
Vis. ocul.	20,66				4	6		
Vis. neur.	20,66				1			

(segue) Tabella 5.3 - Gli esami e le visite prescritte negli episodi dei percorsi studiati

Mmg (indicato con lettere)		E1	E2	E3	E4	E5	E6	Totali
Assisi								
Elenco visite ed esami	Costo unitario (in euro)	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti
B		Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + richiesta DDO	Verifica trattamento e follow up + valutaz. DDO	X	X	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		3	3	2	11	x	x	15
Glicemia a dig.	1,29	3		2	5			
Hb glicosata	10,59	0		2	5			
Es. urine	2,07	3		1				
Creatininemia	1,24	3						
Azotemia	1,24	3						
Trigliceridi	1,29	3						
Colesterolo	3,67	3						
Uricemia	1,24	3						
Emocromo	3,20	3						
Doppler	43,90			1				

C		Prima valutazione	Controllo per diagnosi e trattamento + richiesta visita * DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + valutaz. DDO	Verifica trattamento e piano di controlli	Valutazione DDO annuale	X	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		2	1	3	10	2	x	15
Glicemia a dig.	1,29	2						
Hb glicosata	10,59	2						
Es. urine	2,07	2						
Creatininemia	1,24	2						
Trigliceridi	1,29	2						
Colesterolo	3,67	2						
Uricemia	1,24	2						
Elettroliti	2,27	2						
Funzional. epatica	2,48	2						
Doppler	43,90					1		
ECG	11,62		1			2		
Fundus oculi	7,75		1			2		
Vis. ocul.	20,66				2			
Vis. card.	20,66		1					

(segue) Tabella 5.3 - Gli esami e le visite prescritte negli episodi dei percorsi studiati

Mmg (indicato con lettere)		E1	E2	E3	E4	E5	E6	Totali
Assisi								
Elenco visite ed esami	Costo unitario (in euro)	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti	N. visite + esami prescritti
G		Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattam. + valutaz. DDO	Verifica trattam. e piano di controlli	Valutazione DDO	Follow up	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		6	7	6	8	2	1	14
Glicemia a dig.	1,29	5	5	1	4			
Hb glicosata	10,59		4	1	3			
Curva da carico	4,75	3	0		0			
Es. urine	2,07	4	0		4			
Creatininemia	1,24	4	0					
Azotemia	1,24	4	0					
Emocromo	3,20	5	0					
Doppler carotideo	43,90		4					
ECG	11,62		4					
Fundus oculi	7,75		4					
Vis. spec.	20,66		0			2		
Vis. card.	20,66		4					

L		Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Valutazione DDO e verifica dieta + terapia	Primo controllo successivo diagnosi e trattam.	Prima verifica trattamento	Seconda verifica trattamento (follow up)	TOTALI
N. pz. osservati * episodio		2	1	0	0	39	20	41
Glicemia a dig.	1,29	2				24		
Hb glicosata	10,59					1		
Es. urine	2,07					1		
Creatininemia	1,24		1			1		
Azotemia	1,24		1			1		
Trigliceridi	1,29					1		
Colesterolo	3,67					1		
Uricemia	1,24		1			0		
Emocromo	3,20		1			0		
Doppler arti inf.	43,90					2		
Profilo biochimico	22,47	1				9	3	
ECG	11,62					3	0	
Fundus oculi	7,75		1			0	0	
Vis. card.	20,66		1			1	1	

con i colleghi ospedalieri e con i centri specialistici al fine di offrire un'azione integrata nel complessivo processo di diagnosi, cura ed assistenza. Il coordinamento tra questi soggetti pare però ancora prematuro vista la difformità di trattamenti che ancora si hanno sul territorio.

Come sarebbe infatti possibile stabilire dei parametri di salute secondo i quali il paziente dovrebbe essere a carico del medico di famiglia piuttosto che ricoverato quando a livello territoriale non c'è ancora sufficiente accordo sui criteri diagnostici per la identificazione della patologia oggetto di studio?

Un'ulteriore difficoltà che presenta questo strumento è la sua applicazione per tutti i medici di un'Asl. Per ogni

Tabella 5.4 - Frequenza nella prescrizione degli esami

EPISODIO I: PRIMA VALUTAZIONE (totale pazienti osservati: 21)			
Elenco visite ed esami	Costo unitario	N. esami	(N. esami/n. pz. osservati in E1) %
Glicemia a dig.	2.500	18	86%
Hb glicosata	20.500	2	10%
Curva da carico	9.200	3	14%
Es. urine	4.000	12	57%
Creatininemia	2.400	15	71%
Azotemia		13	62%
Trigliceridi	2.500	9	43%
Colesterolo	7.100	10	48%
Uricemia		5	24%
Emocromo	6.200	13	62%
Elettroliti		4	19%
Transaminasi		1	5%

Tabella 5.5 - Comparazione dei costi di percorso tra medici diversi

Elenco visite ed esami in E1	Costo unitario (in euro)	A	F	H	I	B	C	G	L
		% esami + visite prescr./n. pz. osserv.	% esami + visite prescr./n. pz. osserv.	% esami + visite prescr./n. pz. osserv.	% esami + visite prescr./n. pz. osserv.	% esami + visite prescr./n. pz. osserv.	% esami + visite prescr./n. pz. osserv.	% esami + visite prescr./n. pz. osserv.	% esami + visite prescr./n. pz. osserv.
Glicemia a dig.	1,29	100%	100%	100%	0	100%	100%	83%	100%
Hb glicosata	10,59	0	0	0	0	0	100%	0	0
Curva da carico	4,75	0	0	0	0	0	0	50%	0
Es. urine	2,07	100%	0	0	0	100%	100%	66%	0
Creatininemia	1,24	100%	100%	100%	0	100%	100%	66%	0
Azotemia	1,24	100%	100%	100%	0	100%	100%	66%	0
Trigliceridi	1,29	100%	100%	0	0	100%	100%	0	0
Colesterolo	3,67	100%	100%	50%	0	100%	100%	0	0
Microalbum	4,65	0	0	0	0	0	0	0	0
Emocromo	3,20	100%	100%	50%	0	100%	0	83%	0
Elettroliti	2,27	0	0	100%	0	0	100%	0	0
Transaminasi	2,48	0	0	50%	0	0	100%	0	0
Lipemia	4,96	0	0	50%	0	0	0%	0	0
ECG	11,62	0	0	0	0	0	0	0	0
Vis. card.	20,66	0	0	0	0	0	0	0	0
Fundus oculi	7,75	0	0	0	0	0	0	0	0
Vis. ocul.	20,66	0	0	0	0	0	0	0	0
Visita spec.	20,66	0	0	0	0	0	0	0	0
Profilo biochimico	22,47	0	0	0	0	0	0	0	50%
VES	1,81	0	0	50%	0	0	0	0	0
Costo medio totale prima valutazione	euro	14	11,93	14,10	0	14	26,14	9,10	12,53

professionista, infatti, si dovrebbero costruire rispettivamente il percorso di massima, di riferimento di massima e la matrice di rilevazione, con la conseguenza di caricare una mole di lavoro non sostenibile. Probabilmente questa è anche la causa principale della ancora scarsa diffusione della metodologia, problema che forse potrebbe

essere avviato mediante forme «forti» di associazionismo quali ad esempio medicine di gruppo che, come previsto dalla lettera g) comma 2 dell'art. 40 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Mmg (2000), devono condividere ed implementare linee guida diagnostiche e terapeutiche per le patologie a più alta

prevalenza, attuando momenti di verifica periodica.

Affinché lo strumento dei percorsi possa essere applicato è quindi necessario lo sviluppo di forme associative per la medicina generale, contestualmente alla diffusione di un sistema informativo/informatico che velocizzi e semplifichi la rilevazione delle sche-

Tabella 5.6 - Costi medi delle visite specialistiche e degli esami diagnostici per medico e per episodio

Nome Mmg	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Costo medio totale
Lago Trasimeno							
A	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Primo controllo per diagnosi per impostazione terapia e valutazione DDO	Valutazione DDO	Verifica trattamento e piano ulteriori controlli	<i>Follow up</i>	
Costo medio * episodio	14	62,79	17,51	0	27,67	6,5	142,49
F	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e impostazione terapia	Controllo efficacia dieta/terapia	Controllo periodico stabilizzazione glicemia (<i>follow up</i> + visite DDO)	Controllo stabilizzazione glicemia (<i>follow up</i> + valutazione DDO)	X	tab
Costo medio * episodio	11,93	0	12,76	0,69	0	x	25,38
H	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostazione terapia	Controllo efficacia dieta/terapia	Controllo periodico stabilizzazione glicemia (<i>follow up</i>) + richiesta visita DDO	X	X	
Costo medio * episodio	11,62	11,88	1,575	105,97	x	x	131,05
I	Prima valutazione	Primo controllo per diagnosi/impostazione terapia + richiesta visita DDO	Primo controllo per stabilizzazione glicemia e controllo DDO	Primo controllo periodico (<i>follow up</i>) + visita DDO	Secondo controllo periodico	X	
Costo medio * episodio	x	0	0	20,46	8,59	x	29,04

de di monitoraggio e la trasmissione delle informazioni all'Azienda sanitaria, contestualmente con un sistema di programmazione e controllo e di *budget* non più incentrato sulla riduzione dei consumi e della spesa sanitaria, ma che contempra e incentivi il raggiungimento di prefissati risultati di salute tramite un'efficiente gestione di risorse.

Seppure con tutti i limiti e le necessità di semplificazione dell'applica-

zione degli strumenti, il percorso del paziente costituisce una chiave di volta nel rapporto tra le aziende sanitarie e i medici di famiglia in quanto non si focalizza più unicamente obiettivi di riduzione della spesa o di prestazioni (ricoveri, visite specialistiche, mobilità in uscita, ecc.), ma si interroga sulle motivazioni che portano ad avere pratiche così difformi tra i professionisti, si concentra su variabili di natura clinica, valorizzando l'aspetto qualita-

tivo delle prestazioni offerte e verificando contemporaneamente la possibilità di una migliore gestione delle risorse come, ad esempio, l'evitare la ripetizione di esami. Una futura possibilità di accordi decentrati con i medici di famiglia potrebbe focalizzarsi sull'incentivazione del raggiungimento di determinati livelli di salute misurabili attraverso alcuni parametri clinici (febbre, pressione, ecc.), favorendo quindi il processo di miglioramen-

(segue) Tabella 5.6 - Costi medi delle visite specialistiche e degli esami diagnostici per medico e per episodio

Nome Mmg	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Costo medio totale
Assisi							
B	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e richiesta visite per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + richiesta DDO	Verifica trattamento e <i>follow up</i> + valutazione DDO	X	X	
Costo medio * episodio	15,24	0	34,87	5,35	x	x	55,46
C	Prima valutazione	Controllo per diagnosi e trattamento + richiesta visita per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + valutazione DDO	Verifica trattamento e piano di controlli	Valutazione DDO annuale	X	
Costo medio * episodio	26,14	52,94	0	4,13	41,32	x	124,53
G	Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Controlli successivi diagnosi e trattamento + valutazione DDO	Verifica trattamento e piano di controlli	Valutazione DDO	<i>Follow up</i>	
Costo medio * episodio	9,1	54,93	1,98	5,65	20,66	0	92,33
L	Prima valutazione	Controllo per diagnosi + richiesta visita per DDO	Valutazione DDO e verifica dieta + terapia	Primo controllo successivo diagnosi e trattamento	Prima verifica trattamento	Seconda verifica trattamento (<i>follow up</i>)	
Costo medio * episodio	1,29	35,33	0	0	10,17	4,4	51,19

to continuo dell'assistenza offerta. Poiché però, come avviene anche nel percorso del paziente la parte di rilevazione è totalmente affidata al medico di famiglia, si rende ancora più necessaria l'implementazione di nuove forme di associazionismo tra i medici quali strumenti di promozione della *peer review*.

Un ringraziamento particolare per il contributo prestato va:

— ai medici di medicina generale: S. Aisa, G. Bacci, S. Banci, A. Bensi, W. Benedetti, M. Buratta, M. Gattucci, U. Giommoni, C. Lolli, F. Lucertini, S. Nuccioni, M. Picciafoco, A. Susta, B. Teatini, M. Tosolini, C. Trippetti, V. Vantaggi, F. Vitali, G. Zagarella, A. Zocchetti che hanno collaborato al progetto sia elaborando il percorso dei pazienti, sia applicando le schede di rilevazione, nonché:

— alle dr.sse: Valeria Matteucci dello *Staff* formazione e Rita Di Clemente del Presidio ospedaliero unificato dell'Ausl 2 dell'Umbria;

— alle DAI: Patrizia Borghesi e Gabriella Carnio della Direzione del servizio infermieristico dell'Ausl 2 dell'Umbria che hanno collaborato alla fase iniziale del progetto.

(1) Alcuni percorsi, quelli relativi a patologie di tipo cronico degenerativo, possono non avere termine.

(2) Metodologicamente parlando il percorso di riferimento di massima dovrebbe essere definito tale solo dopo la fase di audit che effettivamente verifichi la sua reale autenticità. Nella prassi esso viene identificato prima, per poi essere validato attraverso l'*audit*.

(3) Nei percorsi studiati nell'Ausl n. 2 di Perugia si è notato come generalmente ogni episodio clinico corrispondesse alla fase d'accesso del paziente presso l'ambulatorio del medico di famiglia.

(4) Nella figura 4.1 i valori della glicemia basale presi a riferimento sono quelli indicati dai medici come quelli più frequenti. Es.: Mmg F giugno 2001: diabete: glicemia > 126 mg/dl; 1) glicemia > 200/220 mg/dl o grave sintomatologia correlata: diabete non gestibile; 2) glicemia > 200/220 mg/dl senza patologie correlate: diabete gestibile. Il valore preso a riferimento è la glicemia basale > 126 mg/dl.

(5) Nella figura 4.2 i valori della glicemia basale presi a riferimento sono sempre quelli

Tabella 5.7 - Totale pazienti inviati al CAD

Nome Mmg	Esenzione ticket	Dieta	Presenza in carico	Già seguiti dal CAD	Totale	% su n. pz. osservati
Lago Trasimeno						
A	2	0	0	7	9	36%
F	0	0	2	0	2	33%
H	2	0	0	0	2	15%
I	0	0	0	0	0	0%
Assisi						
B	0	0	0	0	0	0%
C	1	1	1	0	3	20%
G	3	1	0	0	4	29%
L	0	0	3	0	3	7%

Box 1 - L'applicazione della metodologia del percorso del paziente dall'ambito ospedaliero a quello territoriale (1)

La metodologia proposta dal percorso del paziente in ambito ospedaliero ha avuto, sebbene ancora a macchia di leopardo, una diffusione su tutto il territorio nazionale a partire dalla seconda metà degli anni '90, come evidenziato anche da Lega (2001) e dalla ricerca *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale* (Casati, Vichi, 2002). Tale esigenza è nata sia per rispondere ad un bisogno sempre più pressante di integrazione tra UU.oo. diverse all'interno della stessa azienda, sia dalla presa di coscienza, da parte di alcuni controlli di gestione, del limite della gestione per centro di costo che non consente «l'osservazione olistica del processo di cura, il quale al contrario dovrebbe rappresentare l'oggetto privilegiato da gestire» (Casati, 1999: p. 19). Traendo ispirazione dall'approccio per attività, identificato come *Activity-Based Costing and Management*, secondo cui i prodotti di un'azienda consumano le attività e le attività generano i costi (Anthony e Young, 1984), il percorso del paziente, attraverso l'analisi della combinazione e della sequenza di attività lungo il processo di cura, predispone un controllo di gestione che consente di valutare il singolo scostamento tra percorso rilevato ed eventuale percorso di riferimento, affrontando il problema della variabilità nel consumo di risorse per il trattamento della medesima patologia in percorsi di cura differenti. La metodologia e gli strumenti del percorso (in sintesi: la definizione del problema di salute, la costruzione del percorso di massima, la costruzione della mappa degli episodi, l'individuazione del percorso di massima di riferimento, la costruzione della matrice generale e della scheda di monitoraggio e la valorizzazione del percorso), se sul versante ospedaliero sembrano andare verso uno stadio di consolidamento, su quello territoriale rientrano in una fase di piena sperimentazione che vede come prima applicazione l'esperienza condotta presso l'Azienda USL 2 di Perugia. L'ancora scarsa diffusione della metodologia sul territorio sembra essere dovuta ai numerosi elementi di complessità che questo presenta quali:

- l'elevata eterogeneità dei comportamenti prescrittivi, come dimostrato anche dalle figure 4.1 e 4.2, che genera due ordini di problemi: il primo, di natura operativa, consiste nell'onerosità di dovere ricostruire, per ogni singolo Mmg, il percorso seguito dai propri pazienti; il secondo, di matrice clinico-organizzativa, riguarda la difficoltà di integrare «percorsi tra loro eterogenei» con le diverse strutture d'offerta dell'azienda quali, ad esempio, alcune unità operative dei presidi ospedalieri, i centri antidiabetici, ecc.;

(segue) **Box 1 - L'applicazione della metodologia del percorso del paziente dall'ambito ospedaliero a quello territoriale**

- la scarsa diffusione di forme associative, specialmente di quelle aventi un maggiore contenuto assistenziale, quali le medicine di gruppo, che portano:
 - 1) ad una ridotta apertura degli ambulatori dei Mmg costringendo i pazienti a rivolgersi, quando necessario, ad altre «strutture» quali il pronto soccorso o la guardia medica, uscendo di fatto dalla sfera di governabilità del Mmg e quindi anche dal percorso da esso indicato;
 - 2) ad una mancanza di «controllo sociale trasversale» da parte dei vari professionisti, stimolo per un confronto *inter pares* e per una maggiore appropriatezza prescrittiva;
- la difficoltà di «guidare» un paziente attraverso diverse strutture sapendo che questi ha la libertà di decidere autonomamente il tipo di cura da compiere e quindi anche di seguire un percorso diverso da quello suggerito dal Mmg;
- la scarsità di informazioni e di *report* sistematici sulle attività svolte, specialmente sulle prescrizioni diagnostiche e sulle visite specialistiche e di un sistema informativo integrato tra Mmg e Ausl;
- la presenza di numerose patologie di tipo cronico-degenerativo che, non prevedendo la risoluzione del problema di salute, creano delle difficoltà sia nel misurare il risultato clinico generato dal percorso, sia nel rilevare i costi sostenuti per curare il paziente.

Proprio a causa di queste difformità e di tali elementi di ulteriore complessità rispetto all'ambito ospedaliero, i percorsi del paziente nel territorio richiedono maggiori energie nell'essere implementati, ma anche, ove possibile, delle semplificazioni riguardo agli strumenti da utilizzare. A questo riguardo l'esperienza dell'Ausl di Perugia propone di utilizzare come strumento cardine di tutto il processo il percorso di massima. La stessa ricostruzione del percorso da parte dei Mmg costituisce un momento di riflessione e di ripensamento della propria pratica prescrittiva, miglioramenti che vengono ulteriormente stimolati tramite il confronto dei diversi percorsi di massima proposti dai Mmg coinvolti nella sperimentazione. A differenza di quanto avviene nel percorso ospedaliero, quello territoriale vede la sostanziale coincidenza tra il percorso di massima ed il percorso di massima di riferimento. Poiché infatti l'ambito di cura corrisponde essenzialmente all'ambulatorio del Mmg, e non a UU.oo. diverse come sovente accade nei presidi ospedalieri, gli episodi che costituiscono il percorso territoriale sono essenzialmente di natura clinica, escludendo di fatto la componente organizzativa. Si presume perciò che il medico, non dovendo far fronte a possibili elementi di inefficienza organizzativa, possa sempre agire secondo la propria *best practice* nella diagnosi, cura e trattamento dei pazienti. La rappresentazione del percorso di massima verrà di conseguenza a sovrapporsi a quella di massima di riferimento.

Rispetto ai percorsi ospedalieri il percorso territoriale non richiede inoltre la stesura della matrice generale in quanto le attività sono comunque riprese e rilevate nelle schede di monitoraggio mentre il luogo e le figure professionali coinvolte coincidono con l'ambulatorio e con il Mmg. L'unico elemento che meriterebbe una rilevazione più attenta è il tempo intercorrente tra l'episodio corrente e il successivo. Sebbene questo elemento non sia governabile direttamente dai Mmg, ma sia invece rimandato completamente al comportamento dei pazienti, andrebbe comunque considerato in quanto indicativo della compliance degli assistiti.

Un'ultima osservazione concerne la valorizzazione dei percorsi. A differenza dei percorsi ospedalieri in cui, attraverso i costi specifici è possibile calcolare il costo complessivo per la risoluzione di un problema di salute dei pazienti, nell'ambito territoriale sia la scarsità e la difficoltà nel reperimento dei dati, sia la presenza di pazienti il più delle volte affetti da una concomitanza di patologie rendono molto complesso il calcolo dei costi complessivi per singolo percorso. Allo stato attuale sembra infatti poco realistico potere ricavare delle informazioni significative al riguardo. È però possibile ottenere dei dati relativi ad alcune categorie di costi, come quelli relativi agli esami, alle visite diagnostiche/specialistiche e ai farmaci prescritti e compararli tra i percorsi indicati dai diversi Mmg relativamente ad una medesima patologia. Va però sottolineato che i dati raccolti rilevano quanto direttamente prescritto dai Mmg (Tedeschi, 2001: p. 150) che, a differenza di quanto avviene in ambito ospedaliero, non è detto coincida con quanto effettivamente consumato dai pazienti.

inferiori tra quelli indicato dal Mmg. Es.: Mmg F lug 01: diamicon 1/2 cp. al di. se glicemia basale > 140/< 180 mg/dL; diamicon 1 cp. al di. se glicemia basale > 180 mg/dL; invio al CAD se glicemia basale > 220 mg/dL. Il valore preso a riferimento è quello > 140 mg/dl.

(6) Il maggiore grado di dettaglio, infatti, è stimolato anche dall'introduzione dello strumento delle matrici, che richiedono una definizione più particolareggiata.

BIBLIOGRAFIA

- AGLIATI M. (1990), *La contabilità direzionale*, CUSL, Milano, pp. 147-148.
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (1989), *Lezioni di economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- ANTHONY R.D., YOUNG D.W. (1984), *Management control in nonprofit organizations*, 3a ed., Homewood, Irwin (ed. italiana: *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, Milano, 1992).
- BAMFI F., CASATI G. (2001), «Il percorso del paziente e il budget dei Medici di medicina generale», in Longo F., Vendramini E. (a cura di), (2001).
- BERGAMASCHI M. (A CURA DI) (2000), *L'organizzazione nelle Aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CASATI G. (A CURA DI) (1999), *Il percorso del paziente*, Egea, Milano.
- CASATI G. (2001b), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CASATI G., VICHI M.C. (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- FORMOSO G., MAGRINI N., LIBERATI A. (2002), «Che cosa pensano i medici delle linee-guida?», *Effective-Healthcare* (ed. italiana), maggio-giugno, vol. 4, 4, pp. 9-16.
- LEGA F. (1999), «Il percorso diagnostico terapeutico», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3.
- LEGA F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- LOMASTRO M., VICHI M.C. (2000), «Il percorso del paziente ospedaliero», *Mecosan*, 32.
- LONGO F., VENDRAMINI E. (A CURA DI) (2001), *Manuale del budget per i Medici di medicina generale*, McGraw-Hill, Milano.
- TEDESCHI P. (2001), «Il sotto-sistema informativo aziendale per la gestione della medicina generale», in Longo F., Vendramini E. (a cura di) (2001).

(1) Per un maggiore approfondimento sulla tematica del percorso del paziente applicato in ambito ospedaliero, si rimanda a Casati G., Vichi M.C. (2002).