

# MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XIV – N. 55 LUGLIO-SETTEMBRE 2005

## IN QUESTO NUMERO

### PUNTO DI VISTA

- 3** Convergenze parallele: quando sistemi diversi hanno problemi e sfide simili  
*Elio Borgonovi*

### SAGGI

- 9** Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo  
*Daniele Alesani, Manila Marcuccio, Elisabetta Trincherò*
- 35** Le linee guida per il Sistema di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio  
*A.V. Bozza, M. Cipriani, D. Lipodio, G. Magrini, N. Pianesi, G.M. Soro*
- 65** Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del Ssn: criticità e prospettive  
*Carlo De Pietro, Carmen Tereanu*

### MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 87** Analisi della variabilità dei costi dell'assistenza: il caso della spesa per farmaci e presidi nel Drg 410  
*E. Colaiacomo, A.D. Colasanto, G. Console, P. Nardulli, P. Milella, F. Diguseppe, A.M. Lerario*
- 97** Performance management e partnership per combattere l'AIDS, la malaria e la tubercolosi: il caso del Global Fund  
*Denita Cepiku, Chiara Giordano*
- 111** L'avvio della Società della salute nell'Asl di Empoli  
*Renato Ferrucci, Salvatore Iannucci, Enrico Roccato*
- 129** Logiche e strumenti di committenza interna: i Programmi aziendali nell'Ausl di Cesena  
*Francesco Longo, Michele Sanza, Silvia Mambelli*
- 143** La programmazione delle attività territoriali: un'analisi comparata per la valutazione della qualità  
*Laura Maran*

### STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 157** Novità bibliografiche
- 163** Spoglio riviste

## COLOPHON

#### COMITATO SCIENTIFICO

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

**Luca Anselmi**  
*Ordinario di Economia aziendale - Università di Pisa*

**Sabino Cassese**  
*Ordinario di diritto amministrativo - Università La Sapienza di Roma*

**Siro Lombardini**  
*Ordinario di Economia - Università di Torino*

**Antonio Pedone**  
*Ordinario di Scienze delle Finanze - Università La Sapienza di Roma*

**Fabio Roversi Monaco**  
*Ordinario di diritto amministrativo - Università di Bologna*

#### FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

**Luigi D'Elia**  
*Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma*

#### CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

**Elio Borgonovi**

#### COORDINAMENTO EDITORIALE

**Mario Del Vecchio**

#### COORDINATORI DI SEZIONE

**Gianmaria Battaglia**

**Luca Brusati**

**Chiara Peverelli**

**Carlo Ramponi**

**Rosanna Tarricone**

#### SEGRETERIA DI REDAZIONE

**Silvia Tanno**

#### REDATTORI

**Giorgio Casati**

**Giovanni Fattore**

**Giorgio Fiorentini**

**Andrea Garlatti**

**Alessandra Massei**

**Marco Meneguzzo**

**Franco Sassi**

**Antonello Zangrandi**

**Francesco Zavattaro**

#### CORRISPONDENTI ESTERI

**Michael Schofield** (Manchester)

**Gustav Schacter** (Boston)

#### DIRETTORE EDITORIALE

**Anna Gemma Gonzales**

#### **DIREZIONE**

00197 Roma – Viale Parioli, 77  
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386  
Fax 06 80 85 817  
E-mail: sipised@tin.it

#### **REDAZIONE**

20135 Milano - Viale Isonzo, 23  
Tel. 02.58.362.600  
Fax 02.58.362.598  
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

#### **PUBBLICAZIONE**

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982  
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992  
Fotocomposta da SIPIS srl  
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700  
Spedita in abbonamento postale, c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)  
Prezzo di una copia € 68,00

#### **PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA**

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

# Convergenze parallele: quando sistemi diversi hanno problemi e sfide simili

ELIO BORGONOVÌ

*L'osservazione delle dinamiche in atto nei diversi sistemi di tutela della salute mette in risalto alcune convergenze parallele: convergenze nel senso che i problemi e le criticità tendono ad essere gli stessi o molto simili, parallele nel senso che i diversi Paesi non sembrano ancora orientati o pronti a modificare radicalmente i rispettivi modelli. Così gli USA non rinunciano al sistema basato sulle assicurazioni private, nonostante il 45% della spesa totale (pari al 6,5 del PIL) sia comunque coperta con fondi pubblici, la Gran Bretagna, l'Italia, la Germania, la Francia ed altri Paesi, soprattutto europei, non rinunciano al principio del diritto alla salute come uno dei diritti di cittadinanza e, quindi, non rinunciano a sistemi di tutela pubblica sia essa in forma di Servizio sanitario nazionale, o di sistema delle casse mutue obbligatorie, ecc.*

*Le convergenze innanzitutto. Da una indagine compiuta nel 2004 dal CommonHealth Fund, un centro di ricerche e indagine degli USA (think tank) che non è schierato politicamente, né viene considerato ideologicamente vicino ai repubblicani o ai democratici (quindi bipartisan), risulta che su circa 6957 cittadini USA intervistati:*

- a) quasi tutti hanno dichiarato di aver dovuto sostenere spese sanitarie dirette (out of pocket) pari ad oltre 1000 dollari l'anno poiché non titolari di assicurazione o perché le cure necessarie non erano coperte;
- b) circa un terzo ha dichiarato di aver dovuto rinunciare a «cure necessarie» (prescritte dal medico) perché eccessivamente onerose rispetto al proprio livello di reddito;
- c) il 34% circa ha dichiarato di essere stato vittima di errori nelle cure o di episodi di «grave disorganizzazione nell'erogazione dei servizi»;
- d) la maggior parte dichiara di avere una soddisfacente accessibilità alle cure mediche, ma di «avere avuto gravi difficoltà» nel trovare il medico in caso di bisogni fuori orari previsti dalle strutture, e di «aver impiegato più di un giorno» per ricevere la visita di un medico dal momento in cui si è manifestato il malessere.

*Sempre negli USA, le imprese dichiarano con crescente frequenza di considerare il costo per le assicurazioni sanitarie «troppo elevato» e quindi fattore che «riduce la loro competitività» a livello internazionale.*

*Uno dei «punti caldi» della recente trattativa tra General Motor e sindacati, forse l'ultimo punto su cui si è trovato un accordo, è stato proprio quello della «diminuzione delle prestazioni coperte dalla assicurazione aziendale» che ha consentito la riduzione di un miliardo di dollari sui costi (valore stimato per ogni anno di validità del contratto). Si tratta di minori costi per l'azienda che, in caso di esigenze di cura da parte dei lavoratori, si tradurranno in maggiori spese dirette da parte degli stessi.*

*Nella proposta di budget per il 2006 sottoposta dal Presidente al Congresso è prevista una riduzione degli stanziamenti per i programmi federali nel settore della salute pari a 36 miliardi di dollari motivati dall'esigenza di «ridurre gli sprechi nel settore».*

*In Europa la situazione non sembra migliore. In tutti i più grandi Paesi sono previste riduzioni della spesa per la salute nei bilanci preventivi per il 2006 (e per gli anni successivi) poiché la situazione della finanza pubblica non consente di sostenere livelli di servizi e di prestazioni «diventati troppo elevati» rispetto ai vincoli imposti dall'obiettivo di stabilità macroeconomica e all'imperativo di orientare le spese al recupero e al sostegno della competitività (esempio ricerca e sostegno alle imprese). In Francia e in Germania i nuovi governi sono alle prese con progetti di riforma dei rispettivi sistemi di salute che, pur salvaguardandone i principi ispiratori, possano introdurre elementi di maggiore responsabilizzazione nei confronti dei diversi soggetti (pazienti, medici, strutture che erogano i servizi e organi che decidono le politiche nazionali o subnazionali, come nel caso dei Länder tedeschi e delle Regioni in Italia).*

*Da alcuni anni l'Olanda ha adottato un sistema basato sulla competizione e sulla sostanziale privatizzazione degli «erogatori dei servizi» con il mantenimento però di un sistema di finanziamento parzialmente pubblico. Recenti, invece, sono le politiche finalizzate a dare «maggiore spazio al privato» nell'erogazione dei servizi in Gran Bretagna, ultimo baluardo di un sistema finora pressoché esclusivamente pubblico.*

*In Germania, Francia, Spagna, Italia e in molti altri Paesi europei (e non europei come Canada e Australia) sono iniziati, o si sono accelerati negli anni più recenti, i processi di privatizzazione di ospedali ed altre strutture di offerta o esperienze di «gestione mista» pubblico-privato.*

*In Italia, da oltre un decennio le politiche e, quel che più preoccupa, il dibattito e il confronto/scontro tra Stato e Regioni, tra le stesse Regioni, o tra regioni e Aziende sanitarie sembra più centrato sui livelli di spesa e sulla diversa efficacia delle diverse politiche e dei diversi strumenti nel contenimento della spesa, che non su decisivi sforzi nel miglioramento della qualità dei servizi e della capacità di rispondere ai reali bisogni dei cittadini.*

*Inoltre, nel nostro Paese sembrano esser in aumento i casi effettivamente rilevati di piccoli o più gravi errori diagnostici, terapeutici e nel campo delle riabilitazioni (es. 21.000 in Lombardia nel 2004), nonché le cause di risarcimento promosse da pazienti nei confronti di medici e strutture sanitarie. In definitiva, sembra accrescersi l'incidenza di «rischio sanitario», il che ha determinato una maggior attenzione a richieste di interventi per ridurre l'incidenza. Ciò anche per motivi economici, in quanto aumentano i casi di assicurazioni che non partecipano più alle gare per la copertura di tali rischi. Di conseguenza aumentano i costi delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere per «il risarcimento dei danni», con una ulteriore riduzione della quota di spesa destinabile all'erogazione di servizi e alla soddisfazione dei bisogni.*

*Per fortuna le convergenze non sono solo di questo tipo, ma riguardano anche aspetti positivi per la salute dei cittadini e per il futuro dei sistemi di tutela della salute. Prosegue in tutti i Paesi progrediti lo sforzo di ricerca nel campo della tutela della salute che, seppure con le difficoltà causate dai limitati finanziamenti anche in questo settore, consente continui progressi che solo alcuni anni fa erano impensabili. Individuazione di nuove cure, o scoperte che lasciano prevedere la messa a punto di trattamenti efficaci anche per gravi malattie oggi incurabili, si moltiplicano e costituiscono eccellenti premesse per il raggiungimento della capacità di tutela della salute delle future generazioni. Le politiche «per la competitività» (si veda per l'Europa la dichiarazione di Lisbona del 2000), individuano nella ricerca e nella generazione di conoscenze la via maestra per riconvertire i sistemi economici europei, consentendo loro di fronteggiare la concorrenza di Paesi emergenti senza ridurre la libera circolazione dei beni. Tra i settori considerati prioritari per realizzare concretamente questa strategia europea della competitività sono sempre elencati quelli collegati alla filiera della salute. Lo stesso accade per gli USA e per altri grandi Paesi progrediti.*

*Peraltro, incominciano a diffondersi ampiamente analisi e teorie che considerano la spesa per la salute, o almeno una parte di essa, come investimento anziché come spesa di consumo. Non si tratta di considerare investimenti solo le spese collegate a beni durevoli, ma anche parte della spesa corrente che, per sua destinazione, può aiutare a migliorare lo stato di salute delle persone e, allo stesso tempo, può alimentare il «circuito virtuoso» di consumi che sostengono la produzione di servizi che non sono delocalizzabili.*

*Altra convergenza positiva riguarda il «risveglio» dell'interesse verso la ricerca di soluzione dei problemi di salute nei Paesi del sud del mondo. Dopo l'interesse suscitato nel periodo di quello che è stato poi definito «l'idealismo terzomondista» e dello sviluppo di forti movimenti di origine laica e religiosa impegnati ad attenuare le differenze e le disparità tra regioni della terra (principio economico dell'equità distributiva, sociale della solidarietà estesa a chi ha maggiore bisogno, etico e religioso del riconoscimento delle pari dignità della persona in ogni parte del mondo, specie negli anni '60 e '70 dello scorso secolo), vi è stato un periodo nel quale ha prevalso la fiducia nella diffusione dell'imprenditorialità, del mercato, considerato idoneo a diffondere ricchezza e sviluppo in nuove e sempre più estese aree socio-economiche (la ricerca di nuove opportunità di espansione), oltre che ad aumentare la qualità di vita nei Paesi sviluppati. In questa fase (fine anni '80 e specialmente '90) erano passati in secondo piano i temi della «salute per tutti nell'anno 2000» (dichiarazione OMS, fine anni '70), quelli della lotta a patologie endemiche prima e a patologie epidemiche poi (come AIDS in Africa).*

*In tempi recenti ed a seguito di spinte varie, il tema della salute è ritornato ad essere contenuto non marginale sia delle politiche nel settore a livello nazionale, sia per i tentativi (con diverso successo) di concertazione delle politiche tra diversi Paesi. Fenomeni quali il «morbo della mucca-pazza», dell'influenza aviaria, del rischio di rinascita e diffusione di malattie e patologie epidemiche a seguito della enorme mobilità delle persone e dei beni, nonché dei fenomeni di immigrazione, hanno spinto la maggior parte dei Paesi a riorientare in questa direzione sforzi di ricerca, programmi di prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi, cura, e a destinare ad essi un maggiore ammontare di risorse. Sintomi di questo nuovo interesse possono essere individuati:*

- a) nel dibattito che si è aperto nelle sedi che governano il commercio internazionale sulla tutela brevettuale di certi farmaci efficaci contro patologie endemiche ed epidemiche nei Paesi poveri, o maggiore liberalizzazione «tutelata» contro operazioni di «esportazioni parallele»;*
- b) decisione autonoma di alcuni Paesi di produrre comunque in loco «farmaci essenziali» per la propria popolazione e il proprio sviluppo, «forzando» o «dando interpretazioni estensive» ai principi regolatori del commercio internazionale;*
- c) decisione dei grandi organismi internazionali (Banca Mondiale, Banche regionali di sviluppo, ecc.) di introdurre nei progetti di finanziamento e di sostegno ai Paesi in via di sviluppo e non ancora sviluppati, una analisi obbligatoria sulla «strategia della salute e povertà»: questa scelta è stata determinata dalla considerazione, sostenuta sul piano teorico e confermata da molte indagini empiriche, che esiste una elevata correlazione tra stato di salute, efficacia delle politiche di lotta alla povertà, attivazione di un circuito positivo di uscita dalla situazione di non sviluppo per entrare nella fase dei Paesi in via di sviluppo;*
- d) aumento del numero di accordi e di programmi bilaterali tra Paesi sviluppati e Paesi in via di sviluppo, o non sviluppati che prevedono interventi di attivazione, sostegno e partnership istituzionali nel campo della tutela della salute.*

*Su questo fronte cominciano rapidamente ad essere attive anche le imprese collegate al settore, da quelle farmaceutiche, a quelle di attrezzature biomedicali, a quelle di produzioni di protesi e di altri presidi sanitari. Molte di queste, specie quelle di maggiori dimensioni, hanno attivato centri e programmi di ricerca nel campo delle malattie rare o finalizzati ad*

affrontare i problemi di salute «tipici dei Paesi poveri» e non solo i problemi di salute «tipici dei Paesi ricchi» ed hanno adottato strategie e politiche di «responsabilità sociale» tramite cui sostengono interventi istituzionali e di organizzazioni non governative nei Paesi e nelle aree svantaggiate.

Si può dire che oggi, pur restando inevitabilmente vivo e acceso il confronto tra i diversi «modelli» di sistema di tutela della salute e delle loro varianti (servizio sanitario centralizzato o con forte decentramento, sistema mutualistico, sistema fondato su assicurazioni private), appare più significativo il dibattito e il confronto sui diversi modi in cui si affrontano i «temi convergenti» che sono dati:

- a) da sfide simili (esempio carenza di risorse finanziarie, diffusione di attese dei pazienti e dell'opinione pubblica superiori alle capacità di risposta dei sistemi di offerta, ecc.);
- b) da grandi opportunità per il rilancio di una nuova fase progettuale sul futuro.

Per affrontare le sfide e cogliere le nuove opportunità sono necessarie politiche, regole, strumenti più efficaci rispetto ai fini, che siano gestiti in modo più efficiente ed eliminando gli sprechi. Ma è necessario, soprattutto, un cambiamento culturale che porti al superamento della «logica contrattuale» e del sistema dei «diritti (di qualcuno) contrapposti o che bilanciano doveri (di qualcun altro)». Logica, quella tradizionale che si esprime nelle regole degli attuali sistemi:

- a) nei servizi sanitari pubblici il cittadino «paga le tasse» e perciò ritiene di «avere diritto» a servizi e prestazioni gratuiti, il che non genera stimoli forti all'autocontrollo della domanda;
- b) nei sistemi mutualistici chi aderisce alla mutua corrisponde un «contributo» che include anche una dimensione di solidarietà e in relazione a ciò ritiene di «avere diritto a prestazioni gratuite o a condizioni prefissate» (esempio franchigia per bassi livelli della spesa, limitata compartecipazione al costo dei servizi): l'autocontrollo da parte dei pazienti agisce solo se esiste un forte senso di solidarietà e di appartenenza al gruppo che aderisce alla mutua;
- c) a sua volta la mutua eroga direttamente servizi, ma più spesso «contratta» in nome e per conto dei propri iscritti le condizioni e i livelli di prestazione con strutture erogatrici di servizi: le strutture che erogano servizi hanno interesse ad erogare quantità sempre maggiori di servizi e prestazioni di qualità sempre più elevata (e a maggiore costo), interesse che può essere limitato solo da rigidi controlli da parte della mutua «terzo pagante» o dal fatto che un eccessivo aumento della spesa induce nel più lungo periodo la mutua ad elevare «la compartecipazione diretta dei propri mutuatati» o il loro contributo annuale;
- d) nei sistemi assicurativi il cittadino «paga un ammontare certo» (il premio assicurativo) per essere tutelato contro potenziali eventi avversi (la malattia) e in funzione di ciò chiede di «scegliere nel più ampio modo possibile» la struttura cui rivolgersi in caso di bisogno;
- e) a loro volta le strutture di offerta cercano di proporre «pacchetti di servizi» di più elevata qualità alle assicurazioni con il maggiore numero di iscritti per avere un mercato più vasto, condizione favorevole, anche se non sufficiente, per ottenere un più soddisfacente equilibrio economico;
- f) le imprese fornitrici del settore si pongono nell'ottica di «vendere i propri beni e le proprie conoscenze» alle strutture che erogano servizi, senza preoccuparsi dell'esistenza del bisogno reale o del fatto che l'acquisizione di una determinata attrezzatura o apparecchiatura possa indurre «domanda inutile o inappropriata», cioè non correlata ai bisogni.

Poiché, nel nuovo contesto la via della «compatibilità economica» diventa sempre più stretta, occorre sostituire alla logica contrattuale, la logica della creazione di «catene di comportamenti coerenti tra più soggetti» che rendano più forte la capacità di trovare un equilibrio

tra livelli si tutela della salute e livello della spesa. Se i soggetti che fanno parte di queste catene percepiscono che da loro comportamenti «virtuosi» (ossia che riducono o eliminano gli sprechi) possono derivare vantaggi per sé e per gli altri, aumenta l'incentivo e, quindi, la probabilità (non vi è mai certezza) che tali comportamenti si diffondano. Si tratta di applicare il principio valido per i sistemi sociali secondo cui le attese possono essere un fattore rilevante della propria realizzazione.

Catena dei bisogni reali. È quella che si basa su interventi culturali idonei a far percepire ai pazienti che, anche nei sistemi in cui essi possono ottenere servizi e prestazioni gratuite, tutti i servizi hanno un costo di produzione. Pertanto consumi inutili o sprechi (acquisto di farmaci non utilizzati, accertamenti diagnostici inutili o ripetuti, ecc.) causano, nel lungo periodo, controlli rigidi, esclusione di certe prestazioni dalla erogazione gratuita e difficoltà ad ottenere servizi essenziali o ad elevato valore, perché si è avuto un abuso (eccessivo uso) di servizi e prestazioni a bassa utilità. In questa catena culturale devono inserirsi anche medici e altri professionisti, aziende sanitarie che, invece di perseguire i loro rispettivi obiettivi tramite l'erogazione di servizi senza valutarne l'utilità, si impegnino a perseguire i loro obiettivi con l'ausilio di sistemi di valutazione che consentano di erogare servizi e prestazioni a più elevata efficacia (che aumentano la soddisfazione del cittadino-paziente e il prestigio del medico, del professionista, della struttura) o ad eliminare gli sprechi per poter utilizzare le risorse per servizi utili.

Catena della valorizzazione delle conoscenze e delle professionalità. Si sviluppa partendo dalle esigenze di compatibilità economica e deve tradursi in provvedimenti di legge e in indirizzi diversi da quelli che «impongono tetti o tagli di spesa o di pareggio, finalizzati ad indurre la razionalizzazione della gestione». Di fronte a questa impostazione va ricordato che le relazioni economiche reali agiscono nella direzione opposta: si razionalizza la gestione o si creano sistemi interni ed esterni di controllo ed eliminazione degli sprechi per razionalizzare e contenere la spesa nei limiti delle compatibilità economiche e per raggiungere un equilibrio di bilancio reale. Il fallimento o la limitata efficacia della maggior parte delle politiche impostate sui tetti di spesa che hanno prodotto situazioni di disavanzi a consuntivo (spese non evidenziate e rilevate immediatamente e, quindi, deficit e disavanzi «sommersi») confermerebbero la validità della relazione appena ricordata. Assumere la logica della catena significa che chi decide le politiche di spesa e suo finanziamento deve decidere politiche realisticamente accettabili per chi gestisce le strutture (i manager) e che questi ultimi non possono e non devono limitarsi a trasferire semplicemente i vincoli di spesa, gli obiettivi (economici o al massimo economici e di qualità) ai medici e agli altri professionisti della salute, ma devono ricercare e scoprire con essi «soluzioni innovative» che consentano di mantenere soddisfacenti livelli di risposte agli effettivi bisogni di salute, pur in presenza di vincoli crescenti. Va ricercato l'aumento di efficacia e di appropriatezza, non il semplice aumento della «produttività» misurata dal numero dei servizi e delle prestazioni erogate.

Catena della conoscenza. Consiste nell'invertire il ciclo dell'innovazione che spesso ha dominato questi ultimi decenni e che può essere sintetizzato come segue. Con la ricerca di base e con quella applicata (o sperimentazione clinica) e quella di sviluppo si mettevano a punto farmaci, attrezzature, apparecchiature, metodiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che poi si cercava di imporre al sistema di tutela della salute per recuperare gli investimenti sostenuti. Spesso le risposte che ne derivavano non erano soddisfacenti o comunque non erano le migliori rispetto alle caratteristiche oggettive e soggettive dei bisogni di salute. Oggi il processo di ricerca e di generazione di nuove conoscenze deve ritornare all'origine. Deve partire da «bisogni reali» che devono orientare la ricerca. Con questo approccio si potranno stabilire rapporti di fiducia tra pazienti (che non si sentiranno cavie di esperimenti, come a volte accade), i medici e gli altri professionisti (che riscopriranno il valore della loro professione), i manager delle strutture sanitarie (che potranno perseguire l'efficienza e l'economicità non fine a se stessa, ma al «servizio di una migliore

*efficacia e qualità»), le imprese fornitrici (che saranno stimolate a «coprire il mercato dei bisogni reali» e non a «cercare un mercato, qualsiasi purché remunerativo, per i propri prodotti»).*

*In conclusione si può dire che il manifestarsi di convergenze nei diversi sistemi può essere forse considerata una occasione per costringere a «ripensare» un po' più a fondo il modo in cui negli ultimi decenni sono stati affrontati i vincoli e le opportunità (ad esempio delle nuove tecnologie, spesso, impiegate in modo non razionale) presenti nei sistemi di tutela della salute.*



# Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo<sup>1</sup>

DANIELE ALESANI, MANILA MARCUCCIO, ELISABETTA TRINCHERO

*This work offers an investigation of social reporting practices by Italian healthcare organizations operating within the NHS framework. Social reporting is new for the Italian context and for this kind of organizations, though it represents a «phenomenon» increasing at a surprising pace. Under the label «social reporting» a plethora of documents with different contents, formats and characteristics can be observed. The paper is focused on: i) the content disclosed in the reports, ii) the report's capacity to serve governance and accountability purposes and to address relevant stakeholders' needs. The discussion is based on the findings of a content analysis of the social reports published before June 2005. Common trends and differences of the actual reporting practices are identified and discussed. In the conclusion are some relevant issues for the further investigation.*

## Note sugli autori

D. Alesani è ricercatore CERGAS Bocconi e Dottorando di Ricerca, Università degli Studi di Parma  
M. Marcuccio è docente SDA Bocconi, Dottore di Ricerca Università Cà Foscari di Venezia  
E. Trincherò è docente SDA Bocconi

## Attribuzione

Il presente articolo è frutto del lavoro congiunto degli autori. In particolare, la stesura specifica delle singole parti del testo è così attribuibile: D. Alesani §§ 3, 3.2, 5 e 6; M. Marcuccio §§ 1, 2, 4 e 7; E. Trincherò § 3.1

## 1. Introduzione e inquadramento del tema

Nonostante la crescente diffusione delle pratiche di rendicontazione sociale in diversi comparti del settore pubblico italiano, le aziende del settore sanitario sono state interessate da questo fenomeno solo a partire dagli ultimi anni. A partire dal 2003 si è assistito alla pubblicazione di un numero crescente di bilanci e *report* sociali da parte di aziende sanitarie locali e di soggetti erogatori (pubblici e privati accreditati). Si tratta di esperienze e sperimentazioni non ancora consolidate, rispetto alle quali non sono state effettuate analisi specifiche in grado di identificare l'intensità e la natura del fenomeno. Ad una prima analisi appare comunque evidente che il fenomeno riguarda diversi documenti che assumono una pluralità di denominazioni (come, ad esempio bilancio «sociale», bilancio «di mandato», bilancio «di missione», «rapporto di salute») e una grande varietà di forme e contenuti.

Al fine di colmare il vuoto di conoscenza riscontrato contribuire a dare un'identità più precisa alla rendicontazione sociale nel settore sanitario, il presente contributo analizza il contenuto dei *report* sociali pubblicati fino a giugno 2005. L'analisi si propone, in particolare, di verificare se, dietro l'apparente variabilità di forme e di contenuti assunti dalla rendicontazione sociale, sia possibile identificare alcuni «tratti comuni» o per lo meno dei *trend* di sviluppo che accomunano le diverse aziende sperimentatrici.

A tal fine, dopo aver sinteticamente descritto le origini e i significati della rendicontazione sociale in generale ed in ambito pubblico in particolare, il contributo propone

## SOMMARIO

1. Introduzione e inquadramento del tema
2. Le pratiche di rendicontazione sociale e l'evoluzione dei sistemi di *governance* dei servizi sanitari: un inquadramento
3. Rendicontazione sociale e sistema sanitario: le prospettive di analisi
4. Un modello di analisi delle pratiche di rendicontazione sociale nel settore sanitario
5. Bilancio sociale, di mandato e di missione: una presentazione degli strumenti di rendicontazione sociale utilizzati dalle aziende sanitarie
6. Bilancio sociale e *governance* delle relazioni istituzionali: i risultati dell'analisi
7. Riflessioni conclusive: prospettive di sviluppo per le forme di rendicontazione sociale in sanità

un modello di analisi delle pratiche di rendicontazione nel settore sanitario.

Il modello di analisi è descritto nel § 4 e prende a riferimento il sistema delle relazioni nelle quali sono coinvolte a vario titolo le aziende di erogazione di servizi sanitari (pubbliche e private accreditate). Il modello tende ad evidenziare:

- i soggetti con i quali le aziende entrano in relazione e ai quali esse devono rendere conto (i c.d. *stakeholder*);
- i contenuti specifici delle relazioni azienda-*stakeholder* e le «pressioni» che questi ultimi esercitano nei confronti delle aziende sanitarie;
- i fabbisogni informativi che derivano dal sistema di relazioni così identificato.

L'ipotesi fondamentale di questo scritto, supportata dall'analisi della letteratura e dei modelli di riferimento descritti nei §§ 2 e 3, è che il bilancio sociale rappresenti principalmente uno strumento di comunicazione e di relazione attraverso il quale le aziende cercano di soddisfare i crescenti fabbisogni informativi dei soggetti coinvolti nei processi di erogazione e consumo di servizi sanitari, ma che allo stesso tempo esso possa svolgere delle funzioni più «evolute» collegate ad una gestione sostanziale delle relazioni istituzionali tra azienda sanitaria e il suo ambiente di riferimento.

Il modello di analisi così delineato rappresenta la base di lettura ed interpretazione, nelle parti successive dell'elaborato, delle prime esperienze di rendicontazione sociale delle aziende sanitarie italiane. L'analisi sulle diverse sperimentazioni rappresenta il punto di partenza per sviluppare alcune indicazioni in merito al consolidamento e allo sviluppo di tali pratiche nel panorama sanitario pubblico italiano.

## **2. Le pratiche di rendicontazione sociale e l'evoluzione dei sistemi di *governance* dei servizi sanitari: un inquadramento**

Il bilancio sociale è uno strumento di comunicazione nato nella realtà dell'impresa americana nella prima metà del secolo scorso<sup>2</sup>. Nel settore privato, la rendicontazione sociale è stata interpretata come un meccanismo di rendicontazione della cosiddetta

«responsabilità sociale d'impresa». Lo strumento si propone infatti di rappresentare, oltre alle informazioni rinvenibili nella tradizionale comunicazione economico-finanziaria, anche gli effetti prodotti dall'attività di impresa sulle diverse categorie di portatori di interesse, in termini di impatti sociali e ambientali attuali e futuri. Nel tempo, l'applicazione dello strumento si è estesa settorialmente e geograficamente, pur con forti andamenti ciclici legati all'evoluzione del rapporto tra «economia» e «società». In particolare, il fenomeno della rendicontazione sociale ha riguardato un numero crescente di paesi, interessando non solo la realtà di impresa, ma anche il settore *non profit* e il settore pubblico.

Parallelamente alla diffusione dello strumento, si è assistito negli ultimi dieci anni ad un sostanziale arricchimento delle funzioni assegnate allo strumento stesso. I primi studi empirici, in particolare, enfatizzavano la contrapposizione tra due diversi ambiti di applicazione del bilancio sociale (Burh, 2002):

1) in alcuni casi, il bilancio sociale viene presentato come mero strumento di comunicazione e di relazioni pubbliche (*public relation*), finalizzato principalmente a migliorare l'immagine percepita dell'azienda tramite la diffusione di informazioni generali sull'attività svolta o di informazioni specifiche sulle azioni «sociali» finanziate con fondi propri<sup>3</sup>;

2) in altri casi, il bilancio sociale viene proposto come una leva per il rinnovamento delle strategie e dei sistemi di governo verso il principio della responsabilizzazione e della sostenibilità sociale ed ambientale (si veda per esempio Gray, 1992).

Più recentemente, grazie ad un ulteriore sviluppo dei principi e dei modelli di responsabilità sociale, alla crescita di una consapevolezza diffusa sulle tematiche ambientali e sociali e ad un crescente interessamento e supporto a livello istituzionale<sup>4</sup>, la contrapposizione tra le due funzioni è andata attenuandosi, a favore del riconoscimento della duplice natura e funzionalità che il bilancio sociale può avere per ogni tipo di azienda. Più nello specifico, il bilancio non è visto solo come un meccanismo di comunicazione

esterna, ma anche come uno strumento che, inserito nel più ampio ciclo di programmazione, controllo e rendicontazione aziendale, consente di supportare concretamente l'applicazione di sistemi e scelte di *governance* orientati ad una maggiore *accountability* e sostenibilità.

Se il *trend* sopra descritto vale in generale, nel settore pubblico il «bilancio sociale» assume significati e risponde a logiche in parte differenti. Nell'azienda pubblica, in particolare, la gestione di per sé è orientata alla soddisfazione di obiettivi di natura sociale e il perseguimento dell'equilibrio sul piano economico, patrimoniale e finanziario rappresenta «solo» un vincolo ed una condizione necessaria per il raggiungimento delle finalità istituzionali (Borgonovi, 2003). La rendicontazione sociale, quindi, rappresenta una forma più completa ed efficace di controllo e rappresentazione delle performance complessive dell'azienda pubblica<sup>5</sup> (Marcuccio, 2002; Guarini, 2002; Rogate, 2002).

Allo stesso tempo, e con particolare riferimento al settore pubblico italiano, la rendicontazione sociale rappresenta un'opportunità per:

- dare concreta attuazione ai principi di responsabilizzazione e *accountability* promossi dalle recenti riforme in senso manageriale del sistema pubblico, con particolare riferimento al coinvolgimento di soggetti esterni nella programmazione e valutazione degli interventi pubblici;

- supportare sistemi di *governance* finalizzati al controllo non solo dell'efficacia e dell'efficienza dei processi interni, ma anche dell'efficacia delle relazioni esterne. Il bilancio sociale in tal senso può essere interpretato come uno strumento per la gestione strategica e consapevole delle relazioni tra azienda pubblica e gli altri soggetti che costituiscono il *network* di offerta di servizi pubblici.

Le potenzialità del bilancio sociale nel supportare le suddette funzioni dipendono, inoltre, dalla configurazione e dall'efficacia dei sistemi di *governance*, controllo e rendicontazione concretamente adottati dalle aziende pubbliche. In particolare, nel caso in cui il «tradizionale» sistema informativo aziendale sia già in grado di supportare le esigenze di governo, il bilancio sociale rappresenta

una selezione ragionata di informazioni rilevanti per gli specifici soggetti (*stakeholder*) ai quali il documento è indirizzato. In caso contrario, il bilancio sociale può rappresentare lo strumento attraverso il quale vengono alimentati nuovi flussi informativi e vengono gestite le relazioni tra azienda ed altri soggetti/istituzioni del territorio.

Un'analisi più precisa delle finalità e delle potenzialità del bilancio sociale in ambito pubblico deve pertanto essere effettuata facendo riferimento non solo alle esperienze concrete delle aziende di uno specifico settore/contesto, ma anche al sistema delle relazioni istituzionali attraverso le quali l'azienda opera.

### 3. Rendicontazione sociale e sistema sanitario: le prospettive di analisi

In linea generale, la diffusione delle pratiche di rendicontazione sociale per le aziende sanitarie italiane può essere associata all'effetto congiunto di due «pressioni» ambientali:

- da un lato, l'evoluzione specifica dei meccanismi di governo e funzionamento dei sistemi sanitari, alla luce dei recenti fenomeni di riforma e di riorganizzazione settoriale;
- dall'altro lato, ad una più generale evoluzione del contesto economico e sociale che ha interessato trasversalmente tutti i settori economici e, tra questi, anche il settore pubblico.

Nella prima prospettiva, il bilancio sociale può essere inteso come documento di rendicontazione dell'attività dell'azienda, comprensibile ai differenti portatori di interesse, in grado di arricchire i contenuti dell'*accountability* «istituzionale» nei confronti degli altri soggetti istituzionalmente preposti alla tutela della salute (Regione, altre Aziende sanitarie e ospedaliere, altre organizzazioni del territorio) e dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda svolge il proprio mandato (utenti e collettività).

Nella seconda prospettiva, la diffusione del bilancio sociale è collegata alla crescente «sensibilità» sociale nei confronti dell'operato delle aziende pubbliche e private. In tal senso, il bilancio sociale può essere interpretato come uno strumento di comunicazione

sulle politiche adottate e i risultati ottenuti in termini di responsabilità sociale e sostenibilità ambientale.

### 3.1 L'evoluzione delle dinamiche istituzionali e il rinnovamento degli strumenti di relazione interistituzionale

Il Sistema sanitario è stato negli ultimi anni oggetto di alcune dinamiche di riforma che ne hanno modificato sostanzialmente la configurazione ed il funzionamento. Focalizzando l'attenzione sui cambiamenti che hanno avuto un impatto rilevante sul sistema di relazioni istituzionali dell'azienda sanitaria e sui fabbisogni informativi e di governo che da esso derivano, due sono i fenomeni rilevanti di analisi:

1) il processo di aziendalizzazione delle aziende sanitarie, ed in particolare i suoi effetti in termini di «deintegrazione istituzionale» e crescente interdipendenza delle componenti del sistema sanitario (Del Vecchio, 2003);

2) il processo di «regionalizzazione» del sistema sanitario ed in particolare in termini di crescita di autonomia e rafforzamento del ruolo di governo delle regioni sulle componenti del proprio Sistema sanitario regionale.

Il *processo di aziendalizzazione* delle aziende di servizi sanitari, iniziato a partire dagli anni '90, ha inteso valorizzare l'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende sanitarie e la possibilità delle stesse di adottare le scelte più adeguate per la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione. Ciò ha generato la tendenza ad individuare (ed utilizzare) gli spazi strategici a disposizione in direzione della «specializzazione produttiva» e di una maggiore interconnessione con gli altri soggetti sul territorio. Nel quadro di una sostanziale omogeneità in termini di responsabilità finale della soddisfazione dei bisogni sanitari, le aziende sanitarie locali effettuano specifiche scelte di gestione della funzione di tutela della salute, identificando il proprio posizionamento nei diversi ambiti di assistenza tra l'erogazione diretta dei servizi (ruolo di *provider*) e la garanzia degli stessi alla popolazione tramite l'acquisizione da terzi soggetti erogatori di prestazioni sani-

tarie (ruolo di *purchaser*) (Trincherò, 1996). Questo fenomeno contribuisce a rendere sempre più strategica la capacità di gestire i rapporti con i soggetti del territorio e ad accrescere l'esigenza da parte delle aziende di dotarsi di strumenti di contrattazione/concertazione, comunicazione e rendicontazione adeguati a supportarla<sup>6</sup>.

Inoltre, il riconoscimento della natura di «aziende» alle Asl e della conseguente relativa autonomia di azione e la creazione di spazi di competizione (regolata) del sistema di offerta di servizi sanitari pubblici, implicano che le aziende sanitarie siano sempre più soggette a vincoli di responsabilizzazione e *accountability* dei propri risultati nei confronti della popolazione di riferimento. Le aziende sanitarie sono, infatti, chiamate a:

– rafforzare la capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, attraverso, da un lato, l'affinamento delle metodologie e degli strumenti che permettono di interpretare tali bisogni, dall'altro, l'implementazione delle proprie strategie in servizi ed interventi sul territorio nei limiti dei vincoli economici imposti dal sistema di finanziamento;

– valorizzare e comunicare adeguatamente ai «potenziali» utenti ed agli altri portatori di interessi istituzionali la propria strategia, le iniziative realizzate, i servizi erogati ed i risultati conseguiti.

Il *processo di regionalizzazione* della sanità (inteso come applicazione di scelte di configurazione del sistema di erogazione di servizi sanitari che variano da Regione a Regione) è la conseguenza dei nuovi poteri assegnati dalla legislazione nazionale al livello di governo regionale, che può potenzialmente portare alla formazione di «sistemi sanitari regionali» tra loro molto diversi<sup>7</sup>.

In particolare, le Regioni hanno acquisito ampi margini di autonomia nel settore dell'organizzazione della sanità, pur rimanendo vincolate ad assicurare l'effettiva erogazione di determinati livelli di servizi e prestazioni «minimi» (detti Livelli essenziali di assistenza, o LEA) sulla base delle esigenze specifiche del territorio regionale e a mantenere l'equilibrio economico complessivo; qualora ci sia la possibilità di fare fronte con risorse proprie ai relativi oneri, le singole Regioni

hanno facoltà di implementare i livelli essenziali con la eventuale previsione di ulteriori prestazioni o servizi.

Dal punto di vista delle relazioni tra aziende sanitarie e Regione, i fenomeni richiamati impongono alle aziende sanitarie di alimentare e rafforzare i flussi informativi che supportano le relazioni con l'«ente capogruppo», con particolare enfasi sulle fasi di monitoraggio e di rendicontazione che fanno riferimento alla capacità di rispetto delle «regole di sistema» e di raggiungimento degli obiettivi istituzionali conferiti, sia sotto il profilo clinico-assistenziale, sia sotto il profilo economico-finanziario.

Dal punto di vista delle relazioni tra azienda sanitaria e ambiente di riferimento, infine, le modifiche strutturali sopra menzionate hanno generato l'esigenza di comunicare la natura e l'entità dei cambiamenti intervenuti. In questo senso, l'esigenza è duplice: (i) chiarire *nei confronti dell'ambiente esterno* in che modo è cambiato il ruolo dei diversi attori istituzionali, i punti di contatto e di riferimento con l'azienda, le modalità di relazionarsi con l'ambiente e la collettività; (ii) comunicare *internamente* l'approccio con cui si è affrontato il cambiamento istituzionale o organizzativo. L'organismo personale e le singole persone che lo compongono rappresentano infatti una categoria di interlocutori con la quale l'azienda è chiamata a relazionarsi nel modo più efficace possibile.

### 3.2 La responsabilità sociale nel sistema di tutela alla salute

Come richiamato nelle parti introduttive, le pressioni sociali per un'applicazione concreta di strumenti di gestione «socialmente responsabile» sono un fenomeno «globale» che interessa diversi paesi e diversi settori economici. Ciò nondimeno, l'assistenza sanitaria rappresenta un ambito di attività particolarmente sensibile all'applicazione della responsabilità sociale.

In primo luogo ciò deriva dalla natura stessa dell'attività di cura. Per esempio, vale la pena di ricordare alcuni elementi caratteristici che ricattano sul perseguimento della missione delle aziende sanitarie: l'asimmetria informativa tra paziente e professionisti sanitari in termini di utilità «reale» delle azioni, l'ampia autonomia dei singoli profes-

sionisti, l'elevata capacità da parte dell'offerta di influenzare la domanda di prestazioni sanitarie, l'elevato contenuto emozionale della percezione del bisogno di salute, il rapporto fiduciario tra operatore sanitario e paziente. Come sottolinea Borgonovi (2003), tutti questi elementi fanno sì che il concetto di responsabilità sociale applicato alle aziende di servizi sanitari sia fortemente peculiare rispetto ad altri settori dell'economia. Dove nel caso generale esso si configura come principio di «ottimale temperamento di interessi legittimi», nel caso di specie esso deve essere interpretato con un «consapevole sbilanciamento» delle priorità a favore degli interessi dei pazienti.

In seconda istanza, l'erogazione dell'attività sanitaria può comportare impatti ambientali e sociali rilevanti, ad esempio a causa della produzione di «rifiuti» potenzialmente nocivi e dei flussi di mobilità che convergono sulle strutture sanitarie di rilevanti dimensioni. Il richiamo ai principi della sostenibilità sociale ed ambientale serve pertanto a sottolineare ulteriormente che il perseguimento dei criteri di efficienza ed economicità non possono essere perseguiti a scapito dell'abbassamento della soglia di attenzione del profilo dell'efficacia qualitativa e complessiva degli interventi e degli impatti complessivamente generati dalle aziende.

In sintesi, le dinamiche evolutive del settore sanitario e la peculiare accezione di responsabilità sociale attribuibile alle aziende che in esso operano determinano l'esigenza di valutare in modo più approfondito e specifico la diffusione all'interno di queste ultime delle forme di rendicontazione sociale. Nelle pagine che seguono si illustra un modello di analisi costruito a tal fine e i risultati empirici dell'applicazione di tale modello all'analisi delle pratiche di rendicontazione sociale adottate da alcune aziende «pioniere».

## 4. Un modello di analisi delle pratiche di rendicontazione sociale nel settore sanitario

### 4.1 Le relazioni istituzionali e il sistema di *governance* dell'assistenza sanitaria: esigenze informative

Facendo specifico riferimento alle dinamiche di contesto del sistema sanitario ita-



**Figura 1**

Il sistema delle relazioni istituzionali delle aziende sanitarie

liano emerge che le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate sono al centro di un intenso sistema di relazioni istituzionali che caratterizzano il sistema di erogazione di servizi sanitari sul territorio. Tale sistema, le cui connotazioni di dettaglio possono variare a seconda dei contesti regionali (§ 3.1), è sintetizzato nella **figura 1** nei suoi profili fondamentali.

Da questo sistema di interdipendenze e dalle relazioni che lo costituiscono, scaturiscono una serie di fabbisogni e flussi informativi (**figura 2**). Più nello specifico, le aziende sanitarie sono in relazione con diversi soggetti rispetto ai seguenti profili rilevanti:

1) *con la Regione*, ente capogruppo del *network* sanitario regionale e responsabile della definizione, del coordinamento e del monitoraggio di politiche sanitarie che riguardano, tra l'altro, la realizzazione degli obiettivi di piano sanitario; la realizzazione di progetti di miglioramento, innovazione e riqualificazione dei modelli di assistenza; le informazioni sulle modalità di allocazione delle risorse sugli ambiti di assistenza (sviluppo prospettiva LEA);

2) *con gli altri interlocutori istituzionali*. Nello specifico, le Conferenze dei Sindaci hanno esigenze conoscitive specifiche nei confronti delle Asl in merito:

– alle «politiche sanitarie» intese come strategie di sviluppo dei servizi assistenziali e di allocazione delle risorse in relazione ai destinatari ed alle fasce geografiche;

– all'insieme dei servizi reali offerti dalle aziende sanitarie sul territorio, anche ai fini dell'integrazione programmatica ed operativa nell'ambito socio-sanitario (che di fatto vede una stretta correlazione operativa e in termini di fonti di finanziamento tra Comuni e Aziende sanitarie).

Gli altri interlocutori istituzionali (altre Asl, organizzazioni *non profit*, associazioni di categoria, etc.) possono essere interessati:

– nei confronti delle Aziende sanitarie, ad un confronto sulle politiche sanitarie messe in atto, sui modelli di assistenza adottati e sui progetti di rinnovamento implementati;

– nei confronti degli erogatori privati, alla rendicontazione sul profilo di responsabilità sociale (ad esempio l'eticità dei comportamenti e l'appropriatezza delle prestazioni) e sul sistema di offerta di servizi, anche nell'ottica dell'integrazione del soggetto privato all'interno del sistema sanitario;

3) *con gli utenti* diretti ed indiretti, le esigenze informative prioritarie dei cittadini utenti riguardano la disponibilità, l'accessibilità e la qualità dei servizi, l'equità del consumo delle risorse;

4) *con i cittadini*; nei confronti delle aziende sanitarie locali, la posizione propria del soggetto economico dell'istituto si sovrappone spesso a quella di utente, pur non coincidendo dal punto di vista degli interessi sostanziali (Del Vecchio, 2001). L'interesse informativo dei cittadini riguarda l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, il rispetto dei principi di equità e universalità dell'accesso, il conseguimento dei risultati attesi in termini di salute della popolazione. Nell'attuale configurazione del sistema sanitario, inoltre, gli utenti esprimono specifiche esigenze di comprensione del ruolo e delle attività delle aziende sanitarie. In linea più generale, gli utenti sono portatori di esigenze di conoscenza dell'attività e dei risultati delle aziende sanitarie sotto il vincolo dell'estrema semplificazione dei contenuti tecnici intrinseci nell'ambito sanitario;

5) *con i fornitori*. I fornitori di un'azienda sanitaria sono molteplici e hanno conseguentemente ambiti di interesse specifici. In particolare, le due categorie che si possono isolare sotto questo punto di vista sono i fornitori di beni e servizi (sanitari e non sanitari) e i fornitori di prestazioni sanitarie (principalmente gli erogatori pubblici e privati accre-

**Figura 2**

I fabbisogni informativi nella gestione delle relazioni istituzionali

1. Relazione AS - Regione (Elementi informativi per il governo del gruppo pubblico):
  - Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria rispetto al quadro delineato dalla Regione per il governo dell'assistenza sanitaria
  - Adempimento del «mandato» strategico regionale (quantità, qualità e costo dei servizi erogati, governo dell'offerta e della domanda, raggiungimento di livelli soddisfacenti di efficienza, efficacia ed economicità);
  - Analisi della domanda e del contesto come *feedback* alle scelte di programmazione sanitaria.
2. Relazione AS - Altri interlocutori istituzionali, quali p.e. la conferenze sindaci, le altre Asl (collaborazione per la programmazione e l'erogazione di servizi sanitari «locali» agli utenti finali):
  - Politiche sanitarie realizzate dall'Asl (e concordate con gli altri attori istituzionali);
  - Attività e servizi erogati sul territorio nei vari ambiti di assistenza;
  - Livello di partecipazione nella programmazione, gestione, erogazione e controllo dei servizi.
3. Relazione AS - Utenti dei servizi e cittadini (prestazione di servizi e compartecipazione nelle scelte - *empowerment* e *accountability*):
  - Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria;
  - Qualità e quantità dei servizi disponibili;
  - Livello di equità e conoscenza delle modalità di allocazione delle risorse pubbliche;
  - Risultati di salute ottenuti (outcome).
4. Relazione AS - Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi (controllo dell'adeguatezza e dell'efficienza):
  - Politiche di relazione con i fornitori;
  - Indotto/impatto sull'economia locale.
5. Relazione AS - Risorse umane/personale dipendente e convenzionato (responsabilizzazione, controllo e coinvolgimento):
  - Condivisione della *mission* istituzionale e dei cambiamenti organizzativi;
  - Comunicazione sulle politiche del personale (sistemi di incentivazione e valutazione, politiche di inserimento, relazioni sindacali, etc.);
  - Investimento nella crescita e valorizzazione del personale (formazione, percorsi di carriera, contenuto delle mansioni, etc.).
6. Relazione AS - Ambiente/collettività (uso delle risorse e sostenibilità delle scelte):
  - Utilizzo delle risorse naturali;
  - Coinvolgimento e partecipazione nelle scelte «strategiche».

ditati). In linea generale, gli interessi informativi dei fornitori riguardano: la politica di programmazione degli acquisti/le strategie di aggregazione tra aziende acquirenti, le caratteristiche delle procedure di selezione dei fornitori, la politica di gestione dei pagamenti, le condizioni di solidità e solvibilità delle aziende;

6) *con gli stakeholder «interni» dell'azienda sanitaria.* La principale categoria è rappresentata dal personale dipendente e convenzionato (Mmg, Pls, medici specialisti esterni a contratto). Un'esigenza comune riguarda la condivisione di cambiamenti organizzativi, l'interiorizzazione della missione istituzionale e della valenza sociale dell'operato

aziendale. Un'esigenza specifica riguarda la conoscenza delle politiche del personale; per il personale dipendente esse riguardano la formazione, i sistemi di incentivazione e di valutazione, la possibilità di carriera interna, il profilo delle relazioni sindacali. Rispetto al personale convenzionato le dimensioni di interesse sono più particolari, ad esempio riguardano le modalità di organizzazione (associazioni, UCAD e *team* di cure primarie) e le politiche di incentivazione (*budget* per Mmg), la partecipazione e il coinvolgimento nella programmazione e conduzione di progetti assistenziali (quali ad esempio i programmi di screening o la redazione di PDT integrati tra ospedale e territorio);

7) con il più ampio contesto di riferimento. Si fa in particolare riferimento ai profili ed alle pressioni verso comportamenti sostenibili nella prospettiva della collettività, precedentemente analizzati.

#### 4.2 Le possibili valenze delle forme di rendicontazione sociale in ambito sanitario

Il bilancio sociale può contribuire in maniera significativa a soddisfare i fabbisogni informativi che derivano dal sistema di relazioni individuato. Più nello specifico, il bilancio sociale può svolgere:

- una funzione di comunicazione, dal contenuto informativo e divulgativo, di scelte e decisioni interne o che comunque non costituiscono (in quella forma) oggetto di valutazione esterna;

- una funzione di comunicazione in grado di attivare flussi informativi bi-direzionali a supporto delle relazioni e a soddisfazione delle relazioni di *accountability* che ne discendono. In tal senso il bilancio sociale diventa uno strumento dell'arricchimento dell'*accountability* istituzionale in particolare nei confronti dei livelli superiori di governo (nel caso delle Asl e delle Ao) o dei soggetti istituzionalmente preposti alla tutela della salute (erogatori privati).

La finalizzazione dello strumento, ovvero il suo utilizzo concreto all'interno dell'azienda sanitaria, non è ad oggi definito né a livello istituzionale, né a livello professionale. L'analisi empirica sulle caratteristiche della rendicontazione sociale, oggetto dei seguenti paragrafi, consente pertanto di inferire sul ruolo concretamente svolto dallo strumento.

### 5. Bilancio sociale, di mandato e di missione: una presentazione degli strumenti di rendicontazione sociale utilizzati dalle aziende sanitarie

#### 5.1 Le aziende coinvolte e le «tipologie» di documenti realizzate<sup>8</sup>

Ad oggi sono stati resi pubblici 13 documenti, variamente denominati, che rientrano nella più ampia categoria della «rendicontazione sociale», così come è stata definita nei paragrafi precedenti. Si tratta in particolare

di 11 bilanci sociali di aziende pubbliche (10 Asl e 1 Ao) e di 2 bilanci sociali di istituti clinici privati accreditati<sup>9</sup> (tabella 1).

Le aree di maggiore diffusione di adozione volontaria dello strumento sono la Lombardia (3 esperienze), la Toscana (due già realizzate ed una in corso di realizzazione nella realtà dell'Asl di Lucca) e il Piemonte (le due esperienze nell'Asl di Como e di Biella). L'Emilia-Romagna costituisce realtà a sé in quanto con propria legge (L. reg. 23 dicembre 2004, n. 29) ha reso obbligatoria per le aziende sanitarie la presentazione, unitamente al bilancio d'esercizio, di un «bilancio di missione» nel quale le Asl rendono conto del perseguimento degli obiettivi gestionali e di salute assegnati dalla Regione e concertati con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie. Il provvedimento è stato seguito dalla pubblicazione, da parte dell'Agenzia sanitaria regionale, di un manuale per redazione del documento, che ne prevede la struttura espositiva ed i contenuti minimi.

Ad oggi, il livello di continuità delle esperienze di rendicontazione sociale può dirsi molto basso. La quasi totalità dei casi conta un'unica edizione, con le uniche eccezioni dell'Asl di Biella (tre anni consecutivi di redazione) e dell'Asl di Ferrara (due edizioni). La prima edizione viene generalmente definita nei documenti stessi come «primo passo di un percorso di trasparenza e comunicazione più ampio», anche se ad oggi è difficile comprendere se le molte «prime edizioni» datate 2003 siano invece destinate a rimanere un «esercizio di stile» *una tantum*.

Dall'osservazione dei documenti si può osservare l'esistenza di differenti forme di rendicontazione sociale. A fianco dei «tradizionali» bilanci sociali (rivolti alla generalità degli interlocutori ed in particolare agli utenti ed al pubblico non addetto ai lavori), alcune Asl hanno redatto dei «bilanci di mandato» (Asl Lecco), con l'obiettivo di comunicare le politiche gestionali perseguite ed i maggiori risultati realizzati dalla direzione aziendale, in coincidenza con la fine del mandato amministrativo. Altre aziende ancora hanno redatto documenti in cui «si raccontano» (Rapporto Salute, Asl Città di Milano), ad esempio in concomitanza di cambiamenti negli assetti organizzativi e istituzionali che le coinvolgono direttamente. Nel caso dell'Emilia-Romagna, lo strumento di rendicontazione sarà



Nome azienda	Documento	N. edizioni	Data prima edizione	Periodo considerato
Ao Padova	Bilancio sociale	1	2004	2003
Asl Biella	Bilancio sociale	3	2002	2001; 2002; 2003
Asl Chiavari	Bilancio sociale	1	2004	2003
Asl Città di Milano	Rapporto salute: <i>tre anni di cambiamento istituzionale ed organizzativo nel sistema dei servizi</i>	1	2001	triennio 1998-2000
Asl Como	Bilancio di mandato	1	2004	1999-2003
Asl Emilia-Romagna	Bilancio di missione	-	-	(annuale)
Asl Ferrara (*)	Bilancio sociale	2	1999	biennio 1997-1998; 1999
Asl Firenze	Bilancio sociale	1	2004	2003
Asl Lecco	Relazione di fine mandato: <i>cinque anni al servizio della salute</i>	1	2003	quinquennio 1998-2002
Asl Monza	Bilancio sociale: <i>dodici mesi al servizio della centralità del cittadino</i>	1	2005	2004
Asl Roma D	Bilancio sociale	1	2004	2003
Asl Viareggio	Bilancio sociale: <i>informazioni per l'uso) l'Usl</i>	1	2004	2003
Domus Nova (Ravenna)	Bilancio sociale	1	2004	2003
Villa Fiorita Spa (Perugia)	Bilancio sociale	1	2005	2003

**Tabella 1**  
Scheda anagrafica delle esperienze di rendicontazione sociale  
(\*) Esperienza realizzata precedentemente all'introduzione per via normativa del Bilancio di missione

regolato e vincolato a contenuti minimi, per esigenze di *accountability* regionale e governo di gruppo pubblico.

## 5.2 Le finalità dichiarate

Nella generalità dei casi, i *report* sociali chiariscono, generalmente nella premessa o nell'introduzione al documento, le motivazioni che ne hanno dettato l'adozione, le finalità ad esso assegnate e il processo che ha portato alla sua redazione. Dall'analisi delle finalità dichiarate emerge una forte eterogeneità, passando dall'identificazione del bilancio sociale come mero strumento di comunicazione, mediante cui illustrare l'attività dell'azienda ad un vasto insieme di interlocutori esterni (Asl Firenze, Asl Viareggio), all'interpretazione dello stesso quale strumento di valutazione dell'operato aziendale, deputato a misurare in termini sociali il risultato, le azioni e le scelte che un'azienda pone in essere, con particolare riferimento agli effetti che esse producono sulle principali categorie di soggetti con le quali essa si relaziona (Asl Biella). Tra le diverse categorie di *stakeholder* spesso l'importanza maggiore è indirizzata al gruppo degli *stakeholder* interni: il bilancio sociale in questi casi assume

valenze «interne», è finalizzato a far riflettere l'azienda sulla propria struttura e/o il modo di operare e ad esplicitare e verificare le proprie «strategie sociali» (Domus Nova, Asl di Chiavari).

Elemento comune a tutte le definizioni è l'indicazione del carattere «esplicativo» del documento: il bilancio sociale è un documento che deve essere comprensibile (rispetto alle capacità di lettura degli interlocutori esterni ed in particolare «non addetti ai lavori») ed esaustivo (nel soddisfare gli interessi informativi dei destinatari e rappresentare gli impatti dell'attività aziendale).

Un aspetto sottolineato da molti documenti è il ruolo del bilancio sociale quale strumento di gestione delle relazioni con gli interlocutori (Asl Lecco) ed in particolare dei soggetti istituzionali sul territorio (Asl di Como); tale valenza è legata prevalentemente alle modalità di utilizzo dei documenti di rendicontazione, piuttosto che ai suoi contenuti specifici (tabella 2).

## 5.3 I modelli di rendicontazione e la struttura dei documenti

Secondo quanto espressamente citato nei documenti stessi, i bilanci sociali sono spes-

Tabella 2

Le finalità dichiarate del documento

AZIENDA	IL BILANCIO SOCIALE SERVE A ...
Asl di Biella	<p>(...) far comprendere la complessità dell'operato e a rendere sistematicamente disponibili le informazioni necessarie ai cittadini per esercitare i propri diritti</p> <p>(...) informazione, comunicazione, verifica delle relazioni con gli <i>stakeholder</i></p>
Asl di Chiavari	<p>(...) misurare in termini sociali il risultato, le azioni e le scelte che un'azienda pone in essere, con particolare riferimento agli effetti che esse producono su tutte le categorie di soggetti con le quali essa si relaziona</p> <p>(...) aumentare la consapevolezza interna all'azienda sul proprio operato</p>
Asl Como	<p>(...) uno strumento che consente di rappresentare l'operato svolto, di rilevarne gli aspetti qualificanti e di prefigurare possibili sviluppi del complesso sistema in cui si muove la sanità</p> <p>(...) un'occasione di comunicazione e di dialogo aperto con il territorio attraverso i suoi rappresentanti: gli amministratori degli enti locali e i principali esponenti pubblici e privati del mondo sanitario e socio-sanitario</p>
Asl Ferrara	<p>(...) rendicontare in modo efficace il contenuto di socialità dell'agire, ovvero gli elementi per i quali gli <i>stakeholder</i> possono porre fiducia nell'organizzazione</p> <p>(...) come risposta alla necessità di integrare le informazioni contenute nel tradizionale bilancio economico al fine di capire, gestire e comunicare i rapporti tra aziende e i suoi interlocutori</p>
Asl Firenze	<p>(...) mostrare ai propri soci alle istituzioni ed alla gente qual è il valore aggiunto della propria attività</p> <p>(...) rappresenta il percorso ideale per illustrare come sono state impiegate le risorse assegnate, quali sono stati i risultati ottenuti e qual è stato l'impatto sul territorio delle azioni messe in atto</p>
Asl di Lecco	<p>(...) agevola la comunicazione e la valutazione della dimensione sociale in cui opera l'azienda, nonché la gestione delle relazioni tra l'azienda e gli <i>stakeholder</i> al fine di trasmettere agli stessi il valore economico prodotto dall'azienda per loro</p>
Asl Città di Milano	<p>(...) rendere comprensibile la complessità dell'azienda, in modo che il maggior numero possibile di soggetti possa capirne la struttura e le attività</p> <p>(...) comunicare i valori che ispirano la condotta aziendale</p>
Ao di Padova	<p>(...) dare evidenza dei risultati raggiunti dall'azienda per i numerosi soggetti che in modo diretto o indiretto ne sono destinatari o comunque interessati</p>
Asl Roma D	<p>(...) strumento di gestione che permette la comunicazione della dimensione sociale dell'attività aziendale e consente il monitoraggio delle relazioni tra un'azienda e i cosiddetti <i>stakeholder</i></p>
Asl Viareggio	<p>(...) valorizzare la comunicazione con i cittadini di tutta la Versilia, per permettere loro di avere una visione a 360° sull'attività aziendale</p>
Modello Emilia-Romagna	<p>(...) valutare i risultati raggiunti in relazione alle finalità istituzionali da parte di soggetti esterni alla gestione</p>
Domus Nova	<p>(...) un'esperienza compiuta lavorando prima di tutto su se stessa; una riflessione per irrobustire la nostra attività, aumentando la capacità di valutarne l'ampiezza e la profondità</p> <p>(...) predisporre una base informativa pubblica accessibile a tutti coloro che hanno interesse alle caratteristiche ed agli orientamenti di Domus Nova</p>
Villa Fiorita	<p>(...) fornire agli <i>stakeholder</i> un quadro complessivo delle performance della società aprendo un processo iterativo di comunicazione sociale</p> <p>(...) il punto di partenza di un processo di miglioramento</p>

Standard di riferimento richiamato	Aziende
<i>Gruppo di studio sul Bilancio sociale</i>	A.o. Padova, Asl di Biella; Asl di Lecco; Asl Roma D, Asl Chiavari, Asl Lucca; Villa Fiorita, Domus Nova
<i>Accountability 1000</i>	Asl di Biella, Asl Roma D
<i>Global Responsibility Iniziative</i>	Asl di Biella
<i>Istituto europeo sul Bilancio sociale</i>	Asl Città di Milano (certificazione conformità), Asl Chiavari, Asl Monza
<i>Q-RES</i>	Asl Chiavari

**Tabella 3**

Gli standard di riferimento nel campione di aziende analizzato

so ispirati a «modelli di rendicontazione» conosciuti a livello nazionale o internazionale. Ad oggi esiste una molteplicità di standard e principi di riferimento, che riguardano il processo di rendicontazione o le caratteristiche dei documenti in termini di contenuto e struttura (per ulteriori approfondimenti Hinna, 2003). Gli standard sono solitamente generali ed applicabili alle aziende indipendentemente dal settore di appartenenza. Esistono peraltro anche standard di rendicontazione specifici, che riguardano ad esempio il settore *non-profit* (standard Q-RES) o le amministrazioni pubbliche (standard GBS, documento di applicazione al settore pubblico).

L'analisi empirica evidenzia che la generalità delle aziende del campione si è ispirata ai principi redatti dal GBS (Gruppo di studio sul Bilancio sociale), pur senza rispettarne in maniera puntuale l'impostazione. In particolare i documenti realizzati dalle aziende pubbliche non presentano la sezione denominata «Produzione e distribuzione del valore aggiunto», ritenuta probabilmente troppo tecnica o non particolarmente significativa ai fini della rendicontazione di questo tipo di aziende. Su questo punto fa eccezione l'Azienda ospedaliera di Padova che riporta una sezione specifica destinata alla riclassificazione dei dati economici e di bilancio.

Risultano presi in riferimento in misura minore altri principi nazionali ed internazionali, in particolare il modello dell'Istituto europeo per il Bilancio sociale e il modello Accountability 1000. Ad oggi, l'unico standard di redazione specificamente elaborato per il settore sanitario è il modello del «bilancio di missione» delle aziende sanitarie locali elaborato dalla Regione Emilia-Romagna, che peraltro sarebbe solo in parte potenzialmente generalizzabile, in quanto fortemente legato

al contesto territoriale e ricollegato a specifiche scelte di politica sanitaria dell'ente regionale (tabella 3).

Per quanto riguarda la struttura espositiva, i documenti analizzati si presentano tra loro molto differenti per lunghezza complessiva ed organizzazione interna. A documenti di taglio divulgativo con un numero di pagine contenuto (Asl di Viareggio, 40 pp.; Clinica Villa Fiorita, 45 pp.) si alternano rapporti più complessi e strutturati (Asl di Chiavari, 165 pp.; Asl Firenze, 117 pp., Asl Roma D, 104 pp.). In linea più generale, gli elementi comuni si riscontrano nella presenza, in tutti i casi analizzati, di due sezioni specifiche:

- quella dedicata all'identità aziendale, che illustra la missione aziendale, gli assetti istituzionali ed organizzativi, i principi e la strategia di riferimento;
- quella denominata relazione sociale, che analizza il valore generato nei differenti ambiti di attività e gli impatti prodotti dalla stessa.

L'articolazione interna di quest'ultima sezione non è peraltro omogenea. Nella maggioranza dei casi il punto di riferimento per la presentazione di risultati ed attività è la categoria di soggetti portatori di interesse (Ao Padova, Asl Biella, Asl Chiavari, Città di Milano, Asl Lecco, Asl Roma D, Clinica Domus Nova). Sono solitamente considerate le seguenti categorie: utenti (osservati secondo varie segmentazioni: per fasce di età, per condizioni di salute, etc.), risorse umane (dipendenti e personale convenzionato) i soggetti istituzionali (Regione, Comuni, organizzazioni *non profit*), i fornitori e i partner (organizzazioni erogatrici di prestazioni

sanitarie collegate), i media, l'ambiente. Alternativamente, vengono utilizzate come categorie logiche per la presentazione dei risultati alcune «aree di rendicontazione» che possono corrispondere ai tre macro-livelli essenziali di assistenza, alle unità organizzative di primo livello o a famiglie di servizi e prestazioni erogate (si vedano il modello emiliano-romagnolo e i documenti dell'Asl di Como, Asl Ferrara, Asl Monza e Asl Viareggio). Non mancano d'altra parte impostazioni «ibride» tra le due precedenti (Villa Fiorita, Asl Firenze).

### 6. Bilancio sociale e *governance* delle relazioni istituzionali: i risultati dell'analisi

Alla luce delle intenzioni espresse dalle aziende nei propri documenti di rendicontazione, si può affermare che la diffusione del bilancio sociale nelle aziende del settore sanitario sia potenzialmente collegata al perseguimento di tre finalità: i) arricchire le capacità di comunicazione con l'esterno; ii) consentire una valutazione da parte dei portatori di interesse sulle performance e gli impatti generati dall'azienda; iii) gestire le relazioni con i principali *stakeholder*.

In tutti tre i casi, alla rendicontazione sociale è attribuita una funzione informativa nei confronti dei soggetti interni ed esterni all'azienda. Al fine di valutare l'orientamento, l'efficacia e la focalizzazione di tale funzione informativa nei singoli casi presi in considerazione, è necessario leggere i documenti sotto le seguenti prospettive:

- chi sono i destinatari principali del documento?
- quali esigenze informative vengono privilegiate?
- in che modo sono presentate le informazioni contenute nei documenti?

Per i primi due ambiti di analisi può essere utilizzato il modello interpretativo delle relazioni istituzionali che coinvolgono le aziende sanitarie presentato nel § 4. Le categorie di interlocutori e le rispettive esigenze informative nei confronti dell'azienda possono costituire una *check-list* per l'analisi del contenuto e l'evidenziazione dei punti di comunanza e differenziazione tra i differenti documenti (§ 6.1).

Per il terzo ambito di indagine si può ricorrere ad un'analisi qualitativa sul livello di leggibilità dei documenti, al fine di determinare l'accessibilità agli stessi da parte di un vasto pubblico non addetto al settore (§ 6.2).

L'insieme dei risultati sull'analisi dei contenuti permetterà di determinare il livello di coerenza e di efficacia complessiva dei documenti quali strumenti di *reporting* indirizzati a determinati portatori di interesse (§ 6.3).

#### 6.1 Il contenuto informativo dei bilanci<sup>10</sup>

I risultati dell'analisi sui destinatari privilegiati dei bilanci e le dimensioni informative maggiormente valorizzate sono presentati in una serie di tabelle successive (**tabelle da 4 a 6**).

La **tabella 4** presenta gli elementi informativi comuni che sono generalmente presenti nei documenti analizzati, classificandoli in base alla categoria di portatore di interesse ed alle relative esigenze informative nei confronti dell'azienda.

I contenuti comuni riguardano in linea generale: i) elementi descrittivi che consentono di inquadrare l'azienda, la sua storia, i suoi valori e il tipo di servizi svolti; ii) dati ed indicatori specifici rispetto alle singole esigenze informative dei portatori di interesse, spesso riconducibili a dati sull'attività e gli *output* realizzati. Si nota anche un forte utilizzo di indicatori statistici, prevalentemente in funzione di analisi del contesto e solo raramente utilizzati per la valutazione degli impatti o la valutazione specifica di quanto ottenuto rispetto agli obiettivi programmati. Le informazioni economico-finanziarie sono generalmente riportate nella prospettiva complessiva dell'azienda (equilibrio economico, composizione di costi e ricavi), in alcuni casi vengono utilizzate per rendicontare il valore generato nei confronti dei portatori di interessi (costi per Livelli essenziali di assistenza, prospetto di ripartizione del valore aggiunto).

La **tabella 5**, evidenzia i principali elementi «caratterizzanti» delle singole esperienze di rendicontazione sociale secondo la medesima classificazione utilizzata per la **tabella 4**.

Dalla lettura combinata delle tabelle 4 e 5 si può notare in linea generale che l'at-

Tabella 4

Gli elementi informativi comuni ai diversi BS

CHI	CHE COSA	CONTENUTO dei BILANCI
Regione	<b>Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria</b>	Analisi degli assetti organizzativi dell'azienda (dipartimentalizzazione, sviluppo organizzativo, etc.) Visione strategica per gli anni rendicontati (da piano strategico, PAL, etc.)
	<b>Adempimento del mandato strategico regionale</b>	Dati di produzione delle proprie strutture/sul territorio (n. Drg e n. prestazioni specialistiche) Dati di capacità di offerta delle proprie strutture/sul territorio (a livello complessivo o più dettagliati: per branca nosologica, per ricoveri/prestazioni specialistiche/assistenza residenziale) Dati di appropriatezza e di attrazione/fuga
	<b>Analisi della domanda e del contesto</b>	Analisi demografiche (struttura della popolazione, indice vecchiaia e dipendenza, indice immigrazione/emigrazione) Analisi del quadro epidemiologico del territorio e delle principali patologie curate
Altri interlocutori istituzionali (Conferenze sindaci, altre Asl)	<b>Politiche sanitarie realizzate dall'Asl</b>	Analisi della «catena» di programmazione dell'azienda (Prs, Piano strategico, programma annuale, piani operativi delle Uo.) e degli ambiti di condivisione/concertazione con soggetti terzi
	<b>Attività e servizi erogati sul territorio nei vari ambiti di assistenza</b>	Strategie «sociali» dell'azienda, ovvero declinate a seconda degli ambiti di intervento o degli <i>stakeholder</i>
	<b>Livello di partecipazione</b>	
Utenti e cittadini	<b>Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria</b>	Storia dell'azienda Contesto normativo (assetti istituzionali dalla regionalizzazione) Modalità di risposta dell'Asl ai vari bisogni di assistenza e salute della popolazione
	<b>Qualità e quantità dei servizi disponibili</b>	N. utenti dei servizi, capacità di presa in carico e quantità di prestazioni erogate (assistenza ospedaliera e territoriale; modalità di assistenza, ricoveri ordinari/DH-DS) Progetti di innovazione nelle modalità di assistenza per particolari patologie/destinatari (in particolare per l'assistenza territoriale) Indagini <i>customer satisfaction</i> (differenti ambiti di analisi: confort alberghiero, strutture ospedaliere o della Asl; qualità complessiva assistenza, immagine aziendale, rapporto medico-paziente, qualità assistenza infermieristica); reclami e segnalazioni all'Urp per tipologia
	<b>Livello di equità e conoscenza delle modalità di allocazione delle risorse pubbliche</b>	Bilancio del cittadino virtuale per LEA (Livelli essenziali di assistenza)/ripartizione dei costi complessivi per ambito di assistenza
	<b>Risultati di salute ottenuti (outcome)</b>	Quadro dei bisogni di salute della popolazione: speranza di vita, patologie a maggiore incidenza, cause di mortalità, tasso di ospedalizzazione Capacità di copertura della popolazione target per vaccinazioni, <i>screening</i> e altri interventi preventivi
Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi	<b>Politiche di relazione con i fornitori</b>	Valore dei beni, servizi e prestazioni sanitarie acquisiti; ripartizione per tipologia Valore acquisizione prestazioni da privati convenzionati (ricovero, specialistica e ass. residenziale, trasporti)
	<b>Indotto/impatto sull'economia locale</b>	
Risorse umane/personale dipendente e convenzionato	<b>Condivisione della <i>mission</i> istituzionale e dei cambiamenti organizzativi</b>	In alcuni casi si riportano i valori dell'organizzazione (tra i maggiormente citati: qualità, responsabilità, lealtà, servizio, collaborazione, condivisione degli obiettivi partecipazione, crescita personale, innovazione, professionalità, legalità, ascolto, ricerca del consenso)
	<b>Comunicazione sulle politiche del personale</b>	Profilo qualitativo-quantitativo del personale dipendente (personale per categoria professionale e ruolo, anzianità funzionale, sesso) e del personale convenzionato (Mmg-Pls-professionisti esterni) Indagine di clima aziendale mutuata da FIASO
	<b>Investimento nella crescita e valorizzazione personale</b>	Formazione (ore/giornate, costi, partecipanti) Relazioni sindacali (descrizione sigle, attività sindacali) Sistemi di valutazione e incentivazione (qualitativo) Sicurezza (infortuni e attività di controllo su personale esposto a rischi lavorativi)
Ambiente e Comunità	<b>Sostenibilità dell'attività aziendale: utilizzo risorse naturali e creazione di valore per il sociale</b>	Attività di igiene pubblica (n. controlli, n. ore di impegno), controllo su ambienti di vita e di lavoro, regolazione di attività commerciali, applicazione di normative di sicurezza Impatto ambientale dell'attività aziendale (consumi, rifiuti)
	<b>Coinvolgimento e partecipazione</b>	Principalmente modalità attraverso le quali gli utenti e gli interessati possono comunicare ed interagire con l'azienda (raramente azioni di partecipazione e coinvolgimento direttamente collegata all'esperienza di bilancio sociale)

Tabella 5  
Gli elementi informativi caratterizzanti

CHI	CHE COSA	ASL FERRARA (1998)	ASL EMILIA-ROMAGNA	DOMUS NOVA	VILLA FIORITA	ASL COMO
Regione	Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria		Sezione «Innovazione e ricerca»: aree di ricerca, fonti di finanziamento, valorizzazione ruolo comitato etico			Sezione «elementi qualificanti della gestione»: sistema informativo, controllo di gestione e sistema di budget e introduzione laboratorio di sanità pubblica
	Adempimento del mandato strategico regionale	Dati di efficienza produttiva (calcolo costo pieno per Dvg) Analisi della configurazione organizzativa e delle prestazioni delle Uo aziendali	Indicatori di dotazione, di appropriatezza e di efficacia clinica per ogni LEA (sezione «Profilo aziendale») Sezione «strumenti di gestione e governo del rischio»	Rendicontazione su rispetto degli obiettivi generali di politica sanitaria pubblica (in particolare lunghezza degenza e liste di attesa)	Coerenza tra la programmazione regionale e la capacità produttiva/il volume di prestazioni effettivamente erogati	Paragrafo «Evoluzione dei consumi sanitari»: analisi dell'entità e tipologia di spesa per distribuzione diretta Analisi analitica dell'equilibrio economico negli anni di mandato Relazione sociale organizzata per LEA Certificazioni di qualità ottenute dalle strutture dell'azienda
Altri interlocutori istituzionali (Conferenze sindacali, altre Asl)	Analisi della domanda e del contesto	Analisi epidemiologica detagliata della popolazione				Sezione «Governare dell'offerta e della domanda»: rendicontazione su strumenti utilizzati e risultati ottenuti; Sezione «Caratteristiche del territorio»
	Politiche sanitarie realizzate dall'Asl		Sezione «obiettivi istituzionali e strategie aziendali»			
Urenti e cittadini	Attività e servizi erogati sul territorio nei vari ambiti di assistenza					Strategie per la riduzione del tasso di ospedalizzazione sul territorio Analisi legge 328/00 e del suo impatto a livello di forme di gestione dei servizi sociali e socio-assistenziali
	Livello di partecipazione		Sezione «sistema di relazioni e strumenti di comunicazione» Sezione obiettivi istituzionali: partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	Informazioni sulla gestione tributaria (ricorso al condono e valore dello stesso) e previdenziale (contenzioso con l'Inps)		
Urenti e cittadini	Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria			N. assistiti e valore delle prestazioni erogate in regime convenzionato e privatistico	N. assistiti e valore delle prestazioni erogate in regime convenzionato e privatistico	
	Qualità e quantità dei servizi disponibili	Analisi dell'uniformità di accesso (matrice punti di accesso/prestazioni erogate) Rendicontazione risultati APQ (analisi partecipata qualità) di strutture e servizi		Analisi dei servizi accessori (refertazione on line, assistenza psicologica e religiosa, etc.) Sezione su tutela diritti persone assistite (privacy)	Descrizione delle linee di intervento per il miglioramento e l'ampliamento delle strutture e delle attrezzature sanitarie N. assistiti e valore delle prestazioni erogate in regime convenzionato e privatistico	Riduzione tempi di attesa percorso di invalidità civile
Urenti e cittadini	Livello di equità e conoscenza delle modalità di allocazione delle risorse pubbliche	Equità: spiegazione normativa per esenzione da pagamento farmaci; ripartizione costo per produzione/per acquisizione di prestazioni	Informazioni su universalità ed equità di accesso (interventi su struttura di offerta, azioni di sostegno a accesso servizi, equità distributiva tra distretti)			Elaborazione costo per assistito; per servizi di supporto (costo del personale per assistito)
	Risultati di salute ottenuti (outcome)					

(segue) **Tabella 5**  
 Gli elementi informativi caratterizzanti

CHI	CHE COSA	ASL FERRARA (1998)	ASL EMILIA-ROMAGNA	DOMUS NOVA	VILLA FIORITA	ASL COMO
Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi	Politiche di relazione con i fornitori			Attività di «accreditamento» dei fornitori Valore degli acquisti da fornitori certificati ISO	Analisi del processo di «accreditamento» dei fornitori e dei principi adottati per la selezione degli stessi	Sezione controllo dell'offerta: strumenti e meccanismi di programmazione sanitaria
	Indotto/impatto sull'economia locale		Valore beni e servizi da fornitori locali	Valore beni e servizi da fornitori locali		
Risorse umane/personale dipendente e convenzionato	Condivisione della <i>mission</i> istituzionale e dei cambiamenti organizzativi	Le parti sulle attività assistenziali sono simili a <i>report</i> di controllo di gestione (funzione di visibilità interna dei dati) Progetti di accreditamento interno e gestione della qualità	Paragrafo su <i>clinical governance</i> : «partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa»		Valutazione della qualità dei processi caratteristici aziendali (processo di accettazione, di ricovero, di gestione delle sale operatorie, di fisioterapia)	Sezione «cure primarie e continuità assistenziale»: focus su ruolo MMG e su strategie sviluppate: politica del farmaco, percorsi diagnostico terapeutici, assistenza protesica, campagne vaccinali
	Comunicazione sulle politiche del personale	Strumenti di valutazione ed incentivazione del personale: metodologia adottata dal Nucleo di valutazione, entità e ripartizione del fondo di incentivazione	Sezione «condizioni di lavoro, competenze del personale e efficienza dell'organizzazione»	Profilo del personale: focus su provenienza geografica e profilo di studio del personale Sicurezza sul luogo di lavoro: analisi degli aspetti di criticità evidenziati dal Servizio protezione e prevenzione aziendale		
Ambiente e Comunità	Investimento nella crescita e valorizzazione personale	Analisi del piano formativo con evidenziazione dei fabbisogni rilevati e delle linee di intervento prioritarie		Formazione: calcolo crediti ECM e calcolo del numero e del costo delle ore di formazione retribuite		
	Sostenibilità dell'attività aziendale: utilizzo risorse naturali e creazione di valore per il sociale		Paragrafo impatto sul contesto territoriale: «economico» contributo all'economia del territorio, - «sociale» riconoscimento della funzione sociale dell'azienda (lasciti e donazioni), «culturale» contributo Asl a sviluppo di politiche di valorizzazione patrimonio storico, artistico e culturale		Sintesi del regolamento aziendale per la gestione dei rifiuti, in particolare sanitari	
	Coinvolgimento e partecipazione	Area di intervento congiunte tra ARPA e Asl in campo ambientale: analisi delle attività realizzate		Donazioni dalla comunità ravennate Le iniziative di impegno sociale della clinica: sostegno a ONLUS, organizzazione di eventi informativi		Dati sui risultati delle campagne di prevenzione collettiva ed in ambienti di vita e di lavoro; rendicontazione situazione fenomeni sociali a rischio

(segue) Tabella 5

Gli elementi informativi caratterizzanti

CHI	CHE COSA	A.O. PADOVA	ASL BIELLA	ASL CHIAVARI	ASL CITTÀ DI MILANO
Regione	<b>Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria</b>	Rendicontazione attività dei centri di ricerca scientifica regionali			Appendice sull'articolazione aziendale: organigramma e funzionigramma dettagliato (a seguito dell'accorpamento)
	<b>Adempimento del mandato strategico regionale</b>	Analisi dell'equilibrio economico e della struttura patrimoniale sotto il profilo della solidità e solvibilità (commento al bilancio economico-patrimoniale) Cruscotto per il «controllo strategico» dell'attività clinica (indicatori di complessità, di utilizzo della capacità produttiva, di appropriatezza, etc.)	Rendicontazione delle attività di quadrante per la realizzazione del PSR; regolazione attività libero-professionale, integrazione con territorio, orientamento ospedaliero all'acuzie, il potenziamento tecnologico Obiettivi di miglioramento della gestione per l'anno successivo	Focus su interventi di riordino della rete ospedaliera sul territorio Analisi degli Investimenti tecnologici e strumentali realizzati Rendicontazione livello di realizzazione degli obiettivi clinici dettati dalla regione (tipologie e modalità di ricovero, Drg a rischio inappropriata)	
	<b>Analisi della domanda e del contesto</b>		Indicatori demografici specifici: indice di fecondità, indice di carico per donna in età feconda Analisi variazione struttura economia locale Analisi della mobilità attiva e passiva per gruppi di specialità e provenienza/destinazione		
Altri interlocutori istituzionali (Conferenze sindaci, altre Asl)	<b>Politiche sanitarie realizzate dall'Asl</b>	4. «Strategie sociali» dell'azienda e analisi dei benefici per gli <i>stakeholder</i> (riqualificazione dell'offerta, integrazione servizi con Asl, introd. sistemi qualità, riqualificazione edilizia)			
	<b>Attività e servizi erogati sul territorio nei vari ambiti di assistenza</b>				Analisi e commento dei progetti e dei servizi innovativi nei vari ambiti di assistenza, con evidenziazione del ruolo dei partner istituzionali (Sezione «l'Asl e l'utenza»)
	<b>Livello di partecipazione</b>	N. associazioni di volontariato che collaborano con l'A.O. (n. volontari e n. ore di impegno totali) Condivisione dei servizi amministrativi e di supporto con l'Asl (analisi)	Analisi dei rapporti e ambiti di collaborazione con associazioni ed altri enti sul territorio	Analisi dell'acquisizione di prestazioni di assistenza per i residenti (ambiti di assistenza con presenza di privato, volumi di prestazione)	Sezione «l'Asl e le istituzioni»: descrizione ambiti di concertazione e di co-programmazione o co-gestione con privato non profit e for profit
Utenti e cittadini	<b>Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria</b>			Suddivisione tra funzioni di «produzione» e di «tutela»	Ripartizione tra ruolo di acquirente e di erogatore dell'Asl
	<b>Qualità e quantità dei servizi disponibili</b>		Risultati raggiunti e obiettivi di miglioramento per categoria di destinatari dei servizi Capacità e tipologia di presa in carico per determinate patologie (disabili, psichiatrici) Spiegazione delle modalità di accesso ai servizi e dei percorsi di assistenza e cura per specifiche categorie di assistiti	Indicazioni e «mappe» su punti di accesso e di erogazione ai servizi (assistenza territoriale)	
	<b>Livello di equità e conoscenza delle modalità di allocazione delle risorse pubbliche</b>				
	<b>Risultati di salute ottenuti (outcome)</b>	Tasso di riopero per tipologia di intervento	Tasso di copertura di <i>screening</i> e vaccinazioni (prestazioni/popolaz. target)		



(segue) Tabella 5  
Gli elementi informativi caratterizzanti

CHI	CHE COSA	A.O. PADOVA	ASL BIELLA	ASL CHIAVARI	ASL CITTÀ DI MILANO
Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi	Politiche di relazione con i fornitori	Tempi medi di pagamento dei fornitori Incidenza dei debiti verso fornitori sul valore della produzione		Analisi procedure di selezione dei fornitori (acquisti «sotto soglia»); analisi degli strumenti di programmazione/regolazione dell'offerta privata accreditata Analisi del valore e della tipologia di prestazioni sanitarie offerte dagli erogatori privati	Descrizione strumenti negoziali e di programmazione per rapporti con erogatori accreditati Spiegazione del sistema di controllo della spesa pubblica
	Indotto/Impatto sull'economia locale				
Risorse umane/personale dipendente e convenzionato	Condivisione della <i>mission</i> Istituzionale e dei cambiamenti organizzativi		Commento sugli strumenti di sviluppo organizzativo (esempio: procedure per progressioni interne)	Analisi e rendicontazione dei progetti di rinnovamento interni e nei modelli di organizzazione delle attività assistenziali (valenza «gestionale»)	Lo sviluppo organizzativo; rendicontazione evoluzione assetti organizzativi post L. reg. 31/1997; analisi sviluppo organizzativo (aggregazione 6 Asl)
	Comunicazione sulle politiche del personale	Analisi delle progressioni verticali e orizzontali Risultati indagine di clima aziendale	Risultati indagine di clima interno Analisi degli strumenti di dialogo e partecipazione interna	Personale convenzionato: rendicontazione su applicazione <i>budget</i> per Mmg Analisi CE analitico per macrostrutture aziendali (responsabilizzazione economica) Analisi degli strumenti di dialogo e partecipazione interna del personale	Analisi delle relazioni sindacali (n. incontri, trattamento vacanza contrattuale)
	Investimento nella crescita e valorizzazione personale	Numero di crediti Ecm offerti per figura professionale (offerta formativa interna)			Contenuto del piano della formazione
Ambiente e Comunità	Sostenibilità dell'attività aziendale; utilizzo risorse naturali e creazione di valore per il sociale	Strategie per la gestione dei rifiuti ospedalieri	Contabilizzazione dei rifiuti speciali e pericolosi prodotti e modalità di smaltimento		Analisi degli interventi per la riduzione dell'impatto ambientale dell'attività aziendale
	Coinvolgimento e partecipazione	Progetti di cooperazione internazionale; costi per l'azienda e descrizione delle attività	Piano di azione per Agenda 21		

tenzione verso gli interlocutori istituzionali (Regione, altre Asl, enti *non profit* e associazioni di categoria) è molto più sentita nelle aziende pubbliche che nelle aziende private, dove per contro prevalgono, le dimensioni di relazioni con i cittadini (potenziali clienti), con la comunità (probabilmente collegata al fabbisogno di legittimazione esterna) e con i fornitori (intesi come partner commerciali per la fornitura di servizi).

La parte di comunicazione «istituzionale» nei documenti redatti dalle Asl si focalizza spesso su obiettivi circoscritti e specifici della politica sanitaria regionale: distribuzione

diretta dei farmaci, capacità di contenimento della domanda di prestazioni sanitarie improprie, evoluzione degli assetti organizzativi in relazione alle dinamiche di Ssr, riduzione del tasso di ospedalizzazione (si vedano in particolare i documenti dell'Asl di Lecco, di Como e di Monza). Non mancano peraltro elementi informativi direttamente collegati all'esigenza del controllo di gruppo: livello di efficienza nella produzione dei servizi, analisi della struttura patrimoniale e dell'equilibrio reddituale (ad esempio Ao di Padova). Si nota, in particolare nelle realtà pubbliche, una certa sovrapposizione rispet-

(segue) Tabella 5

Gli elementi informativi caratterizzanti

CHI	CHE COSA	ASL FIRENZE	ASL LECCO	ASL MONZA	ASL ROMA D	ASL VIAREGGIO
Regione	<b>Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria</b>	Gestione patrimoniale (tasso di rinnovamento, nuovi investimenti per tipologia)		Rendicontazione sull'affinamento degli strumenti di regolazione e controllo dell'offerta sanitaria		
	<b>Adempimento del mandato strategico regionale</b>	Entità e costi della distribuzione diretta di farmaci Visione strategica per gli anni avvenire (2004 e 2005)	Le «strategie di mandato» sono declinate per i singoli portatori di interesse e sono punto di riferimento principale per la relazione sociale Correlazione «costi-bisogni» (quota capitaria attribuita VS «punti per bisogno assistenziale»)	Livello di efficienza raggiunto: valutazione coerenza dei consumi sanitari rispetto al profilo di prestazioni erogate Analisi stato realizzazione obiettivi clinici/gestionali (in particolare: stato di avanzamento implementazione PDTA, analisi politiche di riduzione spesa farmaceutiche) Descrizione obiettivi gestionali per l'anno successivo: u.o. coinvolte e beneficiari	Risultati gestionali raggiunti in relazione agli obiettivi del PAL e della programmazione regionale (suddivisione per LEA)	Confronto consumi farmaceutici e di prestazioni specialistiche in relazione a media regionale ( <i>focus</i> : distribuzione diretta)
	<b>Analisi della domanda e del contesto</b>	«Stato di salute della popolazione» – distribuzione di ricoveri e di cause di mortalità per gruppi di patologie	Analisi dell'andamento del consumo di prestazioni sanitarie da parte dei residenti (farmaceutiche, specialistiche, ospedaliere) Incidenza relativa di patologie, ricoveri e gruppi terapeutici di prescrizioni farmaceutiche Analisi degli ambiti di mobilità passiva e delle destinazioni prioritarie delle fughe	Analisi dello stato di salute della popolazione: cause di morte per classe di età, incidenza delle patologie	Analisi degli ambiti di mobilità passiva e delle destinazioni prioritarie delle fughe	
Altri interlocutori istituzionali (Conferenze sindaci, altre Asl)	<b>Politiche sanitarie realizzate dall'Asl</b>				Segmentazione degli utenti e destinatari delle «politiche aziendali»: cittadino sano (prima infanzia, seconda infanzia, adolescenza, età adulta, senilità), cittadino malato (territorio, specialistica, ospedale), gruppi di soggetti deboli (disabilità, disagi mentali, dipendenze, immigrazione)	
	<b>Attività e servizi erogati sul territorio nei vari ambiti di assistenza</b>		Rendicontazione analitica dei costi dell'assistenza per tipologia di destinatario (da contabilità analitica)		Volumi di prestazioni e tasso di occupazione delle strutture private accreditate	
	<b>Livello di partecipazione</b>	Costi e volumi di attività erogata su delega degli enti locali (socio-sanitario) Le società della salute	Sezione dedicata ai «partner» (imprese, comuni, ARPA, case di cura, ecc.); categorie di soggetti, servizi e costi sostenuti dall'Asl Costi e volume attività erogata su delega degli enti locali (socio-sanitario)	Analisi della struttura e della capacità di offerta degli altri soggetti che compongono il sistema di erogazione di prestazioni assistenziali	Integrazione socio-sanitaria: entità, costi e tipologia dei servizi di integrazione socio-sanitaria; descrizione delle politiche di integrazione; progetti di integrazione con le istituzioni scolastiche e le altre aziende sanitarie	
Utenti e cittadini	<b>Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria</b>			Mappatura delle aree di intervento dell'Asl in funzione di acquisizione e di produzione/erogazione e delle categorie di destinatari e soggetti coinvolti		Esemplificazione (anche dettagliata) delle attività svolte dall'Asl in ogni ambito di assistenza

(segue) Tabella 5  
Gli elementi informativi caratterizzanti

CHI	CHE COSA	ASL FIRENZE	ASL LECCO	ASL MONZA	ASL ROMA D	ASL VIAREGGIO
Utenti e cittadini	<b>Qualità e quantità dei servizi disponibili</b>	Variazione n. del CUP sul territorio Informazioni sul corretto uso del pronto soccorso Aree di attività sperimentali e innovative (percorsi assistenziali, medicina non convenzionale, etc.)	Rendicontazione sui volumi di offerta complessivamente erogati dagli operatori pubblici e privati sul territorio <i>Focus:</i> invalidità civile (tempi medi di attesa per ottenimento risposta)		Descrizione dettagliata dei punti di presa in carico e delle modalità di accesso (assistenza territoriale)	Descrizione del sistema di servizi e di accoglienza del nuovo ospedale Versili Mappa dei punti di accesso all'assistenza territoriale (sedi/servizi): <i>focus</i> su servizi di emergenza e urgenza; indicazione delle dotazioni, della dislocazione e degli interventi delle centrali di intervento 118 sul territorio (croci)
	<b>Livello di equità e conoscenza delle modalità di allocazione delle risorse pubbliche</b>		Rielaborazione costi sostenuti per categoria di portatori di interesse/destinatari dei servizi (da CO.AN.) – valore economico reso per portatori di interesse		Conoscenza sull'evoluzione delle modalità di organizzazione del lavoro «per processi»	
	<b>Risultati di salute ottenuti (outcome)</b>				Indicatori «notevoli»: nuovi utenti/utenti «veterani»; n. reinserimenti nel mondo del lavoro per disabili e tossicodipendenti	
Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi	<b>Politiche di relazione con i fornitori</b>	Tempi medi di pagamento	Rendicontazione attività di controllo nei confronti delle strutture convenzionate (esempio: % cartelle cliniche contestate) Tempi medi di pagamento	Quantificazione del valore economico della produzione erogata dai privati Rendicontazione delle attività di controllo sull'attività produttiva del privato (correttezza SDO, valutazione qualità)	Descrizione delle modalità di selezione dei fornitori per differenti tipologie di forniture e per differenti importi (sotto soglia) Termini di adesione a CONSIP	
	<b>Indotto/Impatto sull'economia locale</b>				Ripartizione geografica dei fornitori di beni e servizi (in termini di fatturato e tipologia di fornitura)	
Risorse umane/personale dipendente e convenzionato	<b>Condivisione della mission istituzionale e dei cambiamenti organizzativi</b>					
	<b>Comunicazione sulle politiche del personale</b>	Entità dell'attività libero professionale (n. ore, n. medici, n. prestazioni/ricoveri)	Rendicontazione su modalità di organizzazione e di programmazione dell'attività per Mmg (associazionismo, team, budget per Mmg)		Descrizione degli strumenti di partecipazione e dialogo Indagini di clima interno aziendale	
	<b>Investimento nella crescita e valorizzazione personale</b>	Formazione per il personale convenzionato (partecipazione degli Mmg, n. ore e eventi ad essi dedicati)	Sistemi di sviluppo professionale attivati (in particolare per la dirigenza medica) – pesatura del personale in termini di <i>full time equivalent</i>		Analisi del sistema di incentivazione e remunerazione (entità monetaria dei premi e «pesatura», modalità distribuzione)	Valorizzazione delle professionalità e degli ambiti di assistenza «di eccellenza» (nomi dei responsabili delle Uo)
Ambiente e Comunità	<b>Sostenibilità dell'attività aziendale: utilizzo risorse naturali e creazione di valore per il sociale</b>	<i>Focus</i> su «attività di interesse delle imprese» (rendicontazione attività di controllo e regolazione esterna)	Analisi dei costi sostenuti per attività di promozione dell'igiene pubblica e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro		Analisi e commento degli esiti dell'attività di controllo e vigilanza sugli ambienti di vita e di lavoro, sulle attività produttive, sugli allevamenti e sugli alimenti di origine animale, sugli animali da compagnia	
	<b>Coinvolgimento e partecipazione</b>	Donazioni dalla comunità			Analisi degli ambiti di interazione e dei servizi offerti in <i>partnership</i> con l'ARPA	

to ai flussi informativi che le Regioni già richiedono in via obbligatoria alle aziende sanitarie. Per quanto riguarda gli altri interlocutori istituzionali, nei confronti degli enti locali risulta particolarmente evidenziata la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria (servizi erogati su delega). In relazione agli enti *non profit* emerge la volontà di dare la visibilità a questi ultimi negli ambiti di integrazione e collaborazione con le aziende sanitarie: servizi di trasporto, progetti di assistenza, etc. (si veda l'Asl di Biella e di Chiavari).

Per quanto riguarda i contenuti dedicati agli utenti dei servizi ed ai cittadini si nota una elevata difformità nella quantità di informazioni e nelle modalità di presentazione delle stesse. In alcuni documenti si tende ad enfatizzare elementi «periferici», quali il confort alberghiero e la qualità dei servizi accessori (riscontrabile in particolare nelle aziende private e nell'Asl di Viareggio). In altri casi si tende piuttosto ad analizzare i punti di accesso alle strutture, la capacità e la tipologia di presa in carico assistenziale, i progetti innovativi realizzati nell'ambito dell'assistenza territoriale (si veda ad esempio Asl Roma D, Asl Lecco). In altri casi ancora si evidenzia e si argomenta la duplicità del ruolo dell'azienda sanitaria tra acquirente e produttore di prestazioni e servizi per i propri residenti (in particolare nelle Asl lombarde).

L'attenzione nei confronti dei «fornitori» nei documenti delle aziende pubbliche si concentra in particolare sui soggetti privati accreditati del territorio, che sono intesi come partner per l'erogazione dell'assistenza e nei confronti dei quali si rendicontano i principali ambiti di integrazione con l'offerta pubblica, le modalità di concertazione e di regolazione della produzione, il volume di prestazioni complessivamente erogate. Nei documenti delle aziende private e nel modello emiliano-romagnolo è invece evidenziato l'indotto locale generato dalle politiche di acquisto dell'azienda; tale elemento può risultare significativo in quanto le aziende sanitarie in alcuni contesti locali sono tra i soggetti economici più rilevanti per fatturato e ricchezza prodotta e consumata.

Sul piano della relazione con le risorse umane, risulta particolarmente evidenziato il ruolo e le interazioni con i professionisti convenzionati sul territorio (in particolare gli

Mmg). Nei documenti sono spesso riportate le strategie sviluppate per il miglioramento e la continuità dell'assistenza primaria o le nuove forme di organizzazione quali l'associazionismo e i *team* (si veda in particolare i documenti dell'Asl di Lecco e di Chiavari). Nei confronti del personale dipendente i contenuti maggiormente interessanti riguardano il profilo della formazione erogata, l'evoluzione degli assetti organizzativi interni e lo sviluppo dei sistemi incentivanti (ad esempio Asl Città di Milano), ma anche il profilo delle relazioni sindacali tenute dall'azienda nel periodo di riferimento (Asl di Biella).

Per quanto riguarda il profilo della «responsabilità sociale» in senso stretto (impatto dell'attività aziendale sull'ambiente e la comunità di riferimento) in molti bilanci di Asl risultano particolarmente evidenziate le attività di regolazione e controllo finalizzate all'igiene pubblica, al controllo degli ambienti di vita e di lavoro e regolarità degli allevamenti e degli alimenti (Asl Roma D, Asl Lecco, Asl Ferrara). Solo in alcuni documenti, tra cui quelli delle due cliniche private, è invece dato risalto agli interventi di riduzione delle esternalità (con particolare riferimento ai rifiuti sanitari) e contenimento dell'utilizzo di risorse. Considerazione a sé merita il modello di rendicontazione dell'Emilia Romagna, che valorizza i contributi delle aziende in termini culturali e sociali sul contesto di riferimento.

In sintesi, il livello di valorizzazione dei differenti profili informativi (in termini di spazio dedicato all'interno del Bilancio sociale) è rappresentato, per ciascun documento analizzato, nella **tabella 6**<sup>11</sup>.

## 6.2 La leggibilità dei documenti

La seconda chiave di lettura utilizzata per analizzare i documenti è quella della leggibilità, intesa come la capacità di utilizzare un linguaggio ed una forma grafica comprensibili ai destinatari privilegiati, realizzando la caratteristica di «comprensibilità» che dovrebbe essere un tratto caratteristico dei bilanci sociali. Ad un estremo dello spettro di analisi si collocano i documenti con leggibilità «alta», che si presentano facilmente accessibili ad un pubblico non addetto al settore; all'estremo opposto si collocano i documenti con leggibilità «bassa», quasi esclu-

	Regione	Altri interlocutori istituzionali (Conferenze sindaci, altre Asl)	Utenti e cittadini	Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi	Risorse umane/personale dipendente e convenzionato	Ambiente e Comunità
A.o. Padova	***	***	*	**	**	**
Asl Biella	***	**	***	*	***	**
Asl Chiavari	**	**	**	**	***	*
Asl Città di Milano	*	**	*	*	***	**
Asl Como	***	**	*	*	*	**
Asl Ferrara	**	*	**	*	***	**
Asl Firenze	***	**	**	*	**	**
Asl Lecco	***	**	***	**	**	**
Asl Monza	***	**	*	**	*	*
Asl Roma D	**	***	***	**	**	***
Asl Viareggio	*	*	***	*	*	*
Asl Emilia-Romagna	***	***	*	*	**	**
Domus Nova	*	*	***	**	**	**
Villa Fiorita	**	*	***	**	*	**

Legenda:

- \* = esigenze informative marginalmente valorizzate
- \*\* = esigenze informative mediamente valorizzate
- \*\*\* = esigenze informative fortemente valorizzate

**Tabella 6**

Scheda sintetica  
sul potenziale informativo  
dei bilanci sociali

sivamente accessibili a interlocutori che potremmo definire «qualificati» (Regione, altri interlocutori istituzionali, partner e fornitori) con elevate capacità di codifica ed interpretazione dei dati.

La **tabella 7** presenta i giudizi di leggibilità dei singoli documenti, basati su due dimensioni di analisi di seguito operationalizzate:

- *leggibilità contenutistica*: correlata direttamente all'utilizzo di esemplificazioni, commenti qualitativi, grafici e glossari e indirettamente alla presenza di termini tecnici comprensibili esclusivamente ad addetti ai lavori (utilizzo non sporadico dei seguenti termini «diagnostici»: Drg, mobilità, dati di appropriatezza ed efficacia clinica, LEA) ed alla lunghezza complessiva del documento;
- *leggibilità grafica*: correlata direttamente all'utilizzo di grafici e schemi rappresenta-

tivi e indirettamente alla presenza di tabelle «complesse», ovvero che rappresentano un insieme molto articolato di elementi tecnici (organigrammi e funzionigrammi, volumi di prestazioni specialistiche per tipologia, volumi di ricovero per Drg, patologia o modalità di assistenza, lunghezza delle liste di attesa per specialità, etc.).

Le valutazioni sono espresse in una scala di valori a tre livelli in cui:

- *bassa*: indica la presenza massiccia di tutti gli elementi di complessità;
- *media*: indica la presenza ripetuta di alcuni elementi o presenza di tutti gli elementi «segnalatici» di complessità;
- *alta*: indica l'assenza o la presenza sporadica di alcuni degli elementi «segnalatici» di complessità.

### 6.3 La «mappatura» dei documenti di rendicontazione sociale

Incrociando i risultati dell'analisi sui contenuti «tecnici» (tabella 5 e tabella 6) e quella sulla leggibilità dei documenti (tabella 7), emerge un quadro interessante sull'efficacia dei documenti nell'utilizzare formati comunicativi coerenti con la tipologia di informazioni fornite.

In alcuni tra i casi analizzati si evidenzia una coerenza piena tra contenuti tecnici, taglio espositivo schematico e linguaggio scientifico, caratteristiche tipiche dei *report* direzionali per la Regione e gli altri operatori coinvolti a vario titolo nel sistema di tutela della salute (modello emiliano-romagnolo, Asl Monza, Ao Padova, Asl Como). Coerenza piena si riscontra anche nei casi in cui un contenuto adeguato ad esaudire esigenze conoscitive di un vasto pubblico utente e interlocutore si accompagna ad un taglio contenutistico divulgativo ed a formati editoriali «accattivanti» (Asl Viareggio, Domus Nova, Villa Fiorita). In altri casi non si riscontra una coerenza piena tra dimensioni informative valorizzate e modalità di presentazione dei dati, con particolare riferimento a documenti molto «ricchi» sotto il profilo dei contenuti ma scarsamente accessibili ad un vasto pubblico di destinatari (Asl Firenze, Asl Roma D, Asl Lecco).

Alla luce delle precedenti considerazioni ed analisi è quindi possibile identificare

una serie di raggruppamenti all'interno delle aziende appartenenti al campione analizzato. Si distinguono in particolare tre gruppi di bilanci sociali che si caratterizzano per una propria identità «forte» e che sono rappresentati in figura 3:

1) bilancio sociale come strumento di comunicazione esterna, orientato alla divulgazione di una specifica immagine aziendale, nel quale non si riportano informazioni specifiche sulla valutazione dei risultati e delle strategie aziendali;

2) bilancio sociale come strumento di relazione esterna, principalmente nei confronti della Regione, ma anche nei confronti degli altri attori istituzionali. L'orientamento alle scelte comunicative è in questo caso volto alla ricerca di legittimazione o alla negoziazione di specifiche risorse, strategie e alleanze;

3) bilancio sociale come strumento di gestione di relazioni interne, soprattutto in coincidenza con momenti di cambiamento o di crisi per cui è necessario comunicare e motivare i soggetti (interni) che sono interessati alle scelte intraprese/da intraprendere.

Negli altri casi, i bilanci sociali non presentano una propria precisa identità, sono strumenti di comunicazione non particolarmente focalizzati o differenziati per esigenze informative di specifici destinatari, ovvero il bilancio non riesce a comunicare un'idea di coerenza forte tra messaggi, destinatari e finalità aziendali.

**Tabella 7**

La leggibilità dei documenti

Leggibilità	«Contenutistica»	«Grafica»
A.O. Padova	bassa	bassa
Asl Biella	media	alta
Asl Chiavari	bassa	bassa
Asl Città di Milano	bassa	media
Asl Como	media	media
Asl Emilia-Romagna	(bassa)	n.a.
Asl Ferrara	bassa	bassa
Asl Firenze	media	media
Asl Lecco	media	media
Asl Monza	bassa	bassa
Asl Roma D	media	media
Asl Viareggio	alta	alta
Domus Nova	alta	alta
Villa Fiorita	alta	alta

### 7. Riflessioni conclusive: prospettive di sviluppo per le forme di rendicontazione sociale in sanità

Il presente contributo ha inteso proporre un'analisi dei documenti di «rendicontazione sociale» ad oggi pubblicati dalle aziende sanitarie italiane pubbliche e private, cercando di tracciare l'identità di un fenomeno che sembra destinato ad aumentare di intensità nel prossimo futuro.

Il bilancio sociale è stato interpretato dalle aziende che per primo lo hanno adottato come uno strumento finalizzato all'arricchimento della propria immagine e alla rendicontazione delle azioni realizzate e dei risultati ottenuti nei confronti degli interlocutori dell'azienda. Ciò evidenzia l'esigenza più

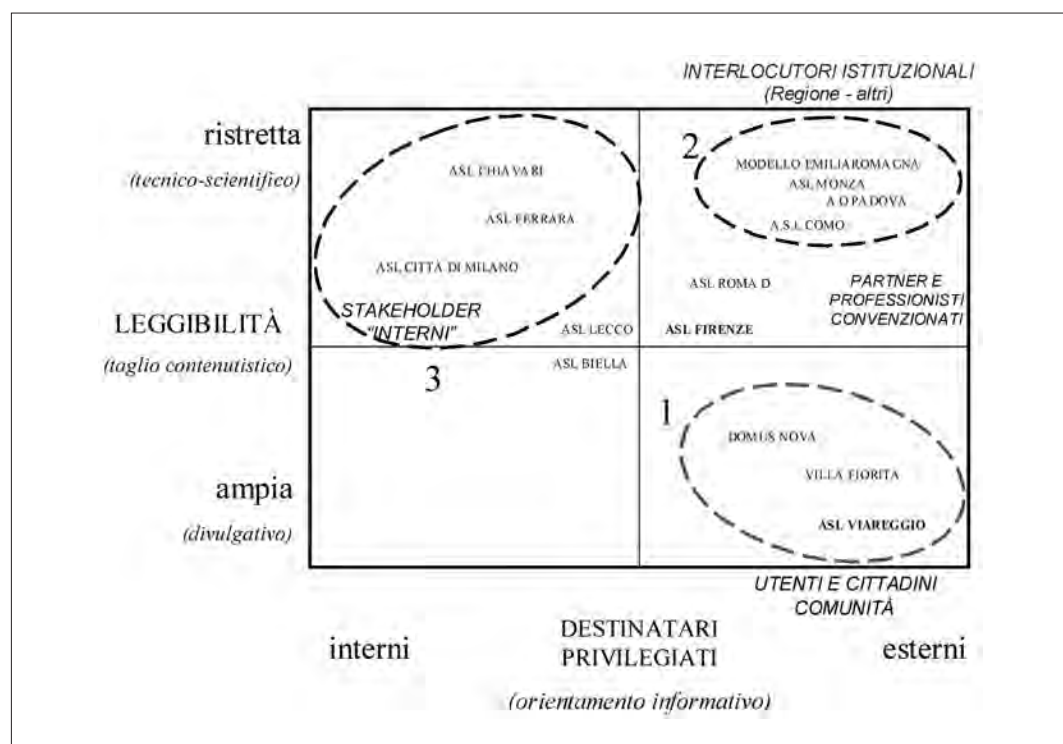
generale, comune a tutte le aziende, di identificare e utilizzare strumenti nuovi per la gestione delle relazioni istituzionali che coinvolgono le aziende sanitarie. Tale esigenza è comprensibile alla luce delle recenti dinamiche evolutive del settore sanitario (aziendalizzazione e deintegrazione istituzionale, regionalizzazione, etc.), che pongono le aziende sanitarie all'interno di un sistema di interdipendenze e interazioni complesso con i soggetti che influenzano la vita dell'azienda e che partecipano a vario titolo alla funzione di tutela della salute.

Possiamo affermare che il tratto comune a tutte le esperienze realizzate consista nella volontà di progettare e realizzare documenti di *reporting* che consentano di attrarre l'attenzione di determinate categorie di interlocutori su variabili/dimensioni strategiche per l'azienda che rendiconta.

D'altra parte, si è osservato che le nuove forme di rendicontazione nelle aziende sanitarie stanno assumendo forme e denominazioni peculiari (bilancio sociale, bilancio di mandato, bilancio di missione, etc.). A fronte di finalità e valenze dichiarate sostanzialmente coincidenti, ogni documento tende in realtà ad evidenziare determinati

profili informativi, a rivolgersi ad alcuni destinatari privilegiati e ad adottare modalità di presentazione delle informazioni specifiche. In alcuni casi i documenti sembrano legati a doppio filo all'*accountability* istituzionale, in particolare con gli enti regionali. In altri casi si scorge la ricerca di visibilità e conoscenza da parte del vasto pubblico non addetto al settore; in altri ancora si evince distintamente la necessità di condividere con gli operatori aziendali cambiamenti organizzativi e dinamiche istituzionali che coinvolgono direttamente l'azienda. Vi sono poi documenti in cui la ricerca della massima ricchezza ed esaustività in relazione a molteplici interessi informativi non consente una chiara focalizzazione del documento che, in diversa misura nei vari casi, risulta non centrato rispetto alla capacità di lettura delle diverse categorie di interlocutori.

Tali caratteristiche sono dovute almeno in parte a scelte intenzionali di valorizzazione di determinate relazioni istituzionali ritenute più critiche, ma senza dubbio sono influenzate anche dalla disponibilità di dati ed informazioni da parte delle aziende e dalle capacità di elaborazione e presentazione secondo la prospettiva dei destinatari.



**Figura 3**  
Le tipologie dei bilanci sociali

In questa fase di prima diffusione dello strumento risulta significativo evidenziare le possibili esigenze specifiche che, alla luce della lettura e dell'analisi dei documenti, sembrano spingere le aziende alla sua adozione:

- ricerca di visibilità da parte delle Direzioni aziendali delle aziende pubbliche nei confronti della Regione, dalla quale deriva il mandato amministrativo, e degli interlocutori istituzionali, che condizionano in modo rilevante il livello di consenso sulla gestione aziendale;

- realizzazione di nuove basi informative «comuni» per impostare e rinnovare relazioni con gli interlocutori e i partner sul territorio (Conferenze dei sindaci, organizzazioni di volontariato, soggetti privati accreditati, altre Asl, Aziende ospedaliere);

- ricerca di legittimità per il proprio operato da parte della società e degli altri soggetti che partecipano al sistema di tutela della salute mediante la comunicazione del profilo di «responsabilità sociale» adottato;

- volontà di migliorare l'immagine aziendale di aumentare la consapevolezza sul ruolo e le attività svolte dell'azienda sanitaria da parte della popolazione e degli utenti;

- ricerca di strumenti per aumentare il senso di appartenenza aziendale e agevolare l'interiorizzazione della *mission* aziendale da parte del personale dipendente e collaboratore.

La ricerca dell'identità delle pratiche di rendicontazione sociale, condotta mediante l'analisi dei contenuti dei documenti, ha dunque condotto alla scoperta di molteplici diverse valenze e finalità sottese agli stessi.

L'avvio e lo sviluppo di esperienze di rendicontazione innovative deve essere letto come la ricerca di strumenti nuovi per il rafforzamento della gestione delle relazioni istituzionali, che stanno diventando sempre più cruciali nel governo delle aziende sanitarie. Nel futuro, l'impegno dovrà consistere nell'attivazione di un processo di «apprendimento di sistema», che permetta di confrontare le varie esperienze sia sul piano dei contenuti (alla ricerca di modelli e standard di rendicontazione adeguati), ma anche e soprattutto sul piano degli utilizzi effettivi degli strumenti di rendicontazione. Questi ul-

timi infatti potranno prendere un significato compiuto nel prossimo futuro nella misura in cui assumeranno un ruolo proprio in termini comunicativi, decisionali e/o gestionali.

## Note

1. I risultati descritti sono frutto di una ricerca svolta dalla Divisione Amministrazioni Pubbliche della SDA Bocconi. Oltre ai tre autori del contributo hanno partecipato alla ricerca e pertanto meritano un riconoscimento ed un apprezzamento specifico anche Filippo Giordano (SDA Bocconi) e Silvia Vigna. L'indagine riguarda tutti i documenti pubblicati tra il 1998 e il (giugno) 2005 resi noti attraverso canali ufficiali di comunicazione (internet, testate giornalistiche di rilevanza regionale e nazionale).
2. Per un approfondimento sulla diffusione delle pratiche di responsabilità sociale e di rendicontazione sociale in generale si vedano Visconti (2002) ed Hinnna (2002). Per un approfondimento sull'applicazione del Bilancio sociale al contesto pubblico, Marcuccio (2002); Marcuccio e Steccolini (2005) e Dipartimento Funzione Pubblica (2004).
3. Si tratta, in particolare, della attività filantropiche, di assistenza e beneficenza.
4. Si fa riferimento, per esempio, alle attività di promozione della CSR da parte dell'Unione Europea e di diversi governi ed istituzioni nazionali.
5. Al proposito vale peraltro la pena di ricordare che l'applicazione dei principi di responsabilità sociale per un'azienda pubblica può essere inteso in due modi distinti: i) in senso generale, come perseguimento della trasparenza e della responsabilizzazione delle modalità attraverso le quali l'azienda persegue i propri fini istituzionali; ii) in senso più ristrettivi e specifico, come adozione di pratiche gestionali orientate alla sostenibilità sociale ed ambientale (p.e. riduzione del consumo di risorse non rinnovabili; investimento in tecnologie eco-sostenibili; promozione e sostegno delle pratiche di rendicontazione sociale da parte delle imprese del territorio, ecc.) (§ successivo).
6. Gli strumenti a supporto di tali funzioni sono in continua evoluzione. Si pensi, ad esempio, alle forme contrattuali tra le aziende sanitarie e gli erogatori privati accreditati per la regolazione della produzione di questi ultimi (Zangrandi, 1998), agli strumenti di programmazione finalizzati all'integrazione socio-sanitaria sul territorio (allineamento tra i piani di zona e i piani distrettuali, realizzazione dei Piani comunitari per la salute), all'introduzione ed all'affinamento dei sistemi di budget dei professionisti convenzionati (con particolare riferimento ai medici di medicina generale e più in generale al sistema delle cure primarie). Si tratta, comunque e nella maggior parte dei casi, prevalentemente di strumenti della programmazione, mentre l'aspetto della rendicontazione e del confronto *ex-post* è rimasto spesso e sbilanciato e non adeguatamente valorizzato.
7. In realtà in questi primi anni di applicazione si è assistito a fenomeni che, a seconda delle fasi e degli oggetti di analisi, sono stati di differenziazione o di omogeneizzazione. È da notare, infatti, che le diverse regioni tendono a confrontare le loro pratiche e, con



- ciò, influenzano reciprocamente le scelte istituzionali ed organizzative.
8. L'indagine riguarda un totale di 13 documenti di rendicontazione sociale pubblicati fino al giugno 2005 e dei quali si è avuto conoscenza tramite mezzi di informazione e ricerche su internet con motori di ricerca. In base alle informazioni a disposizione, il campione analizzato corrisponde all'intera «popolazione» dei bilanci sociali pubblicati nel periodo considerato. L'indagine alla base del presente contributo è stata svolta esclusivamente tramite l'analisi del contenuto dei documenti. Per quanto riguarda il modello di bilancio di missione elaborato dalla Regione Emilia-Romagna l'indagine ha preso in considerazione il manuale di redazione realizzato dall'Agenzia sanitaria regionale.
9. Si è a conoscenza di un'ulteriore esperienza di rendicontazione sociale all'interno di questo segmento, l'Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza, il cui documento finale non risulta peraltro ancora pubblicato.
10. L'analisi del contenuto dei bilanci sociali è stata realizzata da un *team* di due ricercatori, che hanno utilizzato la stessa griglia di analisi e metodologica, ma in maniera autonoma e separata. I risultati dell'analisi dei due ricercatori sono poi stati confrontati e omogeneizzati, chiarendo e modificando, ove necessario, lo stesso modello di analisi. La griglia metodologica presentata nel testo è l'esito finale del processo iterativo di miglioramento del modello di analisi e i risultati discussi sono pienamente condivisi dai due ricercatori.
11. Al fine di ricondurre le evidenze qualitative contenute nella tabella 5 a giudizi sintetici di rilevanza sono stati tenuti in considerazione per ogni profilo informativo:
- la numerosità degli elementi caratterizzanti dei singoli bilanci (elemento «oggettivo»);
  - il peso relativo attribuito ad ogni elemento caratterizzante (elemento «discrezionale»);
- ciò ha permesso di mantenere il riferimento oggettivo all'interno dell'analisi e nel contempo di valorizzare le specificità proprie dei contenuti analizzati, difficilmente rappresentabili con eshaustività in schemi analitici.

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

- AA.VV. (2003), *Il Bilancio Sociale*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- BUHR N. (2002), «A structuration view in the initiation of environmental report», *Critical Perspective on Accounting*, (13), pp. 17-38.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le Aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46.
- FIORNTINI G., PREITE D. (2000), «Azienda pubblica e azienda non profit: il ruolo del Bilancio sociale nel decentramento», *Azienda Pubblica*, 2-3.
- GUARINI E. (2002b), «Prospettive del Bilancio sociale negli enti pubblici», *Azienda Pubblica*, 6.
- GRAY R. (2002), «The social accounting project and Accounting Organizations and Society - Privileging engagement, imaginings, new accountings and pragmatism over critique?», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 27, 7, pp. 687-708.
- GBS - GRUPPO DI STUDIO PER IL BILANCIO SOCIALE (2001), *Principi di redazione del Bilancio sociale*, Androkonos comunicazione, Roma.
- HINNA L. (2002), «Bilancio sociale: i punti cardinali», «Le fasi e le valenze del processo di rendicontazione sociale»; in Aa.Vv. (2003).
- ISEA (1999a), *Accountability 1000 framework. Standard, guidelines and professional qualification*, ISEA, Londra.
- JOMMI C. (a cura di) (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, EGEA, Milano.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti in sanità. Strategie di gestione*, Egea, Milano.
- LONGO F. (1999), «Nascita e riforma del sistema sanitario italiano», in F. Longo (1999), *Asl, distretto, medico di base*, Egea, Milano.
- LONGO F. (2003), «Strumenti di governo dei gruppi di aziende sanitarie pubbliche: quale mix scegliere dal tool box», *Mecosan*, 3, pp. 9-23.
- LONGO F., CARBONE C., COSMI L. (2003), «La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, *Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano.
- MARCUCCIO M. (2002), «La rendicontazione sociale per le amministrazioni locali come strumento di accountability e controllo strategico», *Azienda Pubblica*, 6.
- MARCUCCIO M., STECCOLINI I. (2005), «Nuovi modelli di accountability nelle amministrazioni pubbliche: un'analisi empirica del contenuto del bilancio sociale degli enti locali», *Azienda Pubblica*, 4.
- MARCUCCIO M., STECCOLINI I. (2005), «Social and environmental reporting in Local Government: a new Italian fashion?», *Public Management Review*, vol. 7, 2.
- MURARO G. (2000), «Sanità e federalismo fiscale», *Politiche Sanitarie*, 1.
- ROGATE C. (2002), «Il Bilancio sociale nel settore pubblico: presentazione di alcune esperienze e riflessioni critiche», *Azienda Pubblica*, 6.
- TANESE A. (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale delle amministrazioni pubbliche*, Edizioni Scientifiche Italiane, Roma.
- TRINCHERO E. (1996), «Revisione al ciclo di contrattazioni 1993-1994 tra "purchaser" e "provider" e guida al ciclo 1994-1995», *Mecosan*, 17.
- VISCONTI L.M. (2002), «Responsabilità sociale e disclosure d'informazioni socio-ambientali: un'analisi critica della letteratura», *Azienda Pubblica*, 6.

VIVIANI M. (1999), *Specchio magico: il Bilancio sociale e l'evoluzione delle imprese*, Il Mulino, Bologna.

ZANGRANDI A. (1998), «I sistemi di contratti in sanità per la regolazione della produzione: quali reali aspettative?», *Mecosan*, 26.

ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.

**Siti di riferimento e consigliati:**

[www.accountability.org](http://www.accountability.org)

[www.cantieripa.it](http://www.cantieripa.it)

[www.globalreporting.org](http://www.globalreporting.org)

[www.gruppobilanciosociale.it](http://www.gruppobilanciosociale.it)

[www.sustainability.org](http://www.sustainability.org)

# Le linee guida per il Sistema di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Lazio

A.V. BOZZA, M. CIPRIANI, D. LIPODIO, G. MAGRINI, N. PIANESI, G.M. SORO

*Budgeting and managerial control are considered area of achievable improvements within the different healthcare organizations hard-pressed by the Regions to obtain best results. These Systems as effective tools to gain information which will help the organization take action to improve its performance (appropriateness, competitive results, etc.) and to control rising costs. Regione Lazio opted for the definition of guidelines about on these Systems for healthcare organizations, having a methodological and technical scope. The article provides an insight on the needs for defining guidelines, their development process and key features and the implementation strategy that will be performed.*

## Note sugli autori

A.V. Bozza, è Amministratore Delegato di Engineering Management Consulting S.p.A.

M. Cipriani, è Responsabile Area Economico Sanitaria della Direzione Bilancio e Tributi della Regione Lazio

D. Lipodio, è Manager di Engineering Management Consulting S.p.A.

G. Magrini, è Direttore della Direzione Bilancio e Tributi della Regione Lazio

N. Pianesi, è Senior Consultant di Engineering Management Consulting S.p.A.

G.M. Soro, è Senior Manager di Engineering Management Consulting S.p.A.

## 1. Premessa

Il Sistema di programmazione e controllo rappresenta un tema prioritario all'interno dei processi di aziendalizzazione e regionalizzazione che hanno caratterizzato e stanno tuttora caratterizzando l'evoluzione del Sistema sanitario nazionale. Denominatore comune di entrambi i processi, infatti, è l'esigenza di dotare i Sistemi sanitari regionali di efficaci strumenti di gestione e governo delle risorse utilizzate e delle attività svolte. Tale esigenza è resa maggiormente critica anche in relazione all'attuale momento storico caratterizzato, a livello regionale, dalla scarsità delle risorse disponibili rispetto ai costi (pregressi ed attuali) della «sanità».

Nell'ambito di tale scenario il Sistema di programmazione e controllo e gli strumenti di cui si compone possono contribuire in misura rilevante a rispondere alle esigenze, attraverso la precisa rilevazione – misurazione (controllo) e la corretta determinazione – previsione (programmazione) di attività e risorse sia a livello consuntivo che di obiettivo, al fine di assicurare un reale governo e responsabilizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale e contribuire in modo positivo al processo di razionalizzazione della spesa sanitaria, a livello aziendale e regionale.

La funzione amministrazione e controllo, nelle aree di Programmazione e Controllo di gestione, in conseguenza degli scenari evolutivi e delle conseguenti esigenze da un lato e delle potenzialità dello strumento dall'altro, rappresenta pertanto uno degli ambiti gestionali delle Aziende sanitarie pubbliche

## SOMMARIO

1. Premessa
2. Situazione attuale ed esigenze specifiche della Regione Lazio
3. Metodologia adottata
4. Il Sistema di controllo
5. Il Sistema di programmazione
6. Prossime evoluzioni

rispetto al quale sono state indirizzate in questi ultimi anni le maggiori spinte al cambiamento.

In termini di scelta degli strumenti da utilizzare per realizzare tali cambiamenti, le Linee guida, definibili come «indirizzi di carattere generale e procedurale relativi a particolari ambiti organizzativi o professionali in grado di guidare i comportamenti e le decisioni», costituiscono un riferimento utile per promuovere un confronto sulle caratteristiche strutturali e di funzionamento del Sistema di programmazione e controllo, al fine di pervenire ad un modello comune che, da un lato, rappresenti un traguardo verso il quale indirizzare le scelte dei differenti attori e, dall'altro, sia realizzabile in relazione alle caratteristiche del contesto nell'ambito del quale deve essere adottato.

## 2. Situazione attuale ed esigenze specifiche della Regione Lazio

La Regione Lazio, a seguito del percorso di adozione di strumenti di gestione manageriale innescato dal D.L.vo 502/92, ha definito con la Legge regionale 45/96, alcuni importanti principi in merito alle finalità e all'utilizzo degli strumenti gestionali, con particolare riferimento all'area programmazione e controllo all'interno delle Aziende sanitarie pubbliche (d'ora in poi Asp) regionali.

Riguardo il budget si stabilisce che:

- le Asp utilizzano il metodo budgetario come strumento per realizzare una gestione razionale delle risorse;
- il budget è rappresentato da documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario volti a descrivere gli obiettivi di gestione in termini di risultati e risorse;
- il budget si distingue in budget generali, riferiti all'Azienda, e budget funzionali che sono relativi alle strutture di erogazione (e ai CdR ricompresi) e rappresentano il livello di definizione e concordamento di volumi di attività e relativi costi;
- la determinazione delle strutture cui corrispondono i budget funzionali è di responsabilità del Direttore generale; inoltre il titolare di budget funzionale è responsabilizzato sull'impiego delle risorse e sui risultati conseguiti.

Riguardo l'area del controllo si specifica:

- la finalizzazione del controllo di gestione alla conoscenza ed al controllo dei livelli di efficienza ed efficacia dei processi gestionali;
- l'impostazione del controllo di gestione come processo direzionale che coinvolga la dirigenza generale, nonché quella delle strutture di erogazione ed i CdR;
- l'adozione e la tenuta di una contabilità analitica, costituita dalla rilevazione dei fatti interni di gestione, avente lo scopo di determinare i costi ed i ricavi delle prestazioni, dei servizi, dei processi, dei risultati economici particolari.

A seguito della Legge regionale, dal lato Regione sono stati approvati altri provvedimenti (Del. G.R. e circolari) che hanno contribuito, in parte, a specificare in termini più operativi le scelte generali riportate nella norma.

Con riferimento all'area programmazione, la L. reg. 45/96 è alla base delle direttive per la predisposizione del budget, inviate dalla Regione con apposita circolare alle Aziende (nel mese di novembre), che ne contiene le Linee guida per la redazione ed ha, come allegato, i prospetti contabili (es. budget generale, budget del personale, ecc.) che le Aziende devono predisporre per la presentazione della propria proposta di budget.

L'orientamento della Legge regionale ed i successivi provvedimenti adottati hanno determinato una situazione caratterizzata, da una parte, dall'avvio delle attività di programmazione per la predisposizione del budget in coincidenza della ricezione della circolare regionale; dall'altra, dalla mancata integrazione, a causa dei tempi ristretti definiti dalla Regione (circa un mese dall'invio della circolare) per la predisposizione dei prospetti richiesti, tra il budget a «valenza regionale» ed il budget a «valenza aziendale» negoziato (generalmente) a partire dal mese di aprile dopo aver definito il Bilancio di previsione. Si sono venuti in questo modo a creare nelle Aziende due cicli di budget: uno strettamente economico predisposto a livello di Azienda e, successivamente, suddiviso all'interno dell'organizzazione; un altro di tipo gestionale (con obiettivi in termini di risultati e risorse riferiti anche a variabili

gestionali quantitative non economiche) articolato per CdR, molto differenziato (a livello di processo, strumenti utilizzati e attori coinvolti) da Azienda ad Azienda, che viene avviato a gennaio e si conclude tra aprile/giugno, più di carattere gestionale e che assume il budget aziendale trasmesso in Regione come vincolo.

Per quanto concerne in modo specifico l'area del controllo, in ambito regionale, non sono operative delle direttive specifiche sulle modalità di rilevazione e trasmissione di dati ed informazioni su variabili economiche e non economiche. Comunque le Aziende trasmettono, per l'area economica, i modelli CE (definiti a livello nazionale) alla Regione e, per l'area sanitaria, alcuni dati sanitari (relativi all'area degenza - SIO, ambulatoriale - SIAS, riabilitazione - SIAR e emergenza - SIES), sulla base di un flusso istituzionale con cadenza trimestrale, alla Agenzia di sanità pubblica. Per quanto concerne gli strumenti (di analisi e valutazione dei dati e delle informazioni relative alle Aziende) attivati a livello regionale per utilizzare i dati trasmessi, gli stessi non appaiono adeguati rispetto alla complessità gestionale delle Aziende e di governo del sistema.

Dal lato delle Aziende, in relazione all'indeterminatezza dell'indirizzo regionale, da una parte, ed all'autonomia e responsabilizzazione sull'equilibrio economico-finanziario dall'altra, le stesse hanno sviluppato approcci e fatto scelte, alle volte anche molto differenziate nei vari ambiti di applicazione, riguardo la strutturazione e l'adozione degli strumenti per l'area controllo; scelte che garantiscono (con una ripartizione delle responsabilità non sempre funzionale all'unitarietà del processo) un adeguato ma non sempre tempestivo e completo presidio dei flussi istituzionalizzati (sanitari ed economici) in termini di invio dei dati all'ente richiedente (Agenzia o Direzione regionale), non presidiando quelli attualmente non richiesti (area prevenzione, area distrettuale, ecc.).

L'orientamento delle Asp, in coerenza con quello regionale, appare focalizzato sugli aspetti economici e quantitativi di attività (ospedaliera ed ambulatoriale) senza un presidio di variabili non economiche riferite alle risorse consumate (beni, servizi e personale) e altri ambiti gestionali (l'area territoriale

e della prevenzione) rispetto ai quali non è stato definito un flusso a livello regionale. Gli strumenti utilizzati non appaiono sufficientemente strutturati (soprattutto per il *reporting*) ed integrati (con l'area programmazione), anche per scelte organizzative non sempre funzionali, e le competenze presenti nell'area non appaiono adeguate a sviluppare e gestire un processo articolato in relazione alla complessità (organizzativa, gestionale e di funzionamento) delle Aziende.

Da tale situazione è scaturito il rinnovato interesse ad elaborare delle Linee guida che consentissero di individuare, sulla base del dettato normativo ricordato, una serie di elementi comuni di riferimento alle Asp, che andassero a configurare la caratterizzazione degli elementi (strutturali e di funzionamento) del Sistema di programmazione e controllo, per lo sviluppo omogeneo dello stesso nelle singole realtà aziendali, al fine di:

- omogeneizzare le informazioni (oggetto e criteri di rilevazione e determinazione) prodotte dalle Aziende attraverso l'implementazione di Sistemi di programmazione e controllo efficaci e coerenti alle esigenze aziendali e regionali;
- strutturare alcuni processi (disegno, progettazione e funzionamento) che caratterizzano la funzione programmazione e controllo in linea con i tempi della Regione e idonei a rispettare una certa significatività gestionale degli *output* prodotti;
- aumentare le capacità della Regione rispetto al governo del sistema, attraverso l'appropriato utilizzo delle informazioni che si renderanno disponibili dal livello aziendale in seguito all'implementazione delle Linee guida.

La predisposizione delle Linee guida regionali, in linea con il ruolo di indirizzo della Regione, è stata orientata alla definizione di un modello di Sistema di programmazione e controllo che, da una parte, ponesse la Regione nelle condizioni di esercitare il suo ruolo di governo e, dall'altro, rappresentasse un riferimento per le Aziende sanitarie riguardo la strutturazione ed il funzionamento, andando a costituire un utile supporto per quelle che intendono svilupparlo *ex novo* ed un efficace parametro di confronto per valu-

tarne il grado di evoluzione ed individuare i cambiamenti utili e necessari per quelle che invece lo hanno già implementato.

### 3. Metodologia adottata

Le Linee guida regionali sono state sviluppate coinvolgendo alcune realtà aziendali del Servizio sanitario regionale, attraverso la costituzione di un Gruppo di lavoro misto (descritto di seguito) con diversi referenti ciascuno con un ruolo specifico, e adottando una modalità operativa specifica, che ha regolato lo svolgimento delle attività, finalizzate alla predisposizione delle Linee guida, nell'ambito dello stesso.

L'approccio metodologico proposto, anche se impegnativo, ha consentito di ottenere risultati significativi, frutto del confronto dei partecipanti e della considerazione delle esperienze e peculiarità delle Aziende sanitarie del Lazio.

#### 3.1. Il Gruppo di lavoro

##### *I referenti della Regione Lazio*

La Regione, attraverso i propri referenti dell'area Economico-sanitaria (Direzione bilancio e tributi), ha svolto le seguenti funzioni:

- programmazione e indirizzo dell'attività del Gruppo di lavoro integrato;
- validazione e comunicazione dei risultati dell'attività svolta dal Gruppo di lavoro integrato;
- risoluzione di problematiche emerse durante lo svolgimento delle attività.

##### *I referenti delle Aziende sanitarie*

I referenti delle singole Aziende<sup>1</sup> hanno svolto un ruolo di tipo consultivo che si è caratterizzato nelle seguenti funzioni:

- apporto di esperienze e di informazioni riguardo contesti aziendali specifici nell'area della Programmazione e controllo, risultate funzionali a garantire la maggiore coerenza possibile tra Linee guida e realtà territoriali oggetto di applicazione;

- formulazione di suggerimenti e pareri rispetto al contenuto dei singoli documenti discussi negli incontri.

##### *Il Gruppo dei consulenti*

Al gruppo dei consulenti<sup>2</sup> è stato attribuito un ruolo di tipo metodologico e operativo caratterizzato dalle seguenti funzioni:

- supporto alla Regione nella funzione di programmazione e indirizzo delle attività previste nel Gruppo di lavoro integrato (compreso il *project management* ed il coordinamento del progetto nel suo complesso);
- individuazione e definizione dell'impostazione metodologica delle Linee guida nel suo complesso e dei singoli aspetti in esse ricompresi;
- predisposizione dei documenti intermedi e stesura dei manuali.

#### 3.2. Le modalità operative di svolgimento delle attività

La metodologia ha previsto, da un lato, la suddivisione degli ambiti specifici di trattazione delle Linee guida in moduli e, dall'altro, la modalità operativa di svolgimento delle attività, raggruppabili in un «ciclo progettuale», realizzate in stretta integrazione con tutte le componenti del Gruppo di lavoro e sviluppate con riferimento ai singoli ambiti specifici (trattati e sistematizzati all'interno delle Linee guida).

Per ogni modulo previsto sono state realizzate le seguenti attività (che costituiscono il «ciclo progettuale»):

- *brainstorming* guidato: avvio del ciclo e definizione, in dettaglio, dell'impostazione degli argomenti oggetto del modulo;
- redazione del documento intermedio: elaborazione, sulla base dei risultati del *brainstorming*, del documento nel quale sono riepilogati i contenuti relativi al modulo oggetto della sezione di Linee guida;
- *workshop* finale: raccolta di pareri e suggerimenti del Gruppo di lavoro rispetto ai contenuti del documento intermedio;
- condivisione della versione finale del documento intermedio: rivisitazione e/o condivisione del documento sulla base del *workshop* finale e chiusura formale del modulo.

### 3.3. Risultati ottenuti

Le Linee guida, sviluppate coinvolgendo gli attori del Ssr (Regione e Aziende) e predisposte rispettando le aree specifiche del Sistema di programmazione e controllo e le caratteristiche dell'organizzazione delle Aziende sanitarie, costituiscono il risultato dell'attività del Gruppo di lavoro orientato a definire indirizzi di carattere applicativo, rinunciando all'emanazione di documenti contenenti solamente principi di riferimento ormai noti, in favore di Linee guida definite in modo tale da poter concretamente guidare le Aziende nella costruzione dei loro Sistemi di programmazione e controllo e arricchite da modelli e strumenti aventi un adeguato livello di dettaglio, al fine di permettere una rapida ed efficace implementazione nelle diverse Aziende regionali.

Attraverso questo strumento la Regione, pur ricercando, come effetto del più recente processo di regionalizzazione, una maggiore uniformità nei Sistemi di programmazione e controllo delle proprie Aziende, non ha inteso, peraltro, ridurre l'autonomia organizzativa e gestionale propria delle Asp, ma facilitare e fornire degli utili indirizzi riguardo un ambito strategico per il funzionamento ed il governo del sistema e delle Aziende stesse.

In tale senso, le Linee guida sviluppate si caratterizzano per essere:

- dei requisiti di riferimento per le singole Aziende che, tuttavia, non precludono alle stesse di personalizzare il proprio Sistema di programmazione e controllo in funzione delle singole specificità istituzionali, organizzative e gestionali;

- riconducibili, attraverso un'impostazione dinamica delle stesse, alla strutturazione di un percorso evolutivo di riferimento, che consenta alle Aziende di dotarsi, in fase iniziale, di *standard* minimi di qualità per le metodologie di Programmazione e controllo e di evolvere nel tempo lungo il sentiero di sviluppo tracciato dalle Linee guida. Tale impostazione consente alle Aziende sanitarie, che presentano dei Sistemi di programmazione e controllo avanzati, di percorrere solamente gli stadi evolutivi mancanti, rispetto a quanto previsto in termini generali dalle Linee guida.

### 3.4. I manuali del Sistema di programmazione e controllo

Le Linee guida sono state strutturate in tre distinti manuali:

- il «*Volume 1 – Sistema di controllo*» nel quale è stato proposto un modello che consenta alle Aziende sanitarie di poter monitorare, in modo adeguato, le variabili gestionali rilevanti, siano esse di natura economica o non economica e rilevate a livello contabile o *extra* contabile. Il manuale si articola in tre sezioni; la prima sezione è finalizzata a fornire una visione d'insieme dell'impostazione del modello proposto, in termini di finalità perseguite ed orientamenti di fondo, elementi strutturali e modalità di funzionamento. La seconda e la terza sezione, dedicate alla trattazione approfondita dei due strumenti (Sistema delle rilevazioni e Sistema di *reporting*) del Sistema di programmazione e controllo sono articolate in due parti; la prima ha ad oggetto l'analisi degli elementi strutturali dei due sistemi, mentre la seconda ne approfondisce gli aspetti di funzionamento;

- il «*Volume 1 – Sistema di controllo - allegati*» completa il volume descritto in precedenza e fornisce alcuni strumenti indispensabili alla corretta impostazione degli elementi strutturali del Sistema di programmazione e controllo<sup>3</sup>.

- il «*Volume 2 – Il Sistema di programmazione*» nel quale è stato sviluppato un modello che garantisce la strutturazione del processo di programmazione a livello aziendale e la sua integrazione, all'interno di una cornice unitaria e coerente dal punto di vista logico e temporale, con quello a valenza regionale. La struttura del documento è articolata in due parti; la prima, di carattere sintetico, ha l'obiettivo di fornire un quadro d'insieme del processo di budget proposto, descrivendone le finalità di fondo, le logiche caratterizzanti, i soggetti coinvolti, le fasi di cui si compone e l'architettura contabile che lo sostiene. La seconda, di carattere analitico, rappresenta una guida operativa, rivolta a favorire l'adozione e l'utilizzo dello strumento, attraverso una descrizione dettagliata, puntuale ed esaustiva dei contenuti di carattere decisionale, organizzativo e contabile delle fasi nelle quali è articolato il modello proposto.

### 3.5. Diffusione delle *Linee guida* nelle Aziende sanitarie

Le Linee guida sono state approvate dalla Giunta regionale con deliberazione n. 203 del 18 febbraio 2005. La Regione ha scelto di informare le Aziende sanitarie regionali dell'approvazione delle Linee guida mediante una comunicazione formale; inoltre, le Linee guida sono state pubblicate nel BURL e sono state rese disponibili nel sito *web* della Regione Lazio al fine di favorirne la completa ed immediata diffusione e fruizione del contenuto.

## 4. Il Sistema di controllo

Nel modello sviluppato, il Sistema di controllo delle Aziende sanitarie pubbliche si articola in due sistemi elementari, rappresentati dal Sistema delle rilevazioni a supporto della Funzione programmazione e controllo (d'ora in avanti Sistema delle rilevazioni) e dal Sistema di *reporting*. In particolare:

- il Sistema delle rilevazioni è definito come il complesso delle rilevazioni contabili ed extra contabili volte alla produzione di informazioni economiche e non economiche rispetto a specifici oggetti individuati nell'ambito delle differenti aree gestionali dell'Azienda;

- il Sistema di *reporting* è definito come l'insieme degli strumenti e delle modalità di rappresentazione e di diffusione in Azienda delle informazioni prodotte dal Sistema delle rilevazioni.

La scelta dell'articolazione appena presentata è da porre in relazione all'importanza attribuita alla contemporanea implementazione, nelle Asp, dei due sottosistemi elementari suddetti, al fine di poter soddisfare i fabbisogni di controllo espressi, sia dalle stesse Asp, sia dalla Regione.

### 4.1. Il modello di *Sistema delle rilevazioni* sviluppato

Le Linee guida propongono un modello di Sistema delle rilevazioni che consenta:

- alle Asp di poter monitorare, in modo adeguato, le variabili gestionali rilevanti,

siano esse di natura economica o non economica e rilevate a livello contabile o extra contabile;

- alla Regione di poter attivare strumenti di monitoraggio dell'andamento gestionale delle stesse Asp, prevedendo l'implementazione, da parte di queste ultime, di modelli di controllo che presentino requisiti minimi di uniformità in termini di struttura, logiche di funzionamento e, conseguentemente, informazioni generate.

Le finalità elencate sono state fissate in relazione ad alcuni elementi di criticità caratterizzanti i Sistemi delle rilevazioni implementati dalle Asp regionali e già esplicitati, in termini generali, nel paragrafo relativo alla situazione attuale:

- relativamente alla prima finalità, ad oggi, la progettualità aziendale è spesso risultata in Sistemi delle rilevazioni focalizzati sulla produzione, in modo pressoché esclusivo, di informazioni a carattere economico e, dunque, non orientati al presidio delle variabili gestionali di tipo non economico, eccezion fatta per quelle rilevabili attraverso l'elaborazione dei dati contenuti nei flussi informativi relativi ad alcune tipologie di attività sanitarie, resi obbligatori a livello regionale;

- circa la seconda finalità, le variabili oggetto di rilevazione e gli ambiti di rilevazione di tali variabili risultano strutturati, nelle diverse Aziende, in modo disomogeneo e ad un diverso livello di articolazione. In aggiunta, numerose differenze sussistono, fra le diverse Asp, anche in termini di logiche di funzionamento dei Sistemi delle rilevazioni implementati.

Al fine di poter perseguire le finalità enunciate in precedenza, il modello di Sistema delle rilevazioni è stato impostato con riferimento agli orientamenti di fondo seguenti:

- ricerca di bilanciamento fra componenti strutturali e di funzionamento attraverso l'individuazione, sia degli ambiti organizzativo/contabili e delle variabili gestionali da monitorare (componenti strutturali), sia delle logiche che devono guidare la realizzazione del processo di rilevazione (componenti di funzionamento);



– proposta di precisi criteri di progettazione delle componenti strutturali del Sistema, cui le Aziende possano fare riferimento in fase di revisione degli elementi già impostati, come anche, eventualmente, al momento dell’iniziale implementazione degli stessi;

– presentazione di «Piani» contabili di riferimento per ciascuno degli elementi strutturali del Sistema delle rilevazioni, da intendersi quali utili spunti le Asp nell’impostazione dei propri «Piani» e rispetto ai quali questi ultimi devono poter essere raccordati, in tal modo garantendo alla Regione che i Sistemi adottati dalle singole Aziende presentino requisiti minimi in termini di componenti strutturali;

– definizione di criteri cui informare il funzionamento del Sistema delle rilevazioni, ovvero lo svolgimento delle attività di rilevazione delle variabili prese a riferimento rispetto alle unità elementari individuate. In tal modo, i Sistemi implementati a livello aziendale, caratterizzati da comuni modalità di svolgimento delle attività di rilevazione, possono rendere disponibili alla Regione informazioni rilevate in modo omogeneo nell’ambito delle singole Asp.

Enunciati, nel modo sin qui espresso, le finalità e gli orientamenti di fondo che hanno indirizzato la stesura delle Linee guida, il Sistema delle rilevazioni risultante sarà descritto, facendo riferimento, in base ad una sistematizzazione ormai consolidata in letteratura, ai suoi elementi strutturali e di funzionamento.

*Gli elementi strutturali del Sistema delle rilevazioni*

La struttura del Sistema delle rilevazioni è definita dagli elementi seguenti:

- Piano dei Centri di costo (definito, nelle Linee guida, Piano dei Centri di rilevazione);
- Piano dei fattori produttivi;
- Piano delle Variabili elementari e degli indicatori.

In particolare, il Piano dei Centri di costo individua le unità elementari di rilevazione. Di contro, il Piano dei Fattori produttivi ed

il Piano delle Variabili elementari e degli Indicatori definiscono le variabili oggetto di rilevazione.

Per ciascuno degli elementi menzionati, si procede a descrivere le caratteristiche principali dei criteri di progettazione definiti e dei «Piani» contabili presentati nelle Linee guida.

#### *Piano dei Centri di costo*

La progettazione del Piano dei Centri di costo si sviluppa in base ad un percorso preciso che, a partire dall’identificazione delle unità di base della struttura organizzativa aziendale, ossia le Unità operative, prosegue con l’individuazione delle diverse aree di attività, riconoscibili nelle singole Unità operative, che, essendo caratterizzate da processi produttivi difformi, potrebbero dare origine a specifici Centri di costo (d’ora in avanti CdC, ma denominati Centri di rilevazione nelle Linee guida). Il percorso di progettazione si conclude, quindi, con la valutazione, da un lato, della rilevanza delle singole aree di attività individuate all’interno delle singole Unità operative, dall’altro, della capacità dei sistemi informativi alimentanti, di fornire dati elementari idonei a monitorare le variabili maggiormente significative per tali aree (valutazione di misurabilità) e delle difficoltà insite nello svolgimento, da parte della funzione programmazione e controllo, delle attività di rilevazione a livello di singola area di attività (valutazione di onerosità della misurazione).

Oltre ai CdC individuati in corrispondenza delle diverse articolazioni organizzative, sono previsti anche Centri di natura prettamente contabile, ossia unità elementari che, pur non essendo necessariamente riferite a specifiche Unità operative, consentono la rilevazione di variabili che non trovano adeguata ed oggettiva collocazione all’interno di altri CdC o finalizzate al monitoraggio di progetti trasversali rispetto alla strutture dell’organizzazione.

In merito ai criteri di progettazione descritti, si propongono alcune considerazioni circa le motivazioni che sottendono alla loro definizione:

- l’individuazione di uno o più CdC in corrispondenza delle singole Unità operative

è funzionale alla soluzione di un elemento di criticità riscontrato, di frequente, nei Piani dei Centri attualmente implementati a livello aziendale, che si sviluppano non tenendo in considerazione la relazione che deve sussistere fra Unità operative e CdC. In sintesi, le prime sono gli elementi alla base della struttura organizzativa aziendale e, dall'analisi delle loro caratteristiche, è possibile identificare almeno una parte dei CdC, mentre questi ultimi costituiscono i veri e propri ambiti di rilevazione del Sistema. In tal senso, alla natura «organizzativa» delle Unità operative si contrappone la natura prettamente «contabile» dei CdC, da cui consegue che l'ambito di rilevazione immediato del Sistema è rappresentato da questi ultimi e non dalle unità componenti la struttura organizzativa. Le informazioni relative a tali unità sono derivate dall'aggregazione dei dati registrati tramite i CdC ad esse connessi. In questo senso, in corrispondenza della singola Unità operativa va sempre individuato almeno un CdC;

- la scelta di consentire l'individuazione di una pluralità di CdC in corrispondenza delle singole Unità operative è funzionale all'identificazione di ambiti di rilevazione omogenei, rispetto ai quali poter definire *set* di variabili tipiche da sottoporre a rilevazione, come anche svolgere, a livello aziendale e sovraziendale, analisi di *benchmarking*;

- il richiamo all'opportunità di svolgere valutazioni di rilevanza delle aree di attività individuate nelle singole Unità operative, nonché di misurabilità e di onerosità delle procedure di rilevazione rispetto a tali aree, è finalizzata a correggere la tendenza, frequentemente osservata nelle Asp, di attivare nuovi CdC senza aver precedentemente analizzato con attenzione gli elementi menzionati.

Il Piano dei Centri proposto nell'ambito delle Linee guida rappresenta un elenco dei CdC di riferimento, attraverso il quale vengono identificate le principali tipologie di Centri a cui i CdC attivati a livello aziendale devono poter essere ricondotti.

Le tipologie di CdC incluse nel Piano sono organizzate in classi e sottoclassi che raggruppano i Centri omogenei per funzione e macro attività svolta, così come espresso nella **tabella 1**.

#### *Piano dei Fattori produttivi*

L'*iter* di progettazione del Piano dei Fattori produttivi proposto alle Asp:

- prende avvio dall'individuazione delle nature macro di fattori della produzione riscontrabili nella realtà aziendale, significative ai fini gestionali e di cui il Sistema delle rilevazioni intende procedere al monitoraggio sistematico;

- successivamente, prevede che si proceda alla progressiva disarticolazione di ciascuna di tali nature macro, fino ad individuare i Fattori produttivi elementari, idonei a valutarne il contributo allo svolgimento dei processi caratterizzanti le singole classi di CdC.

Nella conduzione dell'*iter* di progettazione, la presenza di un Piano dei Conti di contabilità economico patrimoniale definito a livello regionale, come si verifica per le Asp della Regione Lazio, rappresenta un elemento rilevante, in quanto, nelle singole Aziende, i sottosistemi alimentanti il Sistema delle rilevazioni, in parte sovrapponibili a quelli alimentanti la Contabilità economico patrimoniale (d'ora in avanti CO.EP.), dovrebbero essere in grado di garantire almeno il livello di dettaglio informativo previsto dal Piano dei conti. In aggiunta, per i Fattori produttivi per i quali la CO.EP. costituisce il flusso di alimentazione preferenziale/esclusivo, il livello di dettaglio del Piano dei fattori produttivi dovrebbe risultare coerente con quello del Piano dei conti.

Sulla base di quanto riportato sopra, la predisposizione del Piano dei fattori produttivi, parte integrante delle Linee guida, è avvenuta, innanzitutto, definendo le variabili economiche da monitorare dal parte del Sistema delle rilevazioni e, successivamente, prevedendone una strutturazione che consentisse il raccordo, laddove utile, con il Piano dei conti di CO.EP. regionale.

Il Piano dei fattori produttivi risultante è funzionale alla rilevazione delle variabili economiche caratteristiche per le Asp, relative alle attività svolte ed alle risorse impiegate per la realizzazione di tali attività da parte dei singoli Centri, agendo sul «mercato» esterno ed interno.

Centri di produzione		Funzione di produzione	Centri di degenza	Erogazione di assistenza ospedaliera in regime di degenza
			Centri diagnostico-terapeutici	Erogazione, in ambito generalmente ospedaliero, di prestazioni specialistiche e/o di diagnostica strumentale e di laboratorio
			Centri territoriali distrettuali	Erogazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a livello distrettuale
			Centri territoriali di prevenzione	Erogazione di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
Centri di servizio	Centri di servizio ausiliari	Funzione di servizio ausiliario	Centri di supporto sanitario	Svolgimento di servizi sanitari, non consistenti nell'erogazione di prestazioni specialistiche e/o di diagnostica strumentale e di laboratorio, a supporto di altri Centri
			Centri alberghieri	Svolgimento di servizi alberghieri a favore di altri Centri
	Centri di servizio di struttura	Funzione di servizio di struttura	Centri amministrativo-gestionali	Svolgimento di attività che consentono il funzionamento dell'Azienda nel suo complesso o di parti significative della stessa
Centri di coordinamento		Funzione di coordinamento	Centri di coordinamento	Svolgimento di attività di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica rispetto ad altri Centri
Centri contabili		Funzione di rilevazione di particolari componenti economiche		
		Funzione di monitoraggio di particolari progetti		
		Funzione di completamento del sistema di rilevazione		
		...		

Al fine di consentire la rilevazione delle variabili economiche menzionate, nel Piano dei fattori produttivi presentato:

- sono previste le voci di ricavo connesse con la gestione caratteristica e, fra queste, quelle finalizzate alla rilevazione del valore, ottenuto sulla base dei sistemi tariffari vigenti, delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali erogate;

- non sono previste le voci di ricavo connesse con la gestione non caratteristica, ossia

legate alle gestioni finanziaria e straordinaria, quelle volte a registrare il valore effettivo, definito da parte della Regione, dei proventi per mobilità attiva ed, infine, quelle finalizzate alla rilevazione dei proventi per quote del Fondo sanitario regionale ripartite;

- sono incluse le voci di costo della gestione caratteristica e, fra di esse, quelle dedicate alla rilevazione degli oneri per servizi sanitari acquisiti e sottoposti a meccanismi di regolazione diretta fra Azienda richiedente e soggetto erogatore;

**Tabella 1**  
Classi e sottoclassi  
di Centri di costo  
Funzioni e macro attività

– non sono incluse le voci di costo della gestione non caratteristica, ossia legate alle gestioni finanziaria, straordinaria e fiscale, come anche quelle preposte alla rilevazione, tramite individuazione del valore ufficiale accertato a livello regionale, dei costi per prestazioni sanitarie fruite dagli assistiti delle Aziende sanitarie locali presso altri erogatori pubblici e sottoposte al regime della mobilità;

– sono previste voci di ricavo e di costo finalizzate alla rilevazione delle variabili economiche connesse con lo scambio di prestazioni intermedie a carattere diagnostico-terapeutico, sanitario di supporto, alberghiero e tecnico e con la ripartizione dei costi generali di funzionamento aziendali.

#### *Piano delle Variabili elementari e degli Indicatori*

Il Piano delle Variabili elementari e degli Indicatori, elemento strutturale del Sistema delle rilevazioni funzionale alla rilevazione di informazioni gestionali di tipo sintetico, a carattere economico e non economico, si compone di parametri di misurazione articolati su due livelli, ossia Variabili elementari, che rappresentano il livello elementare – ovvero, senza elaborazioni – di Parametri di misurazione ed Indicatori – secondo livello di parametri –, che risultano dalla combinazione di più Variabili elementari, al fine di ottenere valori medi e/o incidenze percentuali.

Nell'intenzione delle Linee guida, le Variabili elementari e gli Indicatori monitorati dal Sistema delle rilevazioni dovrebbero consentire di esprimere e di quantificare tutte le dimensioni gestionali idonee a rappresentare le condizioni di svolgimento dell'attività aziendale ed i relativi risultati. A tale scopo, vengono individuati quattro profili di governo della gestione, che devono trovare espressione e misurazione nelle Variabili e negli Indicatori definiti.

I profili di governo presi a riferimento sono elencati di seguito assieme alle rispettive finalità:

– profilo di governo clinico: intende valutare l'offerta di servizi sanitari, nonché il grado di appropriatezza della stessa;

– profilo di governo dei processi: si propone di valutare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse impiegate nei processi di produzione e di amministrazione;

– profilo di governo economico: intende valutare la capacità di conseguire efficaci risultati di salute per l'utenza secondo economicità;

– profilo di governo dello sviluppo: si propone di valutare la capacità di programmare le politiche di crescita.

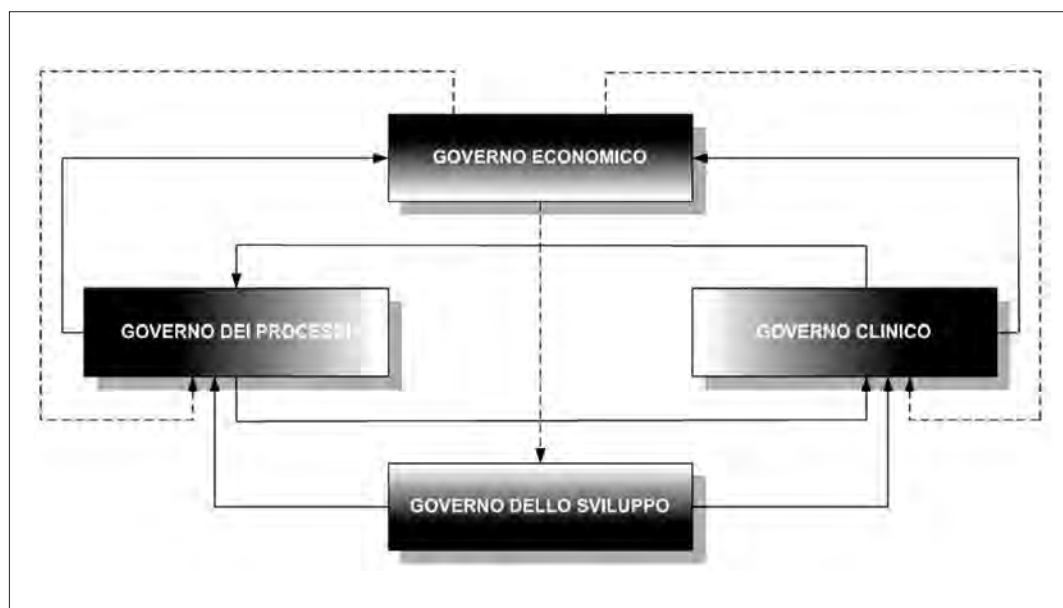
Poiché i quattro profili di governo non sono indipendenti, l'individuazione di Variabili elementari e di Indicatori da associare a ciascuno di essi consente di avere a disposizione parametri che, oltre ad essere idonei a monitorare ognuna delle dimensioni fondamentali della gestione, sono idonei a valutarne il livello di reciproca coerenza, considerando adeguatamente il complesso delle relazioni causa-effetto e delle influenze che esse finiscono per scambiarsi vicendevolmente. Tali relazioni sono rappresentate in **figura 1**.

I criteri di progettazione suggeriti per il Piano prevedono:

– la definizione, per il profilo di governo clinico, dalle classi di attività realizzate in Azienda, per il profilo di governo dei processi, dalle classi di risorse impiegate nello svolgimento dei processi aziendali ed, infine, per il profilo di governo economico, dalle classi di ricavi conseguiti e di costi sostenuti;

– la successiva individuazione, per ognuno degli ambiti suddetti, del *set* dei parametri necessari per monitorare efficacemente ciascun profilo di governo.

Il Piano delle Variabili elementari e degli Indicatori proposto nell'ambito delle Linee guida presenta un insieme di Variabili elementari e di Indicatori «di base» e non pretende di risultare esaustivo rispetto al soddisfacimento delle esigenze conoscitive riscontrabili nei singoli contesti aziendali che, invece, devono essere tenute in debita considerazione, da parte delle singole Aziende, in sede di eventuale strutturazione/revisione dei propri Piani.



**Figura 1**  
Relazioni tra i profili di governo della gestione

#### *Gli elementi di funzionamento del Sistema delle rilevazioni*

La definizione delle caratteristiche del Sistema delle rilevazioni richiede, oltre alla specificazione delle finalità perseguite e degli elementi strutturali che lo compongono, anche l'individuazione degli aspetti di funzionamento, ovvero dell'insieme dei principi che informano il processo di rilevazione delle variabili oggetto del Sistema rispetto agli ambiti di analisi selezionati.

Nelle Linee guida, la tematica degli aspetti di funzionamento è affrontata proponendone la suddivisione logica nei seguenti sottoambiti:

- criteri di rilevazione. Riguardano la definizione di elementi quali la tempistica delle attività di rilevazione, i flussi alimentanti da utilizzare, le modalità di trasformazione dei dati elementari, ottenuti dai flussi suddetti, in informazioni idonee a supportare lo svolgimento dei processi di controllo e decisionali, ecc.;

- criteri di attribuzione. Attengono alla determinazione delle logiche che sottendono alla attribuzione dei dati rilevati ai singoli CdC.

Nelle Linee guida, i criteri di rilevazione e di attribuzione da utilizzare da parte del-

le Asp sono stati enunciati con riferimento a raggruppamenti di variabili, definiti come aree di rilevazione, quali classi di variabili rispetto alle quali procedere alla rilevazione, caratterizzate da aspetti di omogeneità relativamente alla natura, ai flussi informativi alimentanti, nonché alle modalità di rilevazione. Tali aree possono presentarsi trasversali ai due Piani, risultando di interesse, in un caso, la dimensione economica del fenomeno oggetto di rilevazione, in un altro, quella fisico-tecnica.

#### *Logiche di rilevazione*

Come si è avuto modo di esprimere in precedenza, la tematica delle logiche di rilevazione è stata incentrata sulla regolazione di diversi aspetti (tempistica della rilevazione, flussi alimentanti, modalità di rilevazione, ecc.) rispetto ai quali le scelte compiute possono essere espresse nel modo seguente.

In merito alla tempistica di rilevazione, per ogni classe di variabili, le Linee guida definiscono l'esigenza di una frequenza di rilevazione almeno trimestrale, considerata adeguata a consentire, alle Asp, il monitoraggio infrannuale delle principali variabili gestionali e, conseguentemente, alla Regione, la disponibilità, in base ad una periodicità predeterminata, delle variabili suddette rispetto alle singole Aziende.

Per ciò che concerne gli ulteriori aspetti che consentono di qualificare le logiche di rilevazione, nelle Linee guida sono presentate apposite schede di analisi finalizzate a proporre una visione di sintesi rispetto alla singola classe di variabili ed articolate nelle sezioni seguenti:

- flussi informativi alimentanti e loro caratteristiche principali;
- dati elementari da estrapolare da ciascun flusso;
- unità organizzative normalmente preposte all'estrazione dei dati elementari dai flussi alimentanti;
- unità organizzative, appartenenti all'area programmazione e controllo, usualmente responsabili dell'acquisizione, dell'elaborazione e della verifica dei dati elementari per le finalità del Sistema delle rilevazioni.

Il quadro riassuntivo presentato nella **tabella 2**, per ciascuna delle aree di rilevazione identificate nelle Linee guida, propone, oltre all'associazione con il flusso di alimentazione previsto, l'individuazione delle unità organizzative cui si è appena fatto riferimento.

#### *Logiche di attribuzione*

Definite le logiche di rilevazione per le singole classi di variabili, le Linee guida fissano i criteri cui informare l'attribuzione dei dati ai CdC, strutturando un *iter* logico di attribuzione articolato in tre fasi.

L'*iter* suddetto prende avvio (*Fase 1 - Allocazione dei ricavi e dei costi a rilevanza esterna*) dalla rilevazione, rispetto ai singoli CdC, delle variabili economiche e non economiche, aventi valenza esterna, specificamente riferibili e direttamente imputabili, in tal modo garantendo l'oggettività dell'attribuzione ai Centri. Per la Fase 1, le Linee guida propongono specifici schemi di analisi delle modalità di attribuzione, definiti a livello di singola area di rilevazione, che indicano le classi di CdC rispetto alle quali l'attribuzione delle variabili economiche e non economiche contenute nei «Piani» contabili di riferimento è ritenuta coerente nella Fase considerata.

A partire dalle variabili attribuite inizialmente, si procede (*Fase 2 - Prima imputa-*

*zione dei costi e valorizzazione delle attività a rilevanza interna*) alla rilevazione degli scambi di prestazioni intermedie – ovvero prestazioni di tipo diagnostico-terapeutico, sanitario di supporto, alberghiero e tecnico – e di fattori della produzione che intervengono fra CdC. La considerazione di tali scambi consente di determinare, attraverso l'implementazione dei criteri e dei percorsi di valorizzazione definiti per le diverse tipologie di prestazioni intermedie e di fattori della produzione, il complesso delle attività svolte dai CdC, nonché delle risorse utilizzate per la realizzazione delle stesse. In particolare, con il completamento della Fase 2, il valore complessivo delle risorse attribuite ai singoli CdC rappresenta il costo complessivo di produzione ad essi riferito.

L'*iter* di attribuzione si conclude (*Fase 3 - Seconda imputazione dei costi*) con la ripartizione fra CdC dei costi generali di funzionamento dell'Azienda. L'obiettivo della terza Fase consiste nella determinazione del costo complessivo di CdC.

#### 4.2. Il modello di Sistema di *reporting* sviluppato

La finalità perseguita dalle Linee guida rispetto al Sistema di *reporting* attiene all'implementazione, da parte delle Asp regionali, di un Sistema che consenta di mettere a disposizione le informazioni fornite dal Sistema delle rilevazioni ai diversi livelli dell'organizzazione, agevolandone l'utilizzo nell'ambito dei processi decisionali, per la corretta comprensione dei fatti della gestione aziendale ed il supporto alla definizione dei corsi d'azione futuri.

Tale scelta va posta in relazione con il grado di utilizzo, al momento valutabile come inadeguato, delle informazioni prodotte dai Sistemi delle rilevazioni quale elemento di supporto al processo decisionale ai vari livelli di numerose Asp regionali. Tale circostanza è da ricondurre, principalmente, alle caratteristiche assunte dai Sistemi di *reporting* attualmente adottati dalle stesse Asp, di cui si procede a riportare gli elementi ritenuti maggiormente critici e già descritti, in generale, nel paragrafo relativo alla situazione attuale:

**Tabella 2**  
Aree di rilevazione, flussi informativi ed unità organizzative di riferimento per la funzione programmazione e controllo

AREE DI RILEVAZIONE	DIMENSIONI DI RILEVAZIONE PREVISTE	FLUSSO INFORMATIVO (applicativo di riferimento)	UNITÀ ORGANIZZATIVA FORNITRICE DEL FLUSSO (certificatore del flusso)	ATTIVITÀ DELL'AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO		
				Acquisizione dati periodo di riferimento (*)	Elaborazione dati acquisiti (**)	Verifica dati risultanti dalle elaborazioni (***)
<b>Aree di rilevazione a rilevanza esterna: attività</b>						
Contributi in conto esercizio	Economica	Contabilità economico-patrimoniale	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica
Prestazioni sanitarie erogate (a paganti)	Economica	Contabilità economico-patrimoniale	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica
Prestazioni sanitarie erogate - Ricoveri	Economica e fisico-tecnica	SIO	U.O. Sistema informativo aziendale	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e di laboratorio	Economica e fisico-tecnica	SIAS	U.O. Sistema informativo aziendale	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area emergenza	Economica e fisico-tecnica	SIES	U.O. Sistema informativo aziendale	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area distrettuale	Economica e fisico-tecnica	Flussi interni azienda/Flussi regionali	U.O. Sistema informativo aziendale	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area prevenzione	Economica e fisico-tecnica	Flussi interni azienda/Flussi regionali	U.O. Sistema informativo aziendale	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area salute mentale	Economica e fisico-tecnica	Flussi interni azienda/Flussi regionali	U.O. Sistema informativo aziendale	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
<b>Aree di rilevazione a rilevanza esterna: risorse</b>						
Risorse umane - Personale dipendente ed a convenzione	Fisico-tecnica	Flussi applicativi del personale	U.O. Risorse umane e/o altri	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Beni di consumo - Beni e materiali sanitari	Economica	Flusso applicativo approvvigionamenti	U.O. Contabilità analitica	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Beni di consumo - Beni e materiali non sanitari	Fisico-tecnica	Flusso applicativo approvvigionamenti	U.O. Acquisizione beni e servizi	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Servizi sanitari acquistati	Economica	Contabilità economico-patrimoniale	U.O. Contabilità analitica	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Servizi non sanitari acquistati	Economica	Contabilità economico-patrimoniale/Flusso applicativo approvvigionamenti	U.O. Contabilità analitica	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione	U.O. Controllo di gestione
Cespiti	Economica	Contabilità dei cespiti/Contabilità economico-patrimoniale	U.O. Tecnico patrimoniale/U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica
<b>Aree di rilevazione a rilevanza interna: attività / risorse</b>						
Prestazioni intermedie	Economica e fisico-tecnica	Flusso applicativi servizi diagnostico-terapeutici e flusso interno	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica	U.O. Contabilità analitica

(\*) Acquisizione dei dati validati dall'unità organizzativa fornitrice.

(\*\*) Elaborazione dei dati acquisiti finalizzata al calcolo delle variabili rilevanti per la reportistica standard/specifica.

(\*\*\*) Verifica dei dati elaborati (controllo interno delle unità organizzative che producono il reporting).

- scarsa finalizzazione rispetto alle esigenze dei destinatari ed informazioni fornite solo su sollecitazione di questi ultimi;
- carenza di modulazione rispetto al livello di cultura gestionale riscontrato in Azienda;
- ridotta frequenza di predisposizione/diffusione dei *report* anche per le variabili ritenute maggiormente critiche;
- forma dei *report* non correlata alla tipologia/numerosità delle informazioni contenute;
- numerosità dei *report*, anche per il medesimo oggetto di analisi, predisposti da una pluralità di soggetti emittenti.

Gli orientamenti di fondo delle Linee guida relativamente al Sistema di *reporting*, idonei alla soluzione delle problematiche appena elencate, sono:

- attenzione, sia agli aspetti strutturali del Sistema di *reporting*, ovvero alle caratteristiche dei singoli *report* prodotti e resi disponibili, sia ai criteri di funzionamento dello stesso, ossia alle logiche di base per la predisposizione di tali *report*;
- definizione di specifiche classi di *report*, da prevedere nei Sistemi impostati a livello aziendale, in maniera da garantirne l'efficacia rispetto alle esigenze conoscitive usualmente riscontrate;
- presentazione di criteri di progettazione specifici per i *report* finalizzati al monitoraggio, in corso di esercizio, delle basi di previsione e degli obiettivi di Budget, nonché dell'andamento delle principali variabili gestionali;
- focalizzazione dell'*iter* di progettazione dei *report* sulle esigenze conoscitive dei destinatari, in modo tale da massimizzare la capacità del Sistema di soddisfare al meglio il fabbisogno informativo dei suoi fruitori;
- determinazione di logiche generali di funzionamento del Sistema di *reporting*, volte a specificare i criteri da osservare nella definizione della frequenza di predisposizione e di diffusione dei *report*, nonché le unità organizzative coinvolte nella gestione del Sistema.

Enunciati, in tal modo, le finalità e gli orientamenti di fondo che hanno guidato

la stesura delle Linee guida sul Sistema di *reporting*, si propone, qui di seguito, un'analisi specifica del modello definito.

#### *Gli elementi strutturali del Sistema di reporting*

In base alle Linee guida, il raggiungimento degli obiettivi attribuiti al Sistema di *reporting* presuppone che, nell'ambito dei Sistemi strutturati a livello aziendale, sia prevista la presenza di diverse tipologie di *report*, individuabili, in relazione ad una classificazione tradizionale, in *report* di *routine*, d'approfondimento e non strutturati.

L'oggetto di riferimento delle Linee guida nella definizione della struttura del Sistema di *reporting* è rappresentata dal Piano dei *report* di *routine*, ovvero dall'insieme dei *report*, relativi alla funzione programmazione e controllo, che sono predisposti e diffusi con sistematicità in Azienda.

Le Linee guida definiscono i criteri di progettazione del Piano dei *report* di *routine* e, successivamente, forniscono una proposta di riferimento per le Aziende.

I criteri di progettazione previsti danno origine ad un percorso di progettazione strutturato in momenti progettuali posti in sequenza, le cui caratteristiche principali possono essere così sintetizzate:

- individuazione, quale punto di avvio del processo di strutturazione del Piano dei *report*, delle esigenze conoscitive dei destinatari dei *report*, fattore ritenuto idoneo ad orientare il Sistema di *reporting* al soddisfacimento delle esigenze conoscitive attinenti alla funzione programmazione e controllo presenti in Azienda;
- esplicitazione delle logiche da seguire nella definizione delle tipologie di variabili che i *report* per le diverse classi di destinatari devono presidiare;
- determinazione degli elementi da considerare nella strutturazione dei *report* per classe di destinatari, ossia contenuto specifico, livello organizzativo/contabile e forma dei *report*, nonché dei criteri cui attenersi nella definizione degli elementi suddetti con riferimento ai singoli *report*.

Per quanto riguarda il Piano proposto, esso rappresenta un'esemplificazione del risul-



tato che può essere conseguito attraverso lo svolgimento del percorso progettuale proposto ed, in tal senso, non ha pretese di esaustività rispetto alle esigenze riscontrabili nelle singole Aziende.

Per la costruzione del Piano suddetto, si è fatto riferimento ai soli *report* di *routine* d'andamento, volti, cioè, a monitorare, nel corso dell'esercizio, le variabili gestionali rilevanti, individuandone specifiche tipologie rivolte alle principali classi di destinatari all'interno delle Asp e strutturandoli per livelli di dettaglio progressivi. Successivamente, per i *report* sviluppati si è proceduto a riassumerne le caratteristiche principali in una «mappa» del Sistema di *reporting* ed, infine, a definirne il possibile modello «grafico» di riferimento.

#### *Gli elementi di funzionamento del Sistema di reporting*

Le Linee guida, con riferimento alle logiche di funzionamento del Sistema di *reporting*, sottolineano l'importanza che la preparazione e la diffusione dei *report* di *routine* avvenga con cadenza infrannuale, prevedendo una periodicità almeno trimestrale, ritenuta adeguata per garantire il soddisfacimento di due esigenze contrapposte: la necessità di diffondere le informazioni utili ai fini di controllo della gestione/di budget e di supporto alle decisioni su base infrannuale e la «sostenibilità» per l'area programmazione e controllo delle attività di predisposizione e di trasmissione dei *report*.

A proposito della tempistica del *reporting*, le Linee guida pongono in rilievo come questa non debba essere confusa con quella di svolgimento delle attività di rilevazione. In particolare, se la frequenza del *reporting* non può essere superiore a quella con la quale vengono svolte le operazioni di rilevazione, è preferibile che tali operazioni siano realizzate in modo continuativo e non solo in corrispondenza delle periodicità impostate per il Sistema di *reporting*, al fine di avere a disposizione, in modo continuativo, informazioni utili per la valutazione dell'andamento delle variabili gestionali.

Il secondo aspetto di funzionamento del Sistema di *reporting* oggetto delle Linee guida attiene all'individuazione delle unità organizzative appartenenti all'area pro-

grammazione e controllo da coinvolgere nella produzione e nella «trasmissione» della reportistica periodica sviluppata. Per un'analisi del contenuto delle Linee guida in merito alla tematica indicata, si prenda a riferimento il quadro riassuntivo presentato nella **tabella 3**.

## **5. Il Sistema di programmazione**

### 5.1. Attuali limiti dei sistemi di programmazione nelle Asp del Lazio

Il budget rappresenta lo strumento del Sistema di programmazione e controllo attraverso il quale le Asp possono tradurre in termini quantitativi e, con un orizzonte temporale di carattere annuale, il complesso dei loro programmi operativi, allocandovi in modo ottimale le risorse disponibili e definendo compiti ed obiettivi dei vari responsabili, al fine di attuare le proprie strategie mantenendo il necessario equilibrio negli aspetti economici, patrimoniali e finanziari della gestione. Secondo le classiche impostazioni delle teorie di *management accounting*, la definizione del budget dovrebbe essere il risultato di un processo comprendente aspetti di carattere decisionale, organizzativo e contabile, fra loro adeguatamente bilanciati e sintetizzati in un programma d'esercizio che contiene obiettivi in forma qualitativa e quantitativa riferiti alle variabili gestionali (attività e risorse) e che, in termini monetari, si esprime attraverso la redazione di un Conto economico e di uno Stato patrimoniale preventivo, unitamente ad un budget della tesoreria preposto al governo della gestione finanziaria. Rispetto a questi principi di carattere generale, non si può fare a meno di osservare come lo sviluppo dei sistemi di Budget in molte Asp del Lazio sia stato finora caratterizzato da una mancata integrazione tra componenti organizzative, contabili e, di conseguenza, decisionali del processo che, consolidandosi nel tempo, ha dato origine a modelli di programmazione differenziati nelle diverse Aziende ma con limiti e criticità comuni fra loro:

– in termini organizzativi, si assiste allo svolgimento di processi di budget spesso formali e intempestivi, caratterizzati dalla formulazione di obiettivi non sempre coerenti

**Tabella 3**

Aree di *reporting* ed unità organizzative di riferimento per la funzione programmazione e controllo

AREE DI REPORTING	DIMENSIONI DI REPORTING PREVISTE	ATTIVITÀ DELL'AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
		Sviluppo e produzione reportistica periodica (*)
<b>Aree di rilevazione a rilevanza esterna: attività</b>		
Contributi in conto esercizio	Economica	U.O. Contabilità analitica
Prestazioni sanitarie erogate (a paganti)	Economica	U.O. Contabilità analitica
Prestazioni sanitarie erogate - Ricoveri	Economica e fisico-tecnica	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e di laboratorio	Economica e fisico-tecnica	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area emergenza	Economica e fisico-tecnica	U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area distrettuale	Economica e fisico-tecnica	U.O. Sistema informativo aziendale-U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area prevenzione	Economica e fisico-tecnica	U.O. Sistema informativo aziendale-U.O. Controllo di gestione
Prestazioni sanitarie erogate - Area salute mentale	Economica e fisico-tecnica	U.O. Sistema informativo aziendale-U.O. Controllo di gestione
<b>Aree di rilevazione a rilevanza esterna: risorse</b>		
Risorse umane - Personale dipendente ed a convenzione	Fisico-tecnica	U.O. Controllo di gestione
	Economica	U.O. Controllo di gestione
Beni di consumo - Beni e materiali sanitari	Fisico-tecnica	U.O. Controllo di gestione
	Economica	U.O. Controllo di gestione
Beni di consumo - Beni e materiali non sanitari	Fisico-tecnica	U.O. Controllo di gestione
	Economica	U.O. Controllo di gestione
Servizi sanitari acquistati	Economica	U.O. Contabilità analitica
Servizi non sanitari acquistati	Economica	U.O. Contabilità analitica
Cespiti	Economica	U.O. Contabilità analitica
<b>Aree di rilevazione a rilevanza interna: attività/risorse</b>		
Prestazioni intermedie	Economica e fisico-tecnica	U.O. Contabilità analitica
<b>Aree di sintesi</b>		
Conti economici	Economica	U.O. Contabilità analitica
Prospetti di Variabili elementari e di indicatori	Economica e fisico-tecnica	U.O. Controllo di gestione
Previsioni alla base del budget	Economica e fisico-tecnica	Comitato budget
Obiettivi di budget	Economica e fisico-tecnica	Comitato budget

(\*) Rappresentazione dei dati elaborati attraverso i report periodici.

alle eventuali strategie definite in sede di pianificazione, slegati dalla formazione del Bilancio di previsione e prevalentemente finalizzati a soddisfare delle esigenze particolari, connesse soprattutto alla corresponsione, attraverso lo strumento tecnico del budget, della quota variabile della retribuzione legata al risultato;

- in termini contabili, il Bilancio di previsione, che dovrebbe incorporare la traduzione in termini economici, patrimoniali e finanziari degli effetti derivanti dal perseguimento dei programmi di gestione e dei relativi obiettivi di budget all'interno dell'organizzazione, prevede un processo di redazione che tende a separare in modo netto la formazione delle singole poste contabili dalla presa in considerazione degli accadimenti che dovrebbero verificarsi all'interno dell'Azienda attraverso le modalità di realizzazione delle sue combinazioni economiche tipiche che, in ultima analisi, rappresentano la reale e fondamentale determinante dei valori che saranno effettivamente assunti dal bilancio;

- in termini decisionali, il mancato allineamento tra politiche di budget a livello di Unità operative e Dipartimenti e politiche di bilancio e programmazione sanitaria a livello di Asp e Regione finisce per generare due processi di programmazione paralleli, complicando notevolmente il processo decisionale e, con esso, la capacità di lettura e, almeno in linea di principio, di condivisione delle scelte aziendali di alto livello da parte dei singoli componenti dell'organizzazione che, molto spesso, non trovano modo di discutere all'interno del processo di budget (che, in deroga ai più elementari principi di gestione budgetaria, in molte realtà si avvia addirittura a Bilancio di previsione chiuso) decisioni già assunte e relative a temi spesso strategici e centrali per lo sviluppo delle Aziende.

L'effetto finale di queste distorsioni, che in una visione più generale basata sull'esperienza di chi scrive sono comuni anche a molti altri contesti regionali, è certamente quello di indebolire l'incisività del budget quale strumento di governo delle Asp, ma, soprattutto, è quello di complicare notevolmente la capacità della Regione di ricoprire in modo efficace il ruolo di capogruppo che le è riservato dall'attuale assetto normativo

che regola il nostro sistema sanitario. In altre parole, allo stato attuale si può sostenere che nel Lazio, come in altre Regioni, ci si trova in assenza di un modello di programmazione economico-sanitaria tempestivo, di carattere annuale e realmente integrato con i singoli processi di budget che si sviluppano all'interno delle Asp e che, in ultima analisi, dovrebbero avere come finalità proprio quella di favorire, attraverso la realizzazione dei programmi, lo svolgimento coerente sul territorio, anno dopo anno, delle politiche sanitarie regionali contenute nei relativi dei Piani sanitari regionali.

## 5.2. L'orientamento di fondo delle Linee guida per la Programmazione

Le Linee guida approvate dalla Regione Lazio nascono con l'obiettivo strategico di realizzare un modello di Programmazione in grado di garantire, all'interno di una cornice unitaria e coerente dal punto di vista logico e temporale, l'integrazione tra i processi di Programmazione a valenza aziendale e quelli a valenza regionale, attraverso la strutturazione di un processo di budget di riferimento per le Asp, molto standardizzato ed in grado di prevedere e perseguire una reale e sistematica integrazione tra Budget aziendale, Bilancio di previsione e Bilancio regionale. Più in particolare con il nuovo modello di programmazione s'intende realizzare un processo virtuoso in base al quale:

- il Bilancio di previsione non dovrà essere più predisposto secondo un'ottica prevalentemente economico finanziaria, sganciata dagli obiettivi di carattere assistenziale e, conseguentemente, con una scarsa capacità di traduzione monetaria dei programmi contenuti nel Budget aziendale;

- il Budget aziendale, a sua volta, dovrà essere elaborato tenendo conto dei vincoli di compatibilità economica generale ma, nei suoi aspetti qualitativi, quantitativi ed economici, si dovrà porre quale premessa e strumento operativo indispensabile alla successiva redazione del Bilancio di previsione;

- la Regione, disponendo di Bilanci di previsione, documenti e prospetti di Programmazione tempestivi e realmente rappresentativi dei programmi e del contesto operativo delle singole Asp, sarà messa nelle condizio-

ni di operare una reale ed incisiva funzione di regolazione e indirizzo integrato del sistema nei suoi aspetti assistenziali e finanziari.

Per mantenere una forte coerenza rispetto all'obiettivo strategico che ne ha originato la redazione, le Linee guida sono state costruite attorno ad alcuni criteri di fondo che permeano l'intero modello di Programmazione, tanto nei suoi aspetti decisionali ed organizzativi, quanto nelle sue componenti più tecniche e contabili. Più in particolare, tali criteri possono essere riepilogati come di seguito:

- contemperamento e ricerca di equilibrio tra aspetti decisionali ed organizzativi del processo e relativi risvolti operativi e contabili grazie ad una precisa articolazione organizzativa in termini di fasi, procedure, soggetti coinvolti e relative responsabilità, ed un'altrettanto rigorosa struttura tecnica in termini di prospetti contabili da predisporre in corrispondenza di ciascuna fase e relative modalità di redazione;

- forte attenzione, attraverso la definizione di una puntuale scansione temporale delle singole fasi del processo all'interno di un calendario di budget condiviso ed integrato tra Asp e Regione, alla rilevanza temporale del processo stesso con riferimento alle esigenze di coordinamento dei tempi regionali e aziendali e di tempestività della programmazione a tutti i livelli di governo;

- costante ricerca di elevati livelli di partecipazione e coinvolgimento dell'organizzazione, attraverso lo sviluppo di un modello che può definirsi caratterizzato da logiche di tipo *top-down* partecipato e di cooperazione negoziata lungo tutte le fasi di formazione del Budget aziendale;

- estrema attenzione alla scelta dei soggetti da coinvolgere e alla declinazione dei rispettivi ruoli e funzioni all'interno delle singole fasi del processo di Programmazione, allo scopo di favorire l'integrazione Budget-Bilancio di previsione e limitare l'isolamento e il sovraccarico operativo che, frequentemente, i responsabili delle funzioni di Programmazione e controllo finiscono per subire nelle fasi di predisposizione e negoziazione del Budget aziendale;

- valorizzazione ed enfaticizzazione del ruolo, nell'ambito dello sviluppo tecnico-contabile del Budget, di particolari aree ammini-

strative (Bilancio, Personale, Provveditorato, ecc.) non sempre adeguatamente coinvolte e responsabilizzate rispetto ad alcune importanti fasi del processo di Programmazione;

- considerazione, durante la fase di formulazione degli obiettivi di Budget, della complessità gestionale delle Asp e conseguente proposta di un completo modello di individuazione e negoziazione degli obiettivi di Budget con i singoli Centri di responsabilità (d'ora in poi CdR, ma definiti come *Centri di budget* nelle Linee guida), volto a mettere in costante relazione ed equilibrio gli aspetti relativi al governo clinico e allo sviluppo dell'organizzazione con quelli inerenti il governo economico e dei processi operativi.

### 5.3. La struttura del modello di Programmazione

Le Linee guida propongono una rigorosa sequenza decisionale, organizzativa, contabile e temporale per la conduzione del processo di Budget all'interno delle singole Asp. Tale sequenza prevede un processo articolato in 11 fasi *standard* (alcune delle quali fanno riferimento, in modo esclusivo o parziale, alle sole Asp territoriali), alle quali è possibile sovrapporre una struttura contabile che assegna a ciascuna di esse una parte della sequenza di operazioni di carattere tecnico/contabile necessarie ad integrare la definizione del Budget aziendale con l'elaborazione del Bilancio di previsione.

Più in dettaglio, all'interno delle Linee Guida, l'illustrazione di ogni fase del processo è caratterizzata:

- da un'approfondita descrizione delle sue modalità di svolgimento a livello organizzativo, che sono rappresentate anche graficamente mediante diagrammi di flusso interfunzionali;

- dalla descrizione puntuale delle modalità di elaborazione dei singoli prospetti contabili che rappresentano il risultato di ciascuna fase e, con riferimento al sistema dei Budget settoriali (descritti nel prossimo paragrafo), dalla formalizzazione delle relazioni quantitative e delle formule matematiche da utilizzare per il collegamento dei singoli Budget ed il calcolo dei valori (monetati e fisico/tecnici) da inserirvi;

– dalla specificazione puntuale dell’insieme dei soggetti coinvolti nello svolgimento delle singole fasi in termini di: componenti, ruoli e funzioni ricoperte;

– dall’inquadramento temporale all’interno di un calendario di budget stabilito a livello regionale che regola inizio, fine e durata di ciascuna fase in modo da consentire un efficace raccordo ed un’effettiva cooperazione tra processi di Programmazione aziendali e regionali.

La **tabella 4** mostra, in una visione d’insieme, l’elenco delle singole fasi con il dettaglio dei prospetti contabili di riferimento, dei soggetti coinvolti e il mese d’inizio e quello di fine previsti. Le **figure 2 e 3** mostrano invece lo schema logico per il collegamento delle 11 fasi che formano il processo di budget e l’architettura contabile che le sostiene.

#### 5.4. Descrizione del processo di Programmazione

In questo paragrafo si descrivono brevemente le 11 fasi del processo di Programmazione definito dalle Linee guida, cercando di focalizzare l’attenzione sui punti salienti e d’innovazione che, a parere di chi scrive, ne caratterizzano maggiormente il contenuto.

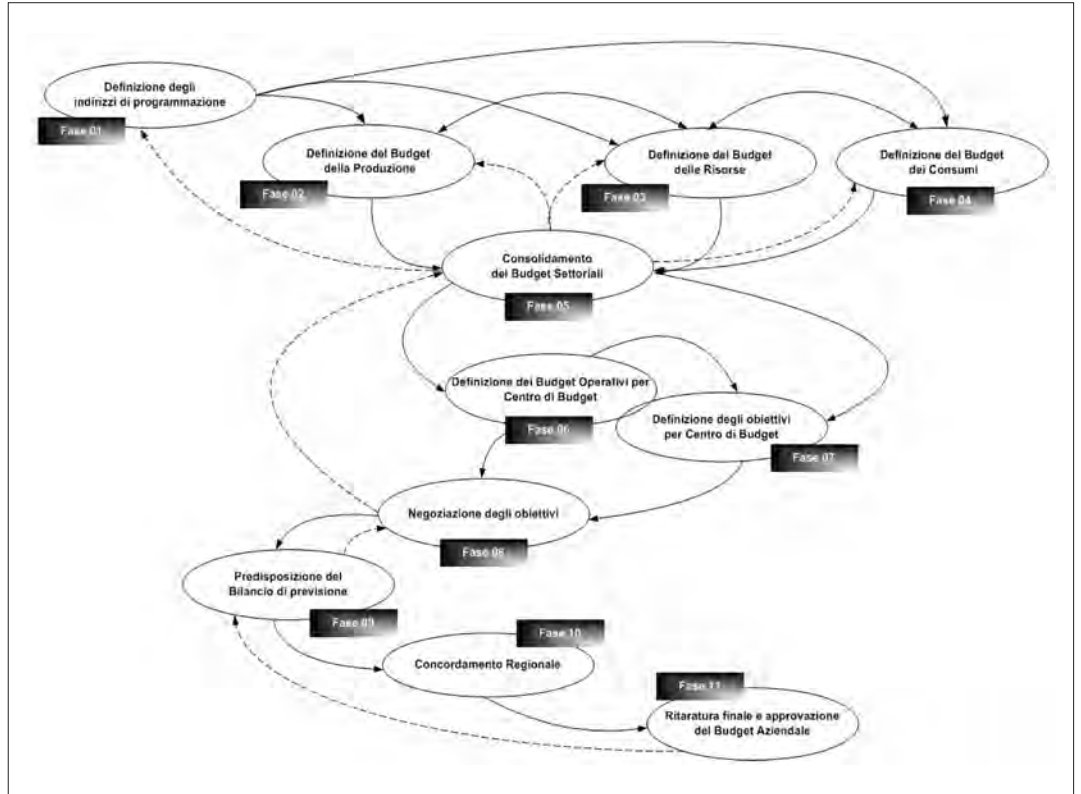
##### *Definizione degli indirizzi di Programmazione*

Questa fase apre il ciclo di Programmazione annuale ed ha come obiettivo quello di formalizzare il quadro di riferimento per la predisposizione del Budget aziendale, attraverso la stesura e la successiva approvazione, da parte del Collegio di direzione, del Documento di programmazione annuale (d’ora in poi DPA), che deve essere formalmente deliberato e trasmesso in Regione entro il mese di

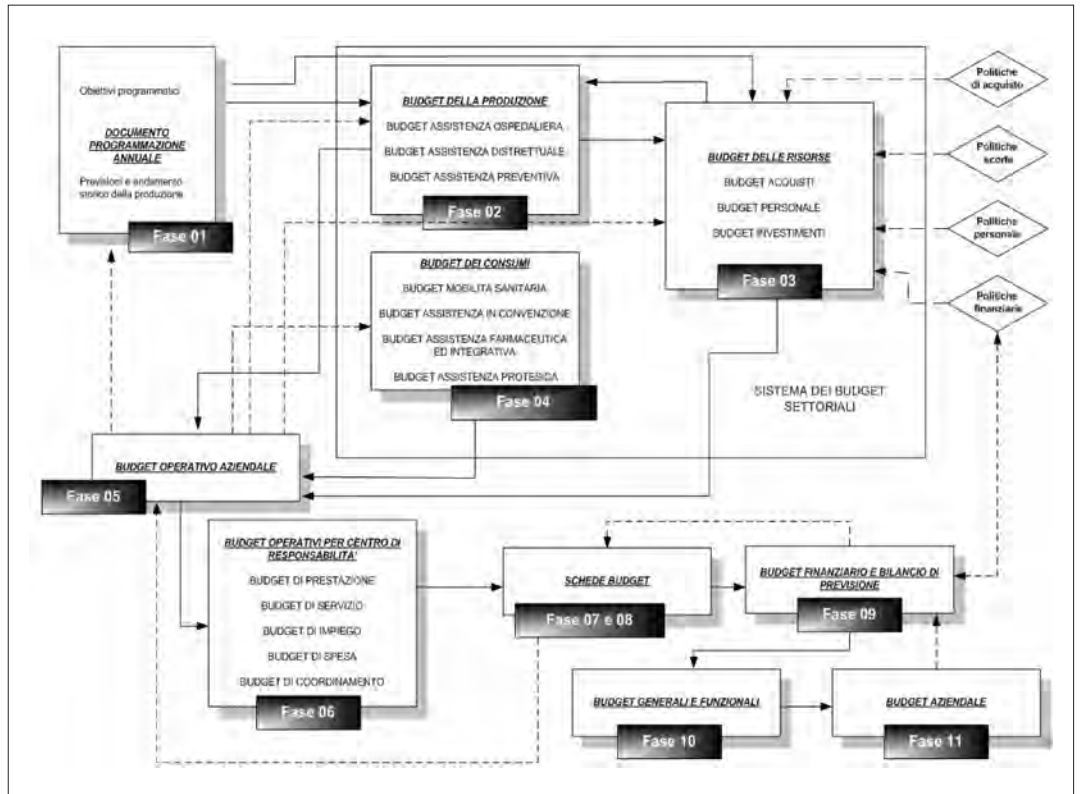
**Tabella 4**  
Visione d’insieme della struttura del processo di Programmazione

Fase	Descrizione	Prospetti contabili	Soggetti coinvolti	Mese inizio	Mese fine
Fase 01	Definizione degli indirizzi di programmazione	Documento di Programmazione annuale	Direzione aziendale, Collegio di direzione e Comitato budget	Luglio	Settembre
Fase 02	Definizione del Budget della produzione	Budget assistenza ospedaliera, territoriale e preventiva	Comitato budget	Ottobre	Novembre
Fase 03	Definizione del Budget delle risorse	Budget acquisti, personale, investimenti,	Comitato budget		
Fase 04	Definizione del Budget dei consumi	Budget mobilità sanitaria, assistenza in convenzione, assistenza farmaceutica ed integrativa, assistenza protesica.	Comitato budget		
Fase 05	Consolidamento dei Budget settoriali	Budget operativo aziendale	Direzione aziendale, Collegio di direzione e Comitato budget		
Fase 06	Definizione dei Budget operativi per centro di budget	Budget operativi per centro di budget	Comitato budget, Centri di negoziazione, Centri di budget	Dicembre	Dicembre
Fase 07	Definizione degli obiettivi di Budget per centro di budget	Scheda budget	Comitato budget, Centri di negoziazione, Centri di budget		
Fase 08	Negoziazione degli obiettivi		Comitato budget, Centri di negoziazione, Centri di budget		
Fase 09	Predisposizione del Bilancio di previsione	Bilancio di previsione	Direzione aziendale, Collegio di direzione e Comitato budget		
Fase 10	Concordamento regionale	Budget generale e Budget funzionali	Direzione aziendale, Comitato budget	Dicembre	Gennaio
Fase 11	Ritaratura finale e approvazione del Budget aziendale	Budget aziendale	Direzione aziendale, Collegio di direzione Comitato budget	Gennaio	Febbraio

**Figura 2**  
Fasi del processo di budget e collegamenti



**Figura 3**  
Modello contabile per la determinazione del Budget aziendale e del Bilancio di previsione



settembre antecedente quello oggetto di budget. Nel DPA, la cui struttura, vincolante per le Asp, è definita dalle Linee guida, trovano una collocazione unitaria e una declinazione annuale, soprattutto quantitativa, i singoli atti di pianificazione nazionale, regionale, locale ed aziendale di carattere pluriennale, nonché le dinamiche e gli indirizzi di natura istituzionale, politica e sindacale che orientano e influenzano l'azione delle Asp.

#### *Definizione del Budget settoriale della produzione*

L'elaborazione dei Budget della produzione rappresenta, dal punto di vista logico, la prima delle tre fasi del processo che fanno riferimento al sistema dei Budget settoriali, ossia a delle particolari tipologie di Budget operativo che sono elaborati contestualmente l'uno all'altro e si caratterizzano per essere focalizzati su una specifica area d'attività o funzione aziendale. Il sistema dei Budget settoriali rappresenta lo strumento centrale del modello di Programmazione proposto dalle Linee guida in quanto consente, attraverso le particolari modalità di elaborazione individuate, di collegare ed integrare in un unico processo gli aspetti di natura contabile legati alla predisposizione del Bilancio di previsione, con quelli tipicamente decisionali ed organizzativi connessi all'assegnazione del Budget e dei relativi obiettivi ai diversi CdR presenti all'interno dell'Azienda.

Il Budget della produzione, dal quale si origina anche la relazione di programmazione sanitaria annuale che dovrà accompagnare il Bilancio di previsione, è costruito dal Comitato budget con il contributo dei responsabili dei Dipartimenti funzionali per l'assistenza sanitaria e, dal punto di vista contabile, è originato dalla definizione dei programmi di azione dal lato dell'offerta diretta di prestazioni e servizi contenuti nel DPA. La redazione di questo prospetto è basata sull'impiego di opportuni algoritmi di calcolo contenuti nelle Linee guida che permettono di tradurre i programmi aziendali per l'assistenza ospedaliera, distrettuale e preventiva in precisi riferimenti quantitativi non monetari ma, viceversa, in grado di esprimere, attraverso l'impiego di un linguaggio prettamente clinico-sanitario, la produzione attesa in termini di tipologia, numero e valore di

prestazioni e servizi sanitari, finali ed intermedi, da erogare nell'anno di Budget da parte dei diversi CdR.

#### *Definizione del Budget settoriale delle risorse*

Con la predisposizione del Budget delle risorse, il Comitato budget individua in termini di acquisti, personale ed investimenti, il livello di risorse (espresse sia in termini monetari che fisico/tecnici) necessario a ciascun CdR per poter garantire il raggiungimento dei livelli di produzione e servizio stabiliti nel Budget della produzione, oppure allo svolgimento delle attività di carattere tecnico/amministrativo di supporto ad esso. Anche il Budget delle risorse è realizzato per singolo CdR ed è collegato, attraverso precise relazioni quantitative contenute in dettagliati algoritmi di calcolo: ai vincoli di compatibilità economica contenuti all'interno del DPA; alla tipologia ed ai volumi di prestazioni e servizi, finali ed intermedi, determinati nel Budget della produzione; ad altre tipologie di costi che presentano dei fabbisogni non direttamente collegabili alla variabilità nei volumi di produzione di prestazioni e servizi.

#### *Definizione del Budget settoriale dei consumi*

Lo sviluppo di tale budget consente alle Asp territoriali di ampliare gli ambiti di programmazione dalla produzione diretta di servizi e prestazioni e dei relativi fabbisogni di risorse, alla complessiva tutela esercitata in favore dei propri assistibili. Il Budget dei consumi, che per assolvere pienamente alle proprie funzioni dovrebbe essere opportunamente completato ed integrato con delle apposite Linee guida per il Budget del medico di medicina generale, ha come riferimento il Distretto e, per il momento, si pone l'obiettivo minimo di prevedere tipologia, quantità e costo della quota di prestazioni sanitarie e sociosanitarie e delle altre forme di assistenza, comprese la farmaceutica e la protesica territoriale, consumate e fruite dagli assistiti di ciascun Distretto attraverso il ricorso a strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche non a gestione diretta, strutture private

accreditate, farmacie territoriali, ortopedie sanitarie e così via.

#### *Consolidamento dei Budget settoriali*

Dopo aver terminato la redazione dei Budget settoriali della produzione delle risorse e dei consumi per singolo CdR (riportati in **tabella 5**), è necessario provvedere al loro consolidamento ai fini di verificarne, all'interno di una visione sintetica ed unitaria a livello d'Azienda, l'effettiva compatibilità economico finanziaria con quanto contenuto nel DPA. Il consolidamento dei prospetti di tipo settoriale consente di ottenere il Budget operativo aziendale, che rappresenta la sintesi dei principali elementi di ricavo e costo originati dalla declinazione quantitativa degli indirizzi di programmazione definiti nel DPA e che deve essere sviluppato (si vedano le **tabelle 6 e 7**):

- a finanziamento e costi attesi;
- a finanziamento e costi attesi di area funzionale.

I due prospetti, dai quali sarà possibile ricavare i Budget operativi dei singoli CdR, devono, se sussistono le condizioni di compatibilità economico-finanziaria, essere approvati entro la fine di novembre dell'anno antecedente quello oggetto di Budget con apposita deliberazione dalla Direzione aziendali, previo parere obbligatorio del Collegio di direzione.

#### *Definizione dei Budget operativi per Centro di responsabilità*

Con l'approvazione del Budget operativo aziendale è possibile avviare le fasi del processo dedicate a responsabilizzare l'organizzazione rispetto ad attività da svolgere e risorse da impiegare. Tali fasi si aprono con la realizzazione dei Budget operativi per CdR, ossia di prospetti che aggregano, sulla base di schemi contabili prestabiliti dalle Linee Guida, i Budget settoriali elaborati in precedenza in funzione della struttura delle responsabilità aziendali. I Budget operativi per CdR esprimono quindi l'insieme delle attività e delle risorse poste sotto la responsabilità diretta di un singolo responsabile e, pertanto, rappresentano la premessa indispensabile

per la successiva assegnazione degli obiettivi. Questi Budget sono descritti e classificati dalle Linee guida in cinque tipologie:

- Budget di prestazione;
- Budget di servizio;
- Budget di impiego;
- Budget di spesa;
- Budget di coordinamento.

Le singole tipologie di Budget operativo possono coesistere fra loro. In altre parole, ad un solo CdR possono essere contemporaneamente assegnati Budget operativi appartenenti a classi differenti. Si pensi, ad esempio, ad un Distretto che per le Linee guida rappresenta un CdR e che, in funzione delle attività che svolge, è titolare sia di Budget di prestazione e di impiego relativamente alla funzione di produzione di prestazioni e servizi, che di Budget di spesa con riferimento, ad esempio, all'assistenza protesica territoriale. I singoli Budget settoriali possono poi rappresentare contemporaneamente più tipologie di Budget operativi. Ad esempio, il Budget dei beni sanitari di consumo è contemporaneamente scomponibile in più Budget di impiego, in quanto è destinato a governare il consumo dei fattori produttivi utilizzati dai singoli CdR nello svolgimento dei processi operativi, e raggruppabile in uno o più Budget di spesa, in quanto è destinato anche a governare la spesa complessiva per l'acquisizione di singoli o di classi omogenee di fattori produttivi da parte di quei CdR, generalmente di amministrazione e gestione, ai quali sono assegnate autorizzazioni all'acquisto dei beni sanitari di consumo.

In termini operativi, la costruzione dei singoli Budget è supportata dalle Linee guida attraverso un'apposita matrice di responsabilizzazione (si veda la **figura 4**), che deve essere utilizzata dalle Asp e che mette in relazione i singoli Budget settoriali riportati in **tabella 5** con le diverse tipologie di CdC eventualmente compresi all'interno di un singolo CdR.

#### *Definizione degli obiettivi per Centro di budget*

Lo svolgimento di questa fase consente alle Asp di predisporre le Schede budget necessarie alla negoziazione degli obiettivi con



<b>Codice</b>	<b>Budget settoriali</b>
<b>1</b>	<b>Budget della produzione</b>
<b>1.1</b>	<b>Budget dell'assistenza ospedaliera</b>
1.1.1	Budget dei ricoveri
1.1.1.1	Budget dei ricoveri ordinari
1.1.1.2	Budget dei ricoveri diurni
1.1.2	Budget dell'emergenza urgenza
1.1.3	Budget dei servizi intermedi
1.1.3.1	Budget delle degenze intensive e di supporto
1.1.3.2	Budget del blocco operatorio
1.1.4	Budget delle prestazioni intermedie
<b>1.2</b>	<b>Budget dell'assistenza distrettuale</b>
1.2.1	Budget dell'assistenza sanitaria di base
1.2.1.1	Budget del Medico di medicina generale
1.2.1.2	Budget della continuità assistenziale
1.2.2	Budget dell'assistenza specialistica ambulatoriale
1.2.2.1	Budget delle prestazioni ambulatoriali
1.2.2.2	Budget delle prestazioni di laboratorio
1.2.3	Budget dell'assistenza territoriale
1.2.3.1	Budget dell'assistenza territoriale domiciliare (ADI)
1.2.3.2	Budget dell'assistenza territoriale ambulatoriale
1.2.3.3	Budget dell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
<b>1.3</b>	<b>Budget dell'assistenza preventiva</b>
1.3.1	Budget della sanità pubblica
1.3.1.1	Budget dell'igiene e sanità pubblica
1.3.1.2	Budget dell'igiene degli alimenti e della nutrizione
1.3.1.3	Budget della sicurezza in ambienti di vita e lavoro
1.3.2	Budget della sanità pubblica veterinaria
1.3.2.1	Budget sanità animale
1.3.2.2	Budget igiene allevamenti e produzioni zootecniche
1.3.2.3	Budget igiene alimenti origine animale
<b>2</b>	<b>Budget delle risorse</b>
<b>2.1</b>	<b>Budget degli acquisti</b>
2.1.1	Budget dei beni di consumo sanitari
2.1.2	Budget dei beni di consumo non sanitari
2.1.3	Budget dei servizi sanitari
2.1.4	Budget delle manutenzioni
2.1.4.1	Budget dei beni di consumo per manutenzione
2.1.4.2	Budget dei servizi di manutenzione
2.1.5	Budget per il godimento beni di terzi
2.1.5.1	Budget delle locazioni
2.1.5.2	Budget dei canoni di noleggio
2.1.6	Budget dei servizi alberghieri
2.1.6.1	Budget dei servizi esternalizzati
2.1.6.2	Budget delle utenze
2.1.7	Budget dei costi discrezionali e residuali
<b>2.2</b>	<b>Budget del personale</b>
2.2.1	Budget del personale dipendente
2.2.1.1	Piano assunzioni e cessazioni
2.2.1.1	Piano scambi intracompany
2.2.1.2	Piano straordinari
2.2.1.3	Piano ferie
2.2.1.4	Piano progressioni e posizioni
2.2.2	Budget delle convenzioni
2.2.2.1	Budget delle convenzioni per l'assistenza sanitaria di base
2.2.2.2	Budget delle convenzioni per l'assistenza territoriale
2.2.2.3	Budget delle convenzioni per l'assistenza specialistica ambulatoriale
2.2.3	Budget degli altri costi del personale
2.2.4	Budget della formazione
<b>2.3</b>	<b>Budget degli investimenti</b>
<b>3</b>	<b>Budget dei consumi</b>
<b>3.1</b>	<b>Budget della mobilità sanitaria</b>
<b>3.2</b>	<b>Budget dell'assistenza in convenzione</b>
<b>3.3</b>	<b>Budget dell'assistenza farmaceutica ed integrativa</b>
<b>3.4</b>	<b>Budget dell'assistenza protesica</b>

**Tabella 5**  
Piano dei Budget settoriali

Codice	Budget operativo aziendale
<b>A</b>	<b>Fondo sanitario regionale</b>
<b>A.1</b>	<b>Assistenza ospedaliera</b>
<b>A.2</b>	<b>Assistenza distrettuale</b>
<b>A.3</b>	<b>Assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro</b>
<b>B</b>	<b>Mobilità sanitaria attiva</b>
<b>C</b>	<b>Altri finanziamenti</b>
<b>C.1</b>	<b>Compartecipazioni alla spesa</b>
<b>C.2</b>	<b>Ricavi e proventi per servizi socio sanitari</b>
<b>C.3</b>	<b>Altri finanziamenti e contributi pubblici vincolati</b>
<b>C.4</b>	<b>Altri finanziamenti e contributi pubblici indistinti</b>
<b>C.5</b>	<b>Proventi vari</b>
<b>A+B+C</b>	<b>TOTALE FINANZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA</b>
<b>2</b>	<b>Budget delle risorse</b>
<b>2.1</b>	<b>Budget degli acquisti</b>
2.1.1	Budget dei beni di consumo sanitari
2.1.2	Budget dei beni di consumo non sanitari
2.1.3	Budget dei servizi sanitari
2.1.4	Budget delle manutenzioni
2.1.5	Budget per il godimento beni di terzi
2.1.6	Budget dei servizi alberghieri
2.1.7	Budget dei costi discrezionali e residuali
<b>2.2</b>	<b>Budget del personale</b>
2.2.1	Budget del personale dipendente
2.2.2	Budget delle convenzioni
2.2.3	Budget degli altri costi del personale
2.2.4	Budget della formazione
<b>2.3</b>	<b>Budget degli investimenti</b>
<b>3</b>	<b>Budget dei consumi</b>
<b>3.1</b>	<b>Budget della mobilità sanitaria</b>
<b>3.2</b>	<b>Budget dell'assistenza in convenzione</b>
<b>3.3</b>	<b>Budget dell'assistenza farmaceutica ed integrativa</b>
<b>3.4</b>	<b>Budget dell'assistenza protesica</b>
<b>2 + 3</b>	<b>TOTALE COSTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA</b>
<b>(A+B+C) - (2+3)</b>	<b>RISULTATO OPERATIVO ATTESO</b>

Tabella 6

Tavola del Budget operativo aziendale

i singoli CdR. Le attività previste in questa parte del processo si sostanziano nella definizione e nella formulazione, da parte del Comitato budget, degli obiettivi da assegnare ai singoli CdR.

La definizione degli obiettivi di un CdR non deve fare riferimento a tutti gli ambiti di responsabilizzazione compresi nel Budget operativo dello stesso. Gli obiettivi, infatti, per essere efficacemente perseguiti non possono essere troppo numerosi e, pertanto, vanno scelti in funzione dei contenuti del DPA, allo scopo di motivare e responsabilizzare i CdR sui programmi ritenuti prioritari dalla Direzione aziendali. Nella scelta degli obiettivi si dovrebbe, quindi, evitare di includere aspetti di carattere tattico o di non particolare criticità, in quanto già oggetto di generale responsabilizzazione attraverso l'assegnazione del Budget operativo di CdR. Nella redazione delle Schede budget occorre, invece, concentrarsi e focalizzarsi sugli aspetti di maggiore importanza e strategicità riportati all'interno del DPA.

La traduzione degli obiettivi in termini quantitativi deve avvenire attraverso l'impiego di un'apposita metodologia in grado di cogliere, in una visione integrata, la complessità che caratterizza il contesto operativo delle Asp, esprimendo e quantificando i programmi in obiettivi complessi, da misurare attraverso l'utilizzo di più indicatori integrati e complementari, in modo tale da cogliere tutte le dimensioni gestionali influenzate dal perseguimento di una determinata iniziativa. La metodologia proposta dalle Linee guida prevede quindi l'individuazione e l'inserimento nelle Schede budget di indicatori variabili da CdR a CdR, ed articolati lungo i quattro profili di governo della gestione descritti nelle pagine precedenti: clinico, economico, dei processi e dello sviluppo. Tali profili devono trovare espressione, misurazione e reciproca integrazione negli obiettivi di budget. Più concretamente, per utilizzare la metodologia, le Asp dovranno collegare ed integrare i quattro profili rispetto ai singoli obiettivi che intendono assegnare ad un determinato CdR. Ciò può avvenire attraverso l'applicazione della seguente sequenza logica:

- scomposizione dell'obiettivo di budget in un obiettivo primario e in quattro obiettivi di qualificazione e bilanciamento in corrispondenza di ciascun profilo di governo;
- selezione e combinazione d'indicatori coerenti e complementari fra loro in corrispondenza dell'obiettivo primario e dei quat-

Codice	Budget operativo aziendale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area prevenzione	Area Gestione
<b>A</b>	<b>Fondo sanitario regionale</b>				
<b>A.1</b>	<b>Assistenza ospedaliera</b>				
<b>A.2</b>	<b>Assistenza distrettuale</b>				
<b>A.3</b>	<b>Assistenza collettiva in ambienti di vita e lavoro</b>				
<b>B</b>	<b>Mobilità sanitaria attiva</b>				
<b>C</b>	<b>Altri finanziamenti</b>				
<b>C.1</b>	<b>Compartecipazioni alla spesa</b>				
<b>C.2</b>	<b>Ricavi e proventi per servizi socio sanitari</b>				
<b>C.3</b>	<b>Altri finanziamenti e contributi pubblici vincolati</b>				
<b>C.4</b>	<b>Altri finanziamenti e contributi pubblici indistinti</b>				
<b>C.5</b>	<b>Proventi vari</b>				
<b>A+B+C</b>	<b>TOTALE FINANZIAMENTO DELLA PRODUZIONE</b>				
<b>2</b>	<b>Budget delle risorse</b>				
<b>2.1</b>	<b>Budget degli acquisti</b>				
2.1.1	Budget dei beni di consumo sanitari				
2.1.2	Budget dei beni di consumo non sanitari				
2.1.3	Budget dei servizi sanitari				
2.1.4	Budget delle manutenzioni				
2.1.4.1	Budget dei beni di consumo per manutenzione				
2.1.4.2	Budget dei servizi di manutenzione				
2.1.5	Budget per il godimento beni di terzi				
2.1.5.1	Budget delle locazioni				
2.1.5.2	Budget dei canoni di noleggio				
2.1.6	Budget dei servizi alberghieri				
2.1.6.1	Budget dei servizi esternalizzati				
2.1.6.2	Budget delle utenze				
2.1.7	Budget dei costi discrezionali e residuali				
<b>2.2</b>	<b>Budget del personale</b>				
2.2.1	Budget del personale dipendente				
2.2.1.1	Piano assunzioni e cessazioni				
2.2.1.3	Piano straordinari				
2.2.1.4	Piano ferie				
2.2.1.5	Piano progressioni e posizioni				
2.2.2	Budget delle convenzioni				
2.2.2.1	Budget delle convenzioni per l'assistenza sanitaria di base				
2.2.2.2	Budget delle convenzioni per l'assistenza territoriale				
2.2.2.3	Budget delle convenzioni per l'assistenza specialistica ambulatoriale				
2.2.3	Budget degli altri costi del personale				
2.2.4	Budget della formazione				
<b>2.3</b>	<b>Budget degli investimenti</b>				
<b>3</b>	<b>Budget dei consumi</b>				
<b>3.1</b>	<b>Budget della mobilità sanitaria</b>				
<b>3.2</b>	<b>Budget dell'assistenza in convenzione</b>				
<b>3.3</b>	<b>Budget dell'assistenza farmaceutica ed integrativa</b>				
<b>3.4</b>	<b>Budget dell'assistenza protesica</b>				
<b>2+3</b>	<b>TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE</b>				






Tabella 7

Tavola per la costruzione  
Budget operativo aziendale  
di area funzionale

**Figura 4**  
Matrice di responsabilizzazione

Codice	Budget settoriali	Centri di dogana	Centri diagnostico terapeutici	Centri sanitari di supporto	Centri territoriali distrettuali	Centri territoriali prevenzione	Centri alberghieri	Centri tecnici	Centri amministrativi	Centri di coordinamento
<b>1</b>	<b>Budget della produzione</b>									
1.1	<i>Budget dell'assistenza ospedaliera</i>									
1.1.1	<i>Budget dei ricoveri</i>									
1.1.1.1	<i>Budget dei ricoveri ordinari</i>									
1.1.1.2	<i>Budget dei ricoveri diurni</i>									
1.1.2	<i>Budget dell'emergenza urgenza</i>									
1.1.3	<i>Budget dei servizi intermedi</i>									
1.1.3.1	<i>Budget delle degenze intensive e di supporto</i>									
1.1.3.2	<i>Budget del blocco operatorio</i>									
1.1.4	<i>Budget delle prestazioni intermedie</i>									
<b>1.2</b>	<b>Budget dell'assistenza distrettuale</b>									
1.2.1	<i>Budget dell'assistenza sanitaria di base</i>									
1.2.1.1	<i>Budget del medico di Medicina Generale</i>									
1.2.1.2	<i>Budget della comunità assistita</i>									
1.2.2	<i>Budget dell'assistenza specialistica ambulatoriale</i>									
1.2.2.1	<i>Budget delle prestazioni ambulatoriali</i>									
1.2.2.2	<i>Budget delle prestazioni di laboratorio</i>									
1.2.3	<i>Budget dell'assistenza territoriale</i>									
1.2.3.1	<i>Budget dell'assistenza territoriale domiciliare (A.D.)</i>									
1.2.3.2	<i>Budget dell'assistenza territoriale ambulatoriale</i>									
1.2.3.3	<i>Budget dell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale</i>									
<b>1.3</b>	<b>Budget dell'assistenza preventiva</b>									
1.3.1	<i>Budget della sanità pubblica</i>									
1.3.1.1	<i>Budget dell'igiene e sanità pubblica</i>									
1.3.1.2	<i>Budget dell'igiene degli alimenti e della nutrizione</i>									
1.3.1.3	<i>Budget della sicurezza in ambienti di vita e lavoro</i>									
1.3.2	<i>Budget della sanità pubblica veterinaria</i>									
1.3.2.1	<i>Budget sanità animale</i>									
1.3.2.2	<i>Budget igiene allevamenti e produzioni zootecniche</i>									
1.3.2.3	<i>Budget igiene alimenti origine animale</i>									
<b>2</b>	<b>Budget delle risorse</b>									
<b>2.1</b>	<b>Budget degli acquisti</b>									
2.1.1	<i>Budget dei beni di consumo sanitari</i>									
2.1.2	<i>Budget dei beni di consumo non sanitari</i>									
2.1.3	<i>Budget dei servizi sanitari</i>									
2.1.4	<i>Budget delle manutenzioni</i>									
2.1.4.1	<i>Budget dei beni di consumo per manutenzione</i>									
2.1.4.2	<i>Budget dei servizi di manutenzione</i>									
2.1.5	<i>Budget per il godimento beni di terzi</i>									
2.1.5.1	<i>Budget delle locazioni</i>									
2.1.5.2	<i>Budget dei canoni di noleggio</i>									
2.1.6	<i>Budget dei servizi alberghieri</i>									
2.1.6.1	<i>Budget dei servizi externalizzati</i>									
2.1.6.2	<i>Budget delle utenze</i>									
2.1.7	<i>Budget dei costi discrezionali</i>									
<b>2.2</b>	<b>Budget del personale</b>									
2.2.1	<i>Budget del personale dipendente</i>									
2.2.1.1	<i>Piano assunzioni e cessazioni</i>									
2.2.1.2	<i>Piano scambi intracompany</i>									
2.2.1.3	<i>Piano ferie</i>									
2.2.1.4	<i>Piano progressioni e posizioni</i>									
2.2.2	<i>Budget delle convenzioni</i>									
2.2.2.1	<i>Budget delle convenzioni per l'assistenza sanitaria di base</i>									
2.2.2.2	<i>Budget delle convenzioni per l'assistenza territoriale</i>									
2.2.2.3	<i>Budget delle convenzioni per l'assistenza specialistica ambulatoriale</i>									
2.2.3	<i>Budget degli altri costi del personale</i>									
2.2.4	<i>Budget della formazione</i>									
2.3	<i>Budget degli Investments</i>									
<b>3</b>	<b>Budget dei consumi</b>									
3.1	<i>Budget della mobilità sanitaria</i>									
3.2	<i>Budget dell'assistenza in convenzione</i>									
3.3	<i>Budget dell'assistenza farmaceutica ed integrativa</i>									
3.4	<i>Budget dell'assistenza protesica</i>									

**Legenda:**

-  Budget di produzione
-  Budget di Servizio
-  Budget di Consumo
-  Budget di Spesa
-  Budget di Coordinamento

tro obiettivi di qualificazione e bilanciamento. Per ogni obiettivo si otterranno così due tipologie d'indicatori:

1) un indicatore *target* in corrispondenza dell'obiettivo primario;

2) quattro indicatori di qualificazione dell'obiettivo primario, che sono funzionali ad evitare il manifestarsi di fenomeni di subottimizzazione tra profili nel perseguimento degli obiettivi di budget da parte dei CdR e ad agevolare le attività di valutazione dei risultati da parte del Comitato budget e del Nucleo di valutazione.

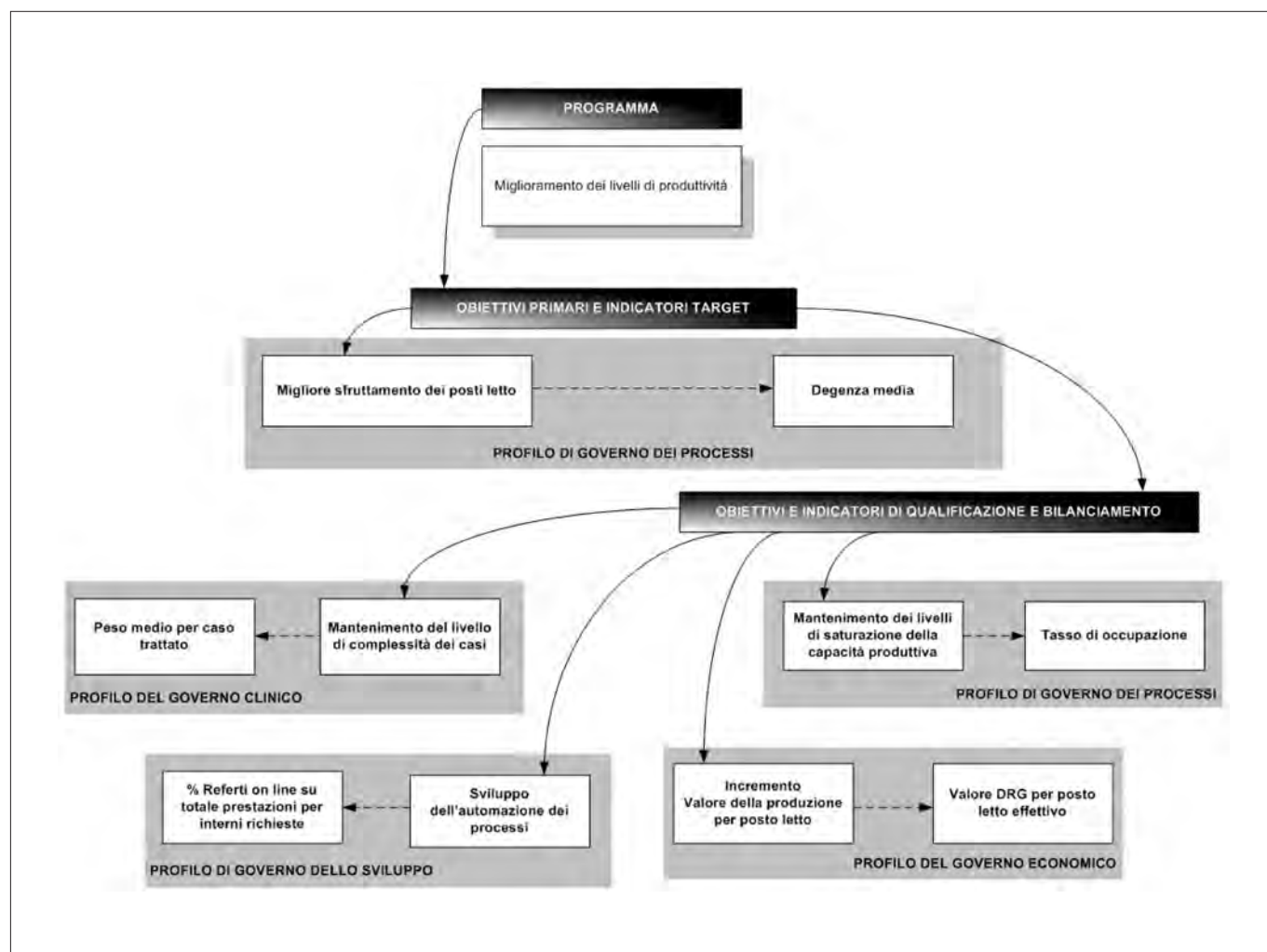
Un possibile esempio d'applicazione della metodologia proposta per la formulazione degli obiettivi è riportato in **figura 5**.

### Negoziazione degli obiettivi

La negoziazione degli obiettivi con i CdR è prevista per il mese di dicembre dell'anno antecedente quello oggetto di budget. Questa fase chiude il ciclo di Programmazione interno alle Asp e consente loro di predisporre il budget aziendale e, sulla base di questo, il Bilancio di previsione.

L'aspetto peculiare di questa fase è certamente rappresentato dalla pluralità dei modelli di negoziazione previsti dalle Linee guida. In altre parole, dopo aver definito il calendario di negoziazione, le attività che caratterizzano questa fase seguono percorsi differenti in funzione della presenza o meno di un Centro di negoziazione (d'ora in poi CdN) o dei differenti livelli di negoziazio-

**Figura 5**  
Esempio di impiego della metodologia dei profili di governo per la costruzione della Scheda budget



ne previsti per particolari tipologie di centri. Tali differenze sono state previste al fine di mantenere la massima coerenza tra le Linee guida e le disposizioni in materia di Programmazione contenute in diversi provvedimenti regionali antecedenti l'elaborazione delle stesse. Peraltro, riflettendo a posteriori, una certa variabilità nel processo di negoziazione in funzione delle differenti tipologie di CdR presenti in un'Asp non rappresenta necessariamente una complicazione in termini operativi; al contrario, in alcuni casi, potrebbe anche rivelarsi come un'importante opportunità per conferire maggiore flessibilità ed efficienza al processo di Programmazione complessivo. Con riferimento alle modalità di negoziazione le Linee guida prevedono pertanto la coesistenza di:

- negoziazione ad un solo livello tramite CdN dotato di poteri di sola rappresentanza per tutti i Centri d'area ospedaliera che, sulla base delle normative regionali, sono aggregati in Dipartimenti di tipo funzionale;
- negoziazione su due livelli per i Centri d'area distrettuale e per i due Dipartimenti strutturali classici (Salute mentale e Prevenzione);
- negoziazione ad un solo livello direttamente con il Comitato budget per le rimanenti tipologie di CdR (strutture dell'area tecnica ed amministrativa).

#### *Predisposizione del Bilancio di previsione*

Questa fase ha inizio con l'approvazione delle Schede budget negoziate da parte della Direzione aziendali ed ha l'obiettivo di consentire la predisposizione del Budget aziendale e, sulla base di questo, del Bilancio di previsione da utilizzare per la successiva fase di negoziazione delle risorse a livello regionale.

Le attività da svolgere sono caratterizzate dal consolidamento dei Budget operativi di CdR, eventualmente rimodulati in seguito alle risultanze delle negoziazioni, dalla redazione del Budget aziendale e, da ultimo, dalla predisposizione del Bilancio di previsione, comprensivo delle stime sulla gestione finanziaria elaborate attraverso la predisposizione di un apposito Budget finanziario. Il Budget aziendale e il Bilancio di previsione devono essere presentati al Collegio di Direzione e

approvati dalla Direzione aziendali entro la fine dell'anno antecedente quello oggetto di Budget.

Contabilmente, il raccordo tra il Budget aziendale ed il Bilancio di previsione è reso agevole dalla modalità con la quale sono stati progettati i Budget settoriali, soprattutto quelli delle Risorse e dei Consumi. Tali Budget, infatti, sono caratterizzati da una struttura tecnico-contabile molto dettagliata che prevede uno stretto raccordo dei valori contenuti nei singoli prospetti con il Piano dei conti di CO.EP. della Regione. Attraverso tale collegamento è possibile quindi ottenere una serie d'informazioni che possono essere d'immediato utilizzo per la compilazione del Conto economico di previsione.

#### *Concordamento regionale*

Dopo aver predisposto Budget aziendale e Bilancio di previsione, le Asp dispongono, con un certo anticipo, di tutte le informazioni necessarie ad avviare la fase di Programmazione con il livello regionale. L'elaborazione dei Budget settoriali, del Budget aziendale e del Bilancio di previsione consente, infatti, di rispondere adeguatamente a richieste di contenuto simile a quello generalmente riscontrabile nelle Circolari regionali relative alle direttive per la predisposizione del Budget annuale che, solitamente, sono inviate dalla Regione Lazio alle proprie Asp nel mese di novembre dell'antecedente quello oggetto di Budget.

La Regione in tali direttive richiede alle Asp di preparare una proposta di Budget mediante la compilazione di alcuni prospetti contabili da essa predisposti, che trovano già oggi una certa coerenza con la struttura ed i contenuti dei Budget settoriali. Le proposte di Budget saranno, quindi, inviate in Regione che, dopo una prima analisi delle stesse e dei risultati derivanti dalla loro aggregazione, provvederà a convocare le Direzioni aziendali per la discussione e la negoziazione del Budget aziendale. La negoziazione potrà avere un esito positivo e concludersi, entro il mese di gennaio, con un accordo Regione-Asp rispetto a volumi ed attività e risorse; al contrario, in caso di mancato accordo con alcune Asp, la Regione richiederà alle stesse di riformulare la propria proposta di Budget

e di provvedere, sulla base di questa, ad una nuova negoziazione.

#### *Ritaratura finale e approvazione del Budget aziendale*

Questa fase conclude, entro il mese di febbraio dell'anno oggetto di Budget, il processo di Programmazione complessivo a livello regionale ed aziendale e prevede l'illustrazione, da parte della Direzione aziendale, degli esiti del Concordamento al Collegio di direzione ed al Comitato budget.

Con il collegio di Direzione ed il Comitato budget, la Direzione aziendale può limitarsi a comunicare l'approvazione della proposta di Budget presentata alla Regione e procedere all'approvazione definitiva di Budget aziendale e Bilancio di previsione; viceversa può richiedere pareri e proporre indirizzi per la rimodulazione della proposta di Budget qualora l'incontro con la Regione abbia invece avuto esito negativo.

### **6. Prossime evoluzioni**

L'approvazione delle prime Linee guida sul Sistema di programmazione e controllo delle Asp rappresenta, a quasi dieci anni dalla Legge regionale 45, un importante risultato per la Regione Lazio, che, tuttavia, non può ancora essere considerato un traguardo. Al contrario, esso è da intendersi come un punto di partenza di un percorso articolato, da completare nel medio/lungo periodo, volto a condurre in modo graduale Asp e Regione verso la piena implementazione delle Linee guida.

Su queste basi, si ritiene che il processo di implementazione debba essere caratterizzato da un processo logico unitario, sviluppabile con orizzonte pluriennale e che preveda al suo interno la coesistenza e l'integrazione di interventi a livello aziendale e regionale. Più in particolare:

- a livello aziendale è necessario attivare iniziative per consentire alle singole Asp di soddisfare, in modo progressivo e differenziato nel tempo in funzione dei livelli di sviluppo degli strumenti gestionali presenti nelle singole realtà, i requisiti posti dalle Linee guida;

- a livello regionale gli interventi da attivare debbono consentire alla Regione di definire, coordinare e monitorare il processo di adozione delle Linee guida da parte delle Asp da un lato e, dall'altro, di appropriarsi ed utilizzare, a fini di governo del sistema, le informazioni che verranno rese progressivamente disponibili dalle Asp in seguito all'avanzamento dei singoli processi di implementazione.

A titolo d'esempio, gli interventi a livello aziendale dovrebbero essere orientati senz'altro verso lo sviluppo di un adeguato Piano di formazione, che rappresenta il primo elemento per qualificare e sensibilizzare il management delle Asp rispetto ai contenuti delle Linee guida; tuttavia, accanto alla indispensabile formazione sui contenuti, sarebbe opportuno prevedere azioni più incisive quali:

- lo sviluppo di percorsi di adozione delle Linee guida personalizzati per singola Asp, basati su di una preventiva analisi comparativa del livello di evoluzione dei singoli Sistemi di programmazione e controllo avente lo scopo di rilevare e considerare le oggettive differenze prevedibilmente esistenti nelle diverse realtà in termini di evoluzione e sofisticazione nell'utilizzo degli strumenti gestionali;

- l'individuazione di alcuni prerequisiti di base all'adozione, ossia di alcuni elementi di carattere contabile da garantire in tempi brevi ed indispensabili per consentire una impostazione omogenea dei singoli sistemi e l'ingresso delle Asp nei rispettivi percorsi di adozione sviluppati in seguito ai risultati dell'analisi sui Sistemi di programmazione e controllo;

- la messa a disposizione delle Asp di un supporto tecnico continuativo a livello regionale al fine di favorire dei tempi di attraversamento dei singoli percorsi di adozione sufficientemente rapidi.

A livello regionale sarebbe invece necessario sviluppare interventi riferibili a due ambiti principali:

- il monitoraggio, attraverso valutazioni periodiche, delle progressioni e degli avanzamenti delle Asp lungo i rispettivi percorsi,

che rappresenta un elemento indispensabile per garantire la giusta tensione ed attenzione del *management* rispetto all'importanza attribuita dalla Regione all'implementazione delle Linee guida;

– lo sviluppo delle capacità regionali, attraverso interventi su debiti informativi, sistemi informativi e processi operativi, di utilizzare le informazioni provenienti dal livello aziendale, avviando processi di monitoraggio e *benchmarking* migliorando, in fase di Programmazione, le modalità attraverso le quali a livello regionale prima, ed aziendale poi, sono allocate le risorse necessarie al funzionamento del Servizio sanitario regionale.

Le ipotesi di implementazione brevemente descritte sono attualmente all'esame della Regione, che si è riservata di definire le modalità ed il percorso di adozione con successivo provvedimento, finalizzato proprio all'introduzione delle Linee guida nelle singole Asp.

## Ringraziamenti

Gli autori ringraziano i partecipanti al Gruppo di lavoro con particolare riferimento a: Massimo Armitari (Controllo di gestione Asl Roma D), Bruno Mattei (Controllo di gestione Asl Frosinone), Leonardo Carmenati (Controllo di gestione A.O. S. Andrea), Francesca Fiorino (Controllo di gestione A.O. S. Giovanni Addolorata), Marco Gabrielli (Controllo di gestione Asl Roma A), Annunziata Minopoli (Controllo di gestione Asl Viterbo) e Catia Buffardi (Staff area economica sanitaria della Direzione bilancio e tributi della Regione Lazio).

## Note

1. In particolare, per le Asp della Regione Lazio, hanno partecipato al Gruppo di lavoro i responsabili del Controllo di gestione di quattro Aziende sanitarie locali e di due Aziende ospedaliere.
2. I consulenti coinvolti sono della società Engineering Management Consulting che ha ricevuto un incarico specifico di «assistenza tecnica per l'elaborazione di linee guida in ambito di controllo di gestione».
3. In particolare, si fa riferimento ad allegati quali: elenco dei centri di rilevazione di riferimento; proposta di piano dei fattori produttivi; proposta di piano delle variabili elementari e degli indicatori; raccordo piano dei fattori produttivi - piano dei conti regionale; «mappa» dell'ipotesi di sistema di *reporting*; modelli di *report* relativi all'ipotesi di sistema di *reporting*.

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

ANTHONY R., YOUNG D. (1998), *Controllo di gestione per il settore non profit*, McGraw-Hill, Milano.  
 BORGONOV E. (a cura di) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.  
 BUBBIO A. (1996), *Il Budget*, Il Sole 24Ore, Milano.  
 CASATI G. (a cura di) (1996), *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.  
 CASATI G. (a cura di) (2000), *La programmazione e il controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.  
 KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2000), *Balanced Scorecard: tradurre la strategia in azione*, Isedi, Torino.  
 LONGO F. (1999), *Asl, distretto, medico di base*, Egea, Milano.  
 LUCCHELLI M., PORFIDO E., VON WUSTER G. (2002), «Il blocco operatorio: come programmare l'attività», *Tecnica Ospedaliera*, 1.

MARTINELLI M. (2003), *Programmazione e controllo del costo del personale nelle aziende sanitarie*, Giuffrè, Milano.  
 REGIONE LAZIO (2002), *Manuale d'uso del Piano dei conti delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere*.

## Riferimenti normativi

REGIONE LAZIO, legge regionale n. 18 del 16 giugno 1994.  
 REGIONE LAZIO, D.G.R. n. 3140 del 19 aprile 1995.  
 REGIONE LAZIO, legge regionale n. 45 del 31 ottobre 1996.  
 REGIONE LAZIO, D.G.R. n. 1921 del 14 dicembre 2001.  
 REGIONE LAZIO, D.G.R. n. 2034 del 21 dicembre 2001.



# Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del Ssn: criticità e prospettive

CARLO DE PIETRO, CARMEN TEREANU

*Healthcare managers often ask for staffing systems. In Italy, during the 90's public healthcare organizations were required to develop and use staffing systems for all the personnel. Those efforts had poor – if any – results and a sense of disaffection and powerlessness is still alive. But some international experiences concerning particularly hospital nurses demonstrate that staffing based on the assessment of personnel's workload is possible and can be actually useful. Conditions for effectiveness include: to focus on homogeneous subgroups of personnel rather than to attempt staffing for all categories; to avoid setting expectations that are too high; to keep under control the prevalence of the clinical needs' approach; to be cautious and not to derive binding staff indications from those systems, but to use them together with other managerial tools and other information to improve managerial choices and the decision process.*

**PAROLE CHIAVE:** carichi di lavoro, fabbisogno di personale, intensità assistenziale, gestione delle risorse umane  
**KEYWORDS:** nurse staffing, workload, nursing intensity, human resources management

## Note sugli autori

Carlo De Pietro è ricercatore CERGAS Bocconi  
 Carmen Tereanu Net-MEGS, Università della Svizzera Italiana, Lugano

## Attribuzione

L'articolo è frutto del lavoro comune degli autori.  
 Carlo De Pietro ha curato la stesura dei §§ 1, 2, 3 e 7, Carmen Tereanu la stesura dei §§ 4, 5 e 6

## 1. Il problema

### 1.1 Una necessità assai sentita

La necessità di disporre di metodi razionali e sistematici per la determinazione del fabbisogno delle varie unità operative rimane assai sentita nelle aziende sanitarie italiane. Il tema dei carichi di lavoro è spesso al centro delle preoccupazioni delle persone che lavorano nei servizi infermieristici, nelle direzioni sanitarie, negli organi di *staff* che si occupano di programmazione e controllo o di politiche del personale, e dei responsabili delle singole unità operative.

Ciò è maggior ragione vero a seguito delle crescenti pressioni economiche esercitate sulle aziende del Ssn (Servizio sanitario nazionale), che non permettono più politiche «lasche» di programmazione del fabbisogno, ma che anzi tendono a controllare – se non addirittura a ridurre – gli organici aziendali e quindi delle singole unità operative. Il cambiamento in tal senso deve essere ricondotto al quadro più complessivo della crisi fiscale dello Stato, con l'abbandono delle politiche dell'occupazione frequenti negli anni sessanta e settanta, ma che hanno continuato fino a tutti gli anni '80 (Ferrera, 1996; Gough, 1987).

Se le pressioni fiscali ed economiche hanno costituito il maggiore fattore di stimolo al cambiamento, è poi utile citare altri due elementi che hanno accompagnato tale andamento. Da un lato, lo sviluppo di competenze e sistemi manageriali all'interno delle aziende del Ssn ha offerto nuove logiche e nuovi strumenti per la gestione delle risorse umane (De Pietro, 2002; Dragonetti *et al.*, 2002). Dall'altro lato, la progressiva profes-

## SOMMARIO

1. Il problema
2. Alcune difficoltà teoriche e operative
3. Le condizioni per un nuovo approccio alla determinazione del fabbisogno
4. La determinazione del fabbisogno di personale infermieristico in alcuni paesi europei
5. Metodi di determinazione del fabbisogno
6. Discussione
7. Conclusioni

sionalizzazione e specializzazione degli operatori delle aziende ha richiesto un continuo riesame della divisione del lavoro tra unità operative e profili professionali, delle attività svolte, dei carichi di lavoro e dei fabbisogni delle singole unità operative, per il personale dell'assistenza (cfr. Palese, Pitacco, 2004 con riguardo all'esperienza italiana, e cfr. OECD, 2005 per l'esperienza internazionale).

Oltre che a contribuire ad un miglioramento dell'efficienza gestionale, la disponibilità di sistemi per la rilevazione strutturata del fabbisogno sarebbe peraltro assai utile a gestire la motivazione del personale, evitando la divergenza tra unità operative sotto *stress* e altre che invece dispongono di personale in esubero rispetto a quello realmente necessario a svolgere le attività (per una rassegna sulle varie teorie della motivazione nel lavoro, cfr. Quaglino *et al.*, 1997).

In ultimo, tale rilevazione strutturata aiuterebbe a gestire meglio il confronto con la direzione aziendale e, in particolare, le negoziazioni di budget.

Se è dunque evidente l'utilità di avere sistemi di determinazione del fabbisogno razionali (cfr. anche Airoidi, 1980), diviene allora importante capire quali sono le reali possibilità di sistemi capaci di determinare quel fabbisogno, passare in rassegna le esperienze presenti nel sistema sanitario italiano e all'estero, commentare le condizioni che devono essere verificate perché tali sistemi possano dimostrarsi funzionali alla gestione aziendale.

I paragrafi che seguono si riferiscono in generale alla determinazione dei fabbisogni di personale nelle aziende sanitarie pubbliche italiane. In ogni caso, come si dirà, le principali esperienze riguardo l'applicazione di metodi razionali di determinazione del fabbisogno si hanno con riferimento alle attività dell'assistenza, e in particolare al personale infermieristico in ambito ospedaliero.

### 1.2. Le recenti disillusioni rispetto alle possibilità di determinare il fabbisogno

La storia recente del Ssn – come delle altre pubbliche amministrazioni italiane – ha visto il tentativo di introdurre logiche e strumenti per una determinazione sistematica dei fabbisogni di personale, attraverso il concetto

di «carico di lavoro». La principale ragione di quel tentativo era l'obiettivo di controllare l'aumento della spesa pubblica e, in particolare, la crescita del pubblico impiego. L'obiettivo era dunque, in primo luogo, di efficienza economica, lasciando in secondo piano le dimensioni dell'efficacia, della qualità delle prestazioni, della motivazione dei lavoratori e del clima organizzativo interno alle singole aziende pubbliche, che pure rimangono obiettivi centrali dell'azione delle amministrazioni.

La determinazione dei carichi di lavoro era chiesta negli stessi anni in cui i diversi livelli istituzionali procedevano ad un controllo drastico del pubblico impiego, attuato attraverso il cosiddetto «blocco delle assunzioni», spesso confermato anno dopo anno dalle leggi finanziarie<sup>1</sup>. Fare un bilancio sull'efficacia di tali vincoli di sistema alle assunzioni nel settore pubblico è assai difficile, anche perché richiederebbe un'analisi di più fattori, legati alle dimensioni dell'efficienza economica, dell'efficacia, ecc. In ogni caso, non si è trattato di un blocco assoluto, per diverse ragioni.

Innanzitutto, la stessa normativa ha sempre previsto esenzioni al blocco, permettendo l'assunzione di contingenti di personale in ruoli particolari, sulla base di esigenze specifiche e contingenti: un esempio rilevante fuori del contesto sanitario riguarda le forze di polizia; in sanità una categoria in genere esclusa dal blocco è stata quella degli infermieri.

In secondo luogo, le amministrazioni pubbliche – tra le quali, in misura rilevante, gli enti locali – hanno aggirato il blocco ricorrendo a modalità contrattuali meno controllabili o comunque non ricomprese esplicitamente in quelle misure: collaborazioni coordinate e continuative, contratti di consulenza, esternalizzazioni, ecc. A tale comportamento ha contribuito, almeno all'inizio, una certa ambiguità nelle norme da seguire per contabilizzare tali costi, che spesso finivano nelle voci relative all'acquisto di servizi e non in quelle del personale.

Infine, in alcuni casi – ma con frequenza minore che in passato – si sono previsti passaggi in ruolo *ex lege* di categorie di persone che variamente collaboravano con l'amministrazione pubblica (lavoratori socialmente

utili, precari, ecc.), forzando così i limiti posti dal blocco.

Se in generale le misure di «blocco» e quindi di contenimento complessivo dei numeri del pubblico impiego hanno mostrato un'efficacia parziale, la determinazione dei carichi di lavoro si è risolta con risultati modesti e, in molti casi, del tutto insoddisfacenti. In altre parole, i tentativi di determinazione originati dalla micro-rilevazione delle attività hanno funzionato meno dei vincoli posti a livello di sistema. In gran parte delle aziende la determinazione dei carichi di lavoro si è tradotta in un esercizio assai oneroso in termini di tempo e di risorse economiche, i cui risultati sono però restati di fatto inutilizzati. Tra le principali ragioni che a nostro avviso sono all'origine di tale «fallimento», si considerino almeno le seguenti:

– *le attese ingenuamente mitiche che diversi operatori avevano sviluppato circa le potenzialità di tali strumenti*: la richiesta da parte della normativa di una determinazione sistematica dei carichi di lavoro è stata vissuta da tanti operatori del Ssn come un'occasione per far valere finalmente le proprie ragioni. Spesso ciò ha dato luogo a rivendicazioni e richieste di un «adeguamento» – cioè un aumento – dell'organico. Più in generale, molti hanno creduto che tali strumenti avrebbero finalmente permesso di recuperare quelle condizioni di razionalità nelle aziende e nelle unità operative che erano messe a dura prova dalle richieste provenienti dalle diverse professioni sanitarie, dalle influenze non sempre positive delle logiche elettorali e del mercato politico;

– *l'attenzione rivolta quasi esclusivamente allo sviluppo della strumentazione per la rilevazione dei dati e molto meno nella gestione del processo di rilevazione*: come per altri sistemi operativi, anche nel caso della determinazione dei carichi di lavoro gli sforzi maggiori sono stati dedicati a definire la «scatola degli attrezzi» per tale rilevazione, così da perseguire quelle condizioni di trasparenza, razionalità e oggettività che sono dimensioni tipiche della teoria normativa burocratica. Secondo tale ragionamento, una volta definiti metodo e strumenti, la rilevazione non avrebbe dovuto dare alcun problema, poiché sarebbe bastato applicarla correttamente alle attività svolte nelle azien-

de e nelle unità operative. In realtà, la fase della rilevazione è tutt'altro che automatica e neutrale rispetto al modello di riferimento: al contrario, essa necessita di tutte le competenze e le tecniche tipiche della gestione dei progetti e della gestione del cambiamento. Come afferma Trincherò (s.i.d.), «in passato il fatto di dare troppo poca importanza alla [...] implementazione della metodologia scelta, ha portato a numerosi errori nella rilevazione di misurazione, invalidando spesso i risultati dell'intera operazione»;

– *la rilevanza certificatoria e «ufficiale» che il calcolo del fabbisogno avrebbe assunto in una cultura organizzativa di tipo burocratico*: nelle pubbliche amministrazioni, la rilevazione sistematica dei carichi di lavoro in risposta a precise richieste normative è stata vista come un'occasione per esplicitare in modo più solido le richieste di personale nei confronti dell'azienda (da parte delle singole unità operative) o nei confronti degli enti di controllo esterni o delle amministrazioni sovraordinate (da parte delle singole aziende). Spesso il *placet* dato ai carichi di lavoro corrispondeva infatti all'assunzione dell'impegno a finanziare il costo del personale che risultava certificato dall'analisi del fabbisogno;

– *il debole senso di responsabilità di numerosi dirigenti rispetto alle conseguenze economiche di un utilizzo strumentale di quell'analisi*: in molti casi, i responsabili delle singole unità operative sono stati propensi a sovrastimare i carichi di lavoro e quindi il fabbisogno di personale. Ciò ha almeno due spiegazioni. Innanzi tutto, l'aumento del numero di collaboratori tradizionalmente corrisponde ad un aumento della visibilità acquisita dal dirigente all'interno dell'organizzazione, all'aumento del suo potere e, spesso, anche a maggiori ritorni in termini di retribuzione o di carriera. In secondo luogo, l'aumento degli organici può comportare – se le attività non crescono proporzionalmente – ritmi di lavoro inferiori e quindi risultare gradito dagli stessi collaboratori, i quali potrebbero peraltro beneficiare in termini di carriera e retribuzione dallo stesso aumento degli organici. In ogni caso, tale atteggiamento è possibile nelle aziende che non hanno sviluppato sistemi di programmazione e controllo o per le unità operative la cui «produzione» risulta difficilmente valorizzabile.

In sintesi, e come risultato complessivo, la determinazione dei carichi di lavoro è stata vissuta in molte organizzazioni e da molti dirigenti come l'occasione per giustificare formalmente la richiesta di ulteriore personale. Ciò ha portato ad una sistematica e spesso strumentale sovrastima dei fabbisogni concreti, favorita dalla scarsa responsabilizzazione sugli effetti economici – e cioè sui costi – di tale comportamento.

Come conseguenza di tale vicenda, la determinazione dei carichi di lavoro, sebbene considerata un'esigenza urgente nelle aziende pubbliche italiane, risulta oggi in qualche modo «bruciata» da quell'esperienza negativa. In altre parole, la disillusione rispetto alla reale capacità di determinare razionalmente i carichi di lavoro rende assai prudenti le aziende dal riprendere quelle logiche e quegli strumenti, anche se sentite come «teoricamente» importanti e vissute come forte necessità gestionale.

Nei paragrafi che seguono si discutono le condizioni per procedere ad una determinazione del fabbisogno nelle aziende sanitarie pubbliche italiane, le concrete finalità di tale esercizio, e si passano in rassegna alcuni metodi utilizzati in Italia e all'estero con riferimento al personale infermieristico e dell'assistenza. Prima di far ciò, s'illustrano le principali difficoltà teoriche e operative che derivano dalla natura burocratica e professionale delle aziende del Ssn.

## 2. Alcune difficoltà teoriche e operative

### 2.1. Burocrazia e determinazione del fabbisogno

La teoria burocratica classica delle organizzazioni si basa sul principio della normazione preventiva delle attività. È tale pre-normazione che permette di perseguire le finalità e i principi propri del modello burocratico, in primo luogo quelli della razionalità, della trasparenza e dell'oggettività dell'azione amministrativa.

In linea con tali premesse, le attività svolte dall'organizzazione devono essere individuate, censite, disegnate, normate. Risulta allora evidente che, di conseguenza, l'impianto burocratico si presta anche alla determinazione dei carichi di lavoro, peraltro associati alle figure ben determinate che si susseguono

lungo il processo produttivo/amministrativo in base alle loro specifiche competenze – nel senso di responsabilità, anche legali – assegnate dalla procedura.

La razionalità dei carichi di lavoro, che partono dalle singole attività per risalire all'assorbimento di risorse, per poi aggregare tali richieste e calcolare le necessità in modo preciso e deterministico, sembra quindi particolarmente coerente con gli assunti burocratici fondamentali delle aziende pubbliche, in particolare con la richiesta d'imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa.

La pre-normazione su cui si fonda il modello burocratico tradizionale trova facile e utile applicazione in contesti caratterizzati dai seguenti elementi:

– *offerta dei servizi (e preferenze degli utenti) stabile*: la necessità di normare preventivamente le attività implica e richiede un certo grado di stabilità nell'offerta delle aziende;

– *numero limitato di servizi offerti*: la normazione preventiva risulta tanto più facile quanto minore è il numero dei servizi offerti, le varianti e le possibilità di personalizzazione ammesse;

– *tecnologia stabile*: quando invece questa cambia, è necessario procedere ad una nuova analisi dei processi produttivi, così da poterli normare. In presenza di tecnologia continuamente mutevole, l'attività normativa avrà difficoltà a tenere il passo con tali cambiamenti;

– *processi di produzione lineari, possibilmente composti di poche fasi, senza snodi decisionali interni*: la normazione preventiva mal si concilia con l'esercizio dell'autonomia professionale e con processi produttivi non univoci. Infatti l'obiettivo della normazione burocratica è quello di prevedere – e normare – tutte le possibili varianti di tali processi;

– *alta importanza attribuita alla certezza del processo, il quale spesso fornisce servizi con valenza legale o certificatoria*: la natura di «atto pubblico» o comunque la natura formale delle attività dell'organizzazione e dei documenti da questa prodotti, è rafforzata dalla definizione di precisi poteri dei vari operatori e delle responsabilità a loro associati (il «potere di firma»; le responsabilità di natura civile, penale, patrimoniale, ecc.).

Tali elementi rendono particolarmente importante un'attenta definizione dei processi produttivi e un'adeguata normazione preventiva degli stessi.

Un esempio paradigmatico di applicazione di tali principi, esterno al settore sanitario, è dato dai servizi amministrativi delle anagrafi comunali.

Queste stesse caratteristiche non sono, al contrario, soddisfatte da gran parte dei servizi sanitari, che sono invece caratterizzati per lo più da tecnologie mutevoli, alta specializzazione e quindi alto numero di servizi offerto e processi produttivi frammentati, autonomia professionale che implica la necessità di adeguare le conoscenze al caso trattato, di «personalizzare» quindi il processo, con la possibilità di numerosi nodi decisionali, da cui discende una marcata non linearità del processo produttivo. I nodi centrali, in particolare, sono quindi quelli della specializzazione (cioè della frammentazione) e dell'autonomia professionale (cioè dei «bivi decisionali» interni al processo). Si tratta, per fare un esempio, delle numerose occasioni in cui la consulenza specialistica può portare alla richiesta di nuovi esami, a cambiare le terapie farmacologiche, ecc.

## 2.2 Organizzazioni professionali e determinazione del fabbisogno

Il sistema sanitario si distingue dagli altri settori del sistema economico per l'alta professionalità delle persone che vi operano e quindi delle attività prestate. A tal fine basti considerare una Asl media, forte di 2.200 dipendenti: più di sette su dieci sono laureati (o lo saranno), i dipendenti con qualifica dirigenziale sono oltre 400 e circa 1.300 sono professionisti che appartengono ad una trentina fra ordini, collegi e altre professioni riconosciute (De Pietro, 2004, p. 58).

La logica professionale ha i suoi due perni nel concetto di autonomia professionale (che riguarda il singolo operatore; cfr. Zangrandi, 1999 e 2000) e nel sistema delle professioni codificate (che riguarda le corporazioni formate dagli appartenenti a ogni singolo profilo professionale; cfr. Tousijn, 2000 e 2004). Da tale logica derivano conseguenze importanti per la determinazione dei fabbisogni,

le principali delle quali sono il concetto di «bisogno clinico» e la non sostituibilità tra fattori produttivi (Folland *et al.*, 2001; Feldstein, 2002; Phelps, 2003).

Il bisogno clinico è definibile come il fabbisogno di personale necessario a garantire prestazioni appropriate da un punto di vista clinico-assistenziale. In altri termini, il bisogno clinico è definito come quel numero di medici, infermieri e altri operatori tecnici e sanitari che sono necessari a erogare un servizio di ottima qualità clinico-assistenziale, in base alle evidenze mediche e infermieristiche disponibili (EBM ed EBN).

È evidente che, presa in senso stretto e portata alle sue estreme conseguenze, tale definizione implica un assoluto disinteresse per altri eventuali vincoli di tipo gestionale e operativo che potrebbero influire sulla prestazione sanitaria e, in primo luogo, i suoi costi. Il bisogno clinico viene cioè definito dal personale medico e dagli altri professionisti sanitari, indipendentemente dai costi che ne derivano. In tal modo non è possibile effettuare alcun'analisi di efficienza relativa o, più in generale, di costi-benefici.

Quella del bisogno clinico è una logica frequente in ambienti professionali, in cui comportamenti e procedure derivano da ambienti esterni all'organizzazione aziendale – e cioè dalle società scientifiche, dalla comunità professionale, dalla letteratura medica, ecc. Ma, a differenza che in altri contesti extra-sanitari, tali logiche in campo clinico-assistenziale hanno una forza di auto-legittimazione particolarmente marcata. Si pensi, come esempio, di avere una linea guida che, per una certa specialità di medicina interna, indica in trenta minuti il tempo ottimale per la prima visita. S'ipotizzi anche che nell'azienda sanitaria il tempo medio di erogazione di tale prestazione sia di venti minuti. Sarà allora facile per i clinici dell'azienda chiedere che l'organico venga adeguato in modo da poter rispettare le indicazioni della comunità scientifica internazionale. Allo stesso modo, sarà facile per gli stessi clinici ottenere il favore di pazienti, associazioni dei malati, cittadini, nel caso la direzione dell'azienda non sia disposta a soddisfare le richieste di aumento del personale medico.

Gran parte dei professionisti – anche non sanitari – vorrebbero, se possibile, ridurre il numero di casi trattati così da aumentare la

qualità media dei servizi resi: ciò vale per architetti, commercialisti, avvocati, docenti universitari, ecc. È infatti tipico dei professionisti cercar di erogare servizi di qualità sempre maggiore, il che verosimilmente richiede più tempo. Essi però difficilmente troveranno ragioni altrettanto forti di quelle fatte valere per i bisogni clinici, che saranno portati a richiedere risorse – anche umane – crescenti e, in linea teorica, illimitate.

La seconda difficoltà che deriva dalla logica professionale riguarda la scarsa – se non, addirittura, nulla – sostituibilità postulata dal sistema delle professioni tra le diverse figure impegnate nelle attività cliniche e assistenziali. La presenza delle professioni codificate infatti segmenta gli organici in tanti singoli profili professionali, riducendo le possibilità di un uso flessibile degli operatori (De Pietro, 2005, pp. 74-7). Ciò a sua volta comporta la necessità di dimensionare ciascun profilo in modo da essere sufficiente a ricoprire i bisogni di assistenza nei momenti di picco delle attività tipiche di quel profilo, col risultato finale di far gonfiare gli organici complessivi.

Lungi dal criticare tale segmentazione, che risponde a bisogni di tutela della salute e di garanzia circa le competenze tecnico-professionali dei singoli operatori, risulta però evidente come essa comporti problemi per la determinazione del fabbisogno, che dovrà riguardare ciascun singolo profilo e renderà quindi meno precisi i risultati<sup>2</sup>.

### 2.3 Metodi *top-down* e metodi *bottom-up*

La difficoltà di definire percorsi che siano, al contempo, univoci (così da poter essere censiti e analizzati) e coerenti con le condizioni e i limiti dell'azienda (così da risultare, in ultima analisi, verosimili), rende impossibile procedere ad un'analisi per singolo processo ideal-tipico. Gli stessi Pdta (Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali), ad esempio, prevedono al loro interno diversi possibili traiettorie per il paziente, a seconda di quali sono le sue condizioni anagrafiche e di salute, i risultati diagnostici, le allergie o le reazioni non previste, ecc. (Casati, Vichi, 2002; Tozzi, 2003).

Per tali ragioni, è difficile affidare la determinazione dei carichi di lavoro a un singolo

percorso standard, ed è necessario affidarsi ad altre due logiche alternative.

La prima logica, di determinazione *top-down*, si basa sostanzialmente su tempi medi rilevati per ciascuna patologia o «intervento» clinico-assistenziale: si tratta, nel concreto, di verificare qual è l'assorbimento medio di personale (distinto tra i vari profili professionali) per ciascun tipo di Drg (*Diagnosis related groups*), o per ciascun tipo di prestazione ambulatoriale.

La seconda logica, di tipo *bottom-up*, non guarda al processo nel suo complesso ma considera, anche stavolta *ex-post*, le diverse micro-attività (*task*) effettuate all'interno di ciascun intervento clinico-assistenziale, andando poi a sommare i tempi preventivamente previsti per ciascuna di quelle micro-attività<sup>3</sup>. In genere le micro-attività sono divise in più classi o categorie logiche. Ad esempio, per le attività degli infermieri, una possibile partizione distingue tra assistenza diretta (attività centrate oppure attuate sul malato), assistenza indiretta (non svolta in presenza del malato), attività di supporto all'assistenza infermieristica (ad esempio i compiti alberghieri).

In generale, in sanità è stato preferito il primo approccio, con la costruzione di tempi standard per servizio/prestazione, che potevano poi dar luogo a confronti tra diverse aziende o rispetto a medie nazionali o regionali. Inoltre, tale approccio sembra più coerente con la natura delle prestazioni e delle organizzazioni sanitarie dal momento che non guarda agli operatori come meri esecutori di compiti prescritti o previsti, ma come professionisti capaci di autonomia professionale. Per cogliere il punto, si consideri un semplice esempio non sanitario: se è possibile immaginare di stimare un tempo medio per il patrocinio di una causa di divorzio da parte di un avvocato, non sembra invece aver senso pensare di stimare tempi standard per i primi contatti col cliente, lo studio della giurisprudenza, le udienze in tribunale, la redazione dei vari atti dovuti, ecc.: la singola fattispecie giuridica e le conseguenti necessità di personalizzare le attività fanno propendere per una logica di determinazione *top-down* invece che *bottom-up*.

D'altro canto alcune attività assai rilevanti in sanità, e in particolare le attività di assistenza ospedaliera, mostrano una maggiore

regolarità e una maggiore standardizzazione. La stessa necessità di organizzare il lavoro sulle ventiquattro ore rende necessario un certo grado di fungibilità tra i professionisti e gli altri operatori coinvolti in tali attività. È così possibile definire tipologie di attività alle quali ricondurre i singoli *task* svolti sul lavoro. Ed è infatti proprio per le attività di assistenza che i metodi *bottom-up* sono più diffusi.

### 3. Le condizioni per un nuovo approccio alla determinazione del fabbisogno

#### 3.1 La ridotta influenza della logica burocratica e la riformulazione delle responsabilità clinico-assistenziali

I problemi discussi ai §§ 2.1 e 2.2 sono fisiologici del settore sanitario. Anzi, la logica burocratica e quella professionale operano spesso a tutela della funzionalità del sistema, dell'equità all'accesso, della salute degli utenti. Si tratta cioè di logiche che, complementari a quella più tipicamente aziendale-manageriale, rafforzano il sistema rispetto a finalità di ordine generale e alla tutela d'interessi collettivi.

Ciò detto, quando portata alle estreme conseguenze, ciascuna di quelle logiche può dar luogo a situazioni patologiche. Guardando alla recente evoluzione del Ssn, si può affermare che gli ultimi quindici anni hanno visto un importante ridimensionamento delle logiche burocratiche a vantaggio di quelle aziendali. Con riguardo alle logiche professionali, esse hanno visto importanti dinamiche interne, sostanzialmente riconducibili ad una forte professionalizzazione delle professioni sanitarie dell'assistenza e all'emergere di una concezione di professionalismo più estesa, fino a comprendere una rinnovata responsabilizzazione sugli aspetti dell'organizzazione e della gestione, sotto l'espressione di «governo clinico».

Le logiche burocratiche sono state progressivamente ridimensionate nel Ssn, compensate dallo sviluppo di logiche più tipicamente aziendali. Le riforme che si sono susseguite dall'inizio degli anni novanta hanno avuto alla base una crescente presa di coscienza delle difficoltà che il modello classico di burocrazia poneva per l'organizzazione e la gestione del personale al-

l'interno delle aziende del Ssn (Borgonovi, 2002, p. 167 e segg.; De Pietro, 2005, pp. 87-109).

Il ridimensionamento delle logiche burocratiche è stato il frutto di un'attenta analisi delle ragioni che ne giustificavano – o non ne giustificavano – l'adozione nel Ssn e, più in generale, nelle pubbliche amministrazioni italiane. In particolare, alcune norme hanno avuto come obiettivo quello di riaffermare i caratteri distintivi e positivi della proprietà pubblica e dell'azione amministrativa – accesso agli atti, identificazione di un responsabile di procedura, ecc. Altre norme invece hanno messo in discussione alcune differenze che con il tempo sembravano non più giustificate, non più utili o comunque non più capaci di fare gli interessi della collettività. Ai nostri fini, è utile rilevare come tali riforme si siano accompagnate ad un grado di autonomia molto più marcato per le singole amministrazioni – ribattezzate aziende – chiamate a definire proprie politiche del personale, in linea coi modelli prevalenti nel settore privato e nel resto dell'economia. Ciò ha significato più flessibilità gestionale, ad esempio col passaggio dal concetto di pianta organica a quello di dotazione organica, rimettendo in moto i sistemi di mobilità interna, procedendo ad un accorpamento dei sistemi di classificazione, ecc.

In complesso, è evidente che il progressivo indebolimento delle logiche burocratiche ha comportato un progressivo indebolimento di alcuni importanti argomenti a favore della determinazione dei carichi di lavoro (Valotti, 2005, pp. 111-7).

Lo sviluppo del governo clinico, da parte sua, rappresenta una strada di responsabilizzazione forte della linea clinica rispetto alle compatibilità economiche e organizzative dell'azienda e alle finalità che questa persegue, al di là delle sole – sebbene centrali – responsabilità tecnico-professionali. È evidente che tale evoluzione rende espliciti i limiti dell'approccio dei bisogni clinici determinati senza tener conto dei vincoli tecnologici, finanziari, ecc. presenti nel sistema, e chiama invece i professionisti a un esercizio di «compatibilizzazione» tra quella logica e le concrete condizioni – in primo luogo economiche – di funzionamento aziendale.

### 3.2. La determinazione del fabbisogno tra approcci negoziali, incrementali e razionali

I metodi citati – compresi quelli basati sulla logica del bisogno clinico – possono essere visti come metodi razionali di determinazione del fabbisogno, in ciò differenziandosi da approcci più esplicitamente negoziali o incrementali (Bonetti, Cosmi, Valotti, 2004).

Sono approcci negoziali quelli in cui non si procede ad una rilevazione quantitativa del fabbisogno, che assume al più una qualificazione di tipo descrittivo. Nell'approccio negoziale l'assegnazione del personale avviene fondamentalmente in base ai rapporti di forza interni all'organizzazione e alle capacità negoziali degli attori chiamati al confronto (in genere il responsabile dell'unità operativa che si confronta con la direzione aziendale). I limiti di tale approccio nelle aziende sanitarie pubbliche risultano evidenti quando si considerino la complessità organizzativa delle stesse e il loro ruolo all'interno del mercato politico-elettorale. Con riguardo alla complessità organizzativa, le elevate dimensioni medie delle stesse e il numero elevato di unità operative rendono molto difficile un'allocazione del personale che si basi esclusivamente su logiche negoziali. Con riguardo al mercato politico-elettorale, questo potrebbe pesantemente influenzare l'assegnazione del personale, con rischi gravi per la funzionalità delle aziende.

L'approccio incrementale si basa invece sulla discussione di eventuali variazioni rispetto all'allocazione del personale ereditata dal passato (in genere rispetto a quella dell'anno precedente). Neanche in tal caso si procede quindi ad una rilevazione quantitativa ed esplicita del fabbisogno, ma si preferisce aggiustare «al margine» le richieste che provengono dalla linea clinica. Si noti come tale approccio sembra coerente con contesti connotati da potere diffuso e cultura specialistica e scarsamente integrata (Marino, Patri, 1990): caratteristiche queste che sono tipiche delle aziende sanitarie.

Quelle negoziali, incrementali e razionali non sono logiche necessariamente alternative. Anzi, probabilmente lo sviluppo di sistemi efficaci di dimensionamento passa attraverso il riconoscimento e la legittimazione di

tutti e tre tali approcci, in un gioco di mutuo arricchimento.

Più in generale, e con riferimento alle attività clinico-assistenziali delle aziende del Ssn, è bene ricordare le diverse dinamiche che sono in campo per orientare il dimensionamento di personale nelle unità operative. Si vogliono qui citare almeno le logiche della programmazione e controllo e quelle dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

Il primo piano di possibile azione è rappresentato dai sistemi di programmazione e controllo e, in particolare, dai sistemi di contabilità analitica e di budget. Negli ultimi anni le aziende sanitarie hanno progressivamente rafforzato gli approcci che basano la determinazione del fabbisogno del personale sugli strumenti di programmazione e controllo. In particolare, il fabbisogno del personale è negoziato tra azienda e singola articolazione organizzativa di pari passo col processo di budget. È infatti in quell'ambito che vengono sistematizzate le informazioni, le richieste e valutazioni circa le compatibilità relative al fabbisogno di personale, anche con un confronto tra costo del personale e valorizzazione (via Drg o tariffari) delle prestazioni erogate. In altri termini, lo sviluppo della contabilità analitica ha fornito i numeri, e il processo di budget ha fornito le occasioni di confronto e negoziazione, per verificare l'incidenza del costo del personale sul «valore della produzione» (indipendentemente dai limiti dei sistemi di valorizzazione di tipo Drg, essi rimangono strumenti potenti per l'analisi, ben codificati, chiari a tutti gli attori in gioco), anche grazie a confronti tra unità operative interne alla singola organizzazione e tra le diverse aziende del sistema.

Il secondo piano di azione è rappresentato dai parametri e dai coefficienti tecnici di autorizzazione e di accreditamento.

Nel caso delle aziende sanitarie esistono infatti alcune richieste minime di personale legate per lo più ai sistemi di autorizzazione a svolgere le attività e di accreditamento con Ssn. Un esempio chiaro e, al contempo, oltremodo rilevante per la gestione delle strutture sanitarie, è quello della normativa che indica le dotazioni di personale necessarie per posto letto per acuti in regime di ricovero ordinario. In particolare, la legge richiede almeno 120 minuti di assistenza infermieristica per ricoverato, parametro che di fatto è



poi diventato il punto di riferimento per la programmazione del personale infermieristico oppure, quando il personale è dato, per la programmazione del numero di letti che è possibile tenere aperti. Ma requisiti analoghi sono posti per numerosi altri indicatori o attività, come ad esempio i parametri di dotazione del personale necessari per istituire un dipartimento di emergenza-urgenza, ecc.

È evidente che la crescente importanza dei sistemi di accreditamento istituzionale, di contrattazione tra Asl e strutture di erogazione (Aziende ospedaliere, Case di cura accreditate, Aziende ospedaliero-universitarie, Irccs, ecc.) e di certificazione (di qualità o di eccellenza), implicano lo sviluppo e la definizione di regole di tal tipo, influenzando e «vincolando» così la pianificazione del personale delle aziende sanitarie.

Per tali ragioni, l'approccio dei carichi di lavoro è progressivamente sostituito, anche sotto un profilo teorico, da un approccio che, tenuto conto delle dotazioni comunque richieste per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO, prova a sviluppare un confronto tra obiettivi di attività, risorse allocate all'unità organizzativa e, per quanto possibile, valorizzazione economica dei servizi resi (via tariffazione Drg o in altro modo). È questa, ci pare, una linea di ragionamento logica e responsabile, in un contesto professionalizzato e complesso come quello sanitario, nel quale il tentativo di determinare razionalmente i carichi di lavoro per le singole attività è spesso sembrato velleitario e quindi, in ultimo, inefficace.

Questo però non deve portarci a concludere con un giudizio definitivamente negativo circa le possibilità di determinare in modo più razionale i fabbisogni. Anzi, al contrario, logiche e strumenti per l'analisi sistematica dei fabbisogni sembrano elementi centrali accanto a quelli della programmazione e controllo, dei coefficienti tecnici, ecc.

I carichi di lavoro, in tal senso, lungi dal rappresentare il solo criterio in base al quale allocare il personale delle aziende del Ssn, possono divenire informazioni assai utili per qualificare la negoziazione di *budget* e l'allocazione del personale disponibile tra le diverse unità operative, sempre all'interno delle compatibilità aziendali<sup>4</sup>.

#### 4. La determinazione del fabbisogno di personale infermieristico in alcuni Paesi europei

Nei paragrafi precedenti abbiamo analizzato il caso dell'Italia, dove gli strumenti di valutazione del carico del lavoro infermieristico sembrano aver perso la loro popolarità a seguito di esperienze non positive. Vediamo adesso quali sono state le dinamiche concernenti l'introduzione e l'utilizzo di questi strumenti in altri Paesi europei<sup>5</sup>.

In particolare, nel presente paragrafo descriveremo in generale obiettivi e condizioni di sviluppo di tali strumenti nel settore ospedaliero di Francia, Lussemburgo e Svizzera, Paesi che applicano tali strumenti da più di un decennio, e della Romania, dove si sta sperimentando per la prima volta uno strumento di questo tipo. Nel § 5 invece si descrivono in modo più sistematico i singoli metodi.

##### 4.1 Il caso della Francia

Il passo decisivo verso la diffusione di uno strumento per la valutazione quantitativa dell'assistenza infermieristica è stato dato dalla legge ospedaliera del 1991 che, ripresa nel 1996, richiedeva agli ospedali di adottare dei sistemi informativi e valutare la propria attività. In particolare, la spinta a sviluppare strumenti di valutazione quantitativa dell'assistenza è stata rappresentata dalle crescenti pressioni economiche sugli ospedali.

Nel 1983 era stato introdotto il PMSI (*Programme de médicalisation du système d'information*) per valutare i costi dei ricoveri. Il problema era che esso non prendeva però in considerazione l'attività infermieristica. Per rimediare, è stato introdotto il metodo SIIPS (*Soins infirmiers individualisés à la personne soignée*), che è attualmente lo strumento di valutazione quantitativa dell'assistenza più diffuso in Francia.

I principali obiettivi di tale adozione erano tre. In primo luogo, si voleva far conoscere e riconoscere l'attività infermieristica. Come secondo obiettivo s'intendeva procedere ad una valutazione dei bisogni assistenziali per migliorare l'allocazione delle risorse. Il terzo obiettivo era quello d'integrare le informazioni circa i costi dell'assistenza.

La rilevazione dei dati tramite il metodo SIIPS si fa quotidianamente, lungo tutto

l'anno. I valori prodotti dagli indicatori consentono di quantificare le attività assistenziali. Al tempo stesso, lo strumento costituisce un linguaggio comune sia al livello aziendale (direzione e infermieri), sia al livello istituzionale (Regioni, agenzie pubbliche, ecc.), facilitando la comunicazione tra i diversi attori. In più, rispetto agli obiettivi iniziali, è stato osservato che il metodo consente, in maniera indiretta ma sistematica, un miglioramento della qualità (Beaughon *et al.*, 1999).

La diffusione del metodo SIIPS continua, supportata anche dal «Club degli utilizzatori del metodo SIIPS in Francia», associazione nata circa 10 anni fa proprio per favorire il confronto tra gli utenti del metodo, lo sviluppo e l'aggiustamento dello stesso. Essa è inoltre attiva nell'organizzazione di conferenze, incontri, attività di formazione, ecc.

#### 4.2 Il caso del Lussemburgo

Nel 1992 il Lussemburgo ha dato avvio a un'importante riforma delle assicurazioni malattia. In tale ambito, nel 1994, è stato deciso d'introdurre uno strumento di valutazione quantitativa dell'assistenza.

Tra i problemi cui si voleva far fronte vi erano un tasso di copertura dell'assistenza e una dotazione di personale molto variabili tra gli ospedali, una scarsa informazione sull'assistenza infermieristica, un livello di qualità assistenziale migliorabile, la mancanza di criteri per l'allocazione del personale.

Lo strumento scelto per porvi fronte è il PRN (*Projet de recherche en nursing*), metodo canadese disponibile a livello internazionale a partire dagli anni ottanta<sup>6</sup>.

Il PRN è stato introdotto in tutte le unità operative di tutti gli ospedali, sviluppando metodologie *ad hoc* per quei settori in cui il PRN non si mostrava adatto (in particolare nel settore medico-tecnico: dialisi, blocco operatorio e anestesia, chemioterapia ambulatoriale, ecc). La rilevazione dei dati tramite il metodo PRN è realizzata in *audit*, in maniera retrospettiva, con la centralizzazione dei dati e dei risultati a livello nazionale<sup>7</sup>.

Nell'arco di dieci anni il personale infermieristico è aumentato di 400 unità. La misurazione del carico assistenziale ha permesso di oggettivare l'attività infermieristica, di controllare meglio le attività e quindi

di migliorarne la qualità, in particolare in termini di prevenzione delle infezioni nosocomiali, gestione del dolore, gestione dei decubiti, ecc. Il *software* per la valutazione delle prestazioni infermieristiche è presente in tutte le unità di cure, nei blocchi operatori e nei servizi di chemioterapia ambulatoriale e alimenta il sistema informativo aziendale. Il costo dell'*audit* con il metodo PRN è di circa 700.000 euro l'anno comprensivi di *copyright*, costi del personale impegnato nell'*audit* e nucleo nazionale responsabile del trattamento e l'analisi dei dati informatizzati (Lair-Hillion, 2004).

L'utilizzo del metodo negli ospedali del granducato ha oramai passato la fase di prima introduzione e sembra essere divenuto strumento sia della gestione ordinaria, sia della gestione straordinaria, utilizzato ogni qualvolta si tratta di ristrutturazioni ospedaliere o di razionalizzare l'uso delle risorse.

#### 4.3 Il caso della Svizzera

In Svizzera, federazione di 26 cantoni autonomi, le principali esperienze possono essere ricondotte, da un lato, alla Svizzera di lingua francese e tedesca, dall'altro, alla Svizzera di lingua italiana.

##### *La Svizzera francese e tedesca*

L'inizio degli anni novanta è stato decisivo per l'adozione degli strumenti di valutazione quantitativa dell'assistenza, in un contesto di forti pressioni economiche. Prima dell'introduzione di tali strumenti mancavano dati oggettivi riguardo l'attività infermieristica e per definire il fabbisogno di personale. I cambiamenti nella tecnologia in campo medico e la riduzione della durata delle degenze avevano infatti reso sempre meno funzionale il metodo utilizzato in passato<sup>8</sup>.

Alla ricerca di una soluzione, la Svizzera francese ha scelto di sperimentare lo strumento canadese PRN, mentre la Svizzera tedesca ha scelto lo strumento svizzero LEP (*Leistungserfassung in der pflege*). L'applicazione di questi metodi ha permesso agli ospedali di meglio giustificare le proprie attività e, in generale, ha facilitato la gestione interna.

Anche in questo caso, come in Lussemburgo, l'investimento economico iniziale è

stato ingente, ma i due metodi continuano ancora oggi a diffondersi nel paese. Il LEP sembra meglio rispondere alle caratteristiche dell'attuale sistema nazionale di finanziamento degli ospedali, che si basa su una lista di prestazioni stabilita dalla legge ma che sarà progressivamente sostituita dai Drg. Questo fatto spiega la progressiva diffusione del LEP anche nella Svizzera francese, tradizionalmente legata al PRN<sup>9</sup>. Si stima che oggi in Svizzera circa 150 ospedali e cliniche utilizzino il LEP.

#### *La Svizzera italiana: il cantone Ticino*

Fino al 1997, la dotazione di personale infermieristico negli ospedali ticinesi si basava su un coefficiente pari a 0,736 unità di personale per giorno di degenza per paziente. Tale sistema, adottato circa dieci anni prima, risultava però sempre più insufficiente rispetto alle necessità di una pratica medica e infermieristica che cambiavano nel tempo, tanto da comportare un suo progressivo abbandono.

Successivamente, l'ospedale La Carità di Locarno ha sperimentato il metodo PRN, decidendo però dopo qualche mese di non proseguire nella sua introduzione poiché ritenuto troppo analitico e laborioso (le variabili da rilevare erano considerate eccessive, rispetto al fine di calcolare il fabbisogno), poco accettato dal personale infermieristico e con costi elevati.

Dal 2000, il metodo di valutazione dell'assistenza applicato negli ospedali pubblici della Svizzera italiana è il CLIDPa (Carico del lavoro infermieristico diretto al paziente). Esso è un metodo creato a livello locale, riprendendo le logiche di SIIPS, PRN e LEP (cfr. Lovadina, 2000). Gli obiettivi dichiarati quando si è deciso lo sviluppo di tale metodo sono stati due. Il primo era quello di quantificare l'assistenza infermieristica (in minuti) in vista del passaggio a un sistema di finanziamento per gli ospedali basato sugli AP-Drg (*All Patients Drg*). Il secondo obiettivo era quello di determinare il fabbisogno di personale tramite uno strumento che avrebbe dovuto essere non soltanto esplicito e comprensibile per tutti gli attori del sistema, ma anche semplice da utilizzare e facilmente accettato dal personale infermieristico.

Più semplice, meglio adatto allo specifico locale e a costo relativamente basso, il metodo CLIDPa ha subito riempito il vuoto creato dall'abbandono degli strumenti che l'hanno preceduto e ha permesso di raggiungere i due obiettivi citati.

Ormai l'EOC (l'Ente ospedaliero cantonale, che raggruppa gli ospedali pubblici del Ticino) ritiene di disporre di una dotazione con personale adeguata ai bisogni dei pazienti, definita grazie a uno strumento il cui rapporto costo/efficacia è giudicato soddisfacente. Per questi motivi, a partire dal 2005 l'Ente ha deciso d'interrompere l'applicazione del metodo su base continuativa, ma di applicarlo in *audit*, due volte all'anno, per un periodo di due settimane<sup>10</sup>.

#### 4.4 Il caso della Romania

In Romania uno degli obiettivi della riforma del settore sanitario avviata negli anni novanta era quello di migliorare l'organizzazione e la gestione del settore ospedaliero.

In questo paese una valutazione quantitativa sistematica dell'assistenza infermieristica non è mai stata eseguita e la dotazione di personale infermieristico è determinata da normative del Ministero della sanità, fondate su criteri storici che a loro volta si basano sul numero di posti-letto e sulle specialità dei reparti. Poiché l'esperienza internazionale dimostra che la pratica infermieristica è considerevolmente influenzata sia dal mutamento delle caratteristiche epidemiologiche e dei bisogni dei pazienti (aumento di invecchiamento e malattie croniche), sia dal progresso delle tecnologie mediche e dei trattamenti, è ipotizzabile che gli attuali criteri di allocazione del personale non abbiano più fondamenta realistiche.

Nel 2004 un progetto-pilota di valutazione quantitativa dell'assistenza è stato avviato in 5 reparti ospedalieri per acuti, con l'obiettivo di sperimentare la possibilità di introdurre nel paese una valutazione del carico di lavoro e di selezionare uno strumento di valutazione adatto al contesto locale<sup>11</sup>.

Il metodo sperimentato è il SIIPS. L'esperimento è stato accolto abbastanza bene dalle *équipes* d'infermieri partecipanti. Attualmente si sta valutando l'interesse di altre direzioni ospedaliere, della Cassa di assicurazioni di malattia, dei sindacati e del Ministero del-

la sanità a replicare l'esperienza e adottare il metodo in altre strutture.

### 5. Metodi di determinazione del fabbisogno

Nel presente paragrafo descriviamo i metodi SIIPS, PRN e LEP, già citati nel § 4. Non descriveremo invece il metodo ticinese CLIDPa, che deriva dai precedenti. Il calcolo del fabbisogno sarà descritto in modo dettagliato soltanto per il metodo SIIPS, che non ha *copyright*<sup>12</sup>.

#### 5.1 Il metodo SIIPS

Sviluppato in Francia, lo strumento SIIPS è oggi molto diffuso negli ospedali di quel paese. Il metodo valuta le prestazioni infermieristiche in senso stretto. Per questo motivo, al fine di determinare il carico complessivo di lavoro e il fabbisogno di personale infermieristico, esso è utilizzato insieme ad uno strumento complementare che determina le attività di supporto alle prime ed eseguite dallo stesso personale. Questo secondo strumento consiste in un questionario definito nel 1995 dal Ministero degli affari sociali, della sanità e della città. Il metodo SIIPS e il Questionario per la determinazione delle attività annesse alle prestazioni infermieristiche (Questionario AAPI) sono disponibili

presso il Club degli utilizzatori del metodo SIIPS e non necessitano di *copyright*.

Il SIIPS è un metodo sintetico<sup>13</sup>, universale (non locale), basato sui bisogni dei pazienti.

Le prestazioni infermieristiche sono distinte in 3 categorie che indicano la struttura dell'assistenza (**tabella 1**). Ogni categoria ha 4 livelli di complessità, cui corrispondono coefficienti e valori-tempo che indicano l'intensità assistenziale (cioè l'assorbimento di risorsa tempo). Una prestazione cui si attribuisce il coefficiente 20 ha un'intensità venti volte superiore rispetto ad una prestazione il cui coefficiente è 1. Il valore-tempo di 1 punto SIIPS è 8 minuti e 20 secondi di assistenza infermieristica.

L'attribuzione dei coefficienti è fatta in modo consensuale, durante le trasmissioni orali tra le *équipe*, in base ad una griglia di lettura dei coefficienti. La rilevazione dei dati può essere quotidiana o periodica e si traduce in coefficienti o punti SIIPS.

Il conteggio dei punti SIIPS è periodico. Quando la degenza supera i 7 giorni, il conteggio dei punti viene fatto una volta ogni 7 giorni e una volta alla dimissione, mentre quando la degenza è inferiore ai 7 giorni, il conteggio si fa soltanto alla dimissione. Nell'arco di un periodo  $\leq 7$  giorni, si prende il coefficiente quotidiano con la maggior frequenza (ad esempio dalla serie di sette gior-

**Tabella 1**

Il metodo SIIPS: i valori-tempo corrispondenti alle prestazioni

(\*) 1 punto SIIPS = 8 minuti e 20 secondi.

Fonte: adattato da Beaughon et al. (1999)

Categorie	Livello di complessità	Coeff. (punti) (*)	Valori-tempo (min./24 ore)
I. Prestazioni di base (PB)	Autonomia	1	< 10
	Aiuto occasionale	4	< 40
	Aiuto permanente	10	60-120
	Supplenza totale	20	120-190 e più
II. Prestazioni tecniche (PT)	Prestazioni semplici (ad es. prelievi o iniezioni 4/24h)	1	< 10
	Prestazioni brevi (ad es. cateterismo venoso)	4	< 40
	Prestazioni complesse (ad es. aiuto al cateterismo cardiaco) o prestazioni semplici e brevi, ma frequenti	10	60-120
	Prestazioni molto complesse (ad es. perfusione complessa e misura diuresi e sorveglianza delle costanti ogni ora)	20	120-190 e più
III. Prestazioni relazionali ed educative (PRE)	Autonomia	1	< 10
	Aiuto occasionale	4	< 40
	Aiuto permanente	10	60-120
	Supplenza totale	20	120-190 e più

ni: 4 4 4 1 1 1 1 esso è 1), mentre in caso di frequenza equa di più coefficienti, si prende il coefficiente superiore (ad esempio da: 10 10 10 4 4 4 1 esso è 10). Lo stesso processo si segue per ogni categoria di prestazioni (PB, PT, PRE). Il coefficiente periodico così selezionato è poi moltiplicato per il numero di giorni del periodo e la somma dei risultati per tutti i periodi della degenza (periodo I, periodo II e così via) e per tutte e tre categorie di prestazioni (PB, PT, PRE), rappresenta l'«intensità cumulata delle prestazioni infermieristiche» (che può essere convertita in minuti, se moltiplicato per 8' e 20''). Dividendo tale valore per il numero di giorni di degenza si ottiene l'«intensità delle prestazioni infermieristiche per giorno di degenza».

Il metodo permette anche il calcolo di un altro indicatore, denominato «struttura delle prestazioni infermieristiche». Nell'esempio della **tabella 2**, esso si ottiene dividendo il punteggio dell'intensità di ciascuna delle 3 categorie di prestazioni cumulata nel corso della degenza (PB = 31, PT = 82, PRE = 40) per il punteggio dell'intensità cumulata delle prestazioni infermieristiche (totale = 153).

Dall'indicatore «intensità cumulata delle prestazioni infermieristiche» è possibile calcolare il numero di posti necessari sulle 24h per erogare l'assistenza infermieristica in senso stretto:

$$\text{N. posti per l'assistenza/24h} = \frac{\text{Intensità cumulata (n. punti SIIPS) 24h/reparto} \times 8' 20''}{\text{Tempo di lavoro a tempo pieno per operatore}}$$

Il Questionario AAPI (attività annesse alle prestazioni infermieristiche) accompagna il metodo SIIPS e permette di rilevare il tempo dedicato alle azioni di supporto. Come illustrato nella **tabella 3**, esso ha 19 voci. La compilazione si fa tramite auto-valutazione eseguita dal singolo operatore sulle 24h nell'arco di una settimana. Il campione minimo è costituito di tutto il personale infermieristico e gli altri operatori dell'assistenza (ne fanno eccezione i medici) di un'unità operativa di medicina e un'unità operativa di chirurgia. La valutazione AAPI dovrebbe essere realizzata una volta ogni 2 anni oppure ogni qual volta ci sia un cambiamento nell'organizzazione del lavoro e/o nell'architettura dello stabile.

Il numero di minuti dedicati alle AAPI sulle 24h è un parametro che serve per il calcolo del numero di posti necessari sulle 24h per eseguire le AAPI:

$$\text{N. posti per le attività di supporto/24h} = \frac{\text{N. minuti AAPI sulle 24h nel reparto}}{\text{Ore di lavoro a tempo pieno per operatore}}$$

Il tempo complessivo consacrato all'assistenza infermieristica in senso stretto e alle attività di supporto AAPI determina il carico di lavoro infermieristico e quindi il fabbisogno di personale sulle 24h per unità operativa:

$$\text{N. posti necessari all'assistenza infermieristica in senso stretto/24h} + \text{n. posti necessari alle attività di supporto/24h} = \text{n. posti necessari/24h}$$

**Tabella 2**

Il metodo SIIPS: esempio di calcolo dell'intensità assistenziale nel caso di un paziente con una degenza di 10 giorni  
Fonte: Tereanu (2005)

Categ.	I periodo			II periodo			Degenza totale		Giorno
	Durata	Coeff.	Punti	Durata	Coeff.	Punti	Durata	Intensità cumulata (punti)	Intensità per giorno di degenza
PB	7	4	28	3	1	3	10	31	31/10 = 3,1
PT	7	10	70	3	4	12	10	82	82/10 = 8,2
PRE	7	4	28	3	4	12	10	40	40/10 = 4,0
			Tot. = 126			Tot. = 27		Tot. = 153	Tot. = 15,3

Categoria	Voce
I. Attività alberghiere	Gestione dei pasti Gestione della biancheria Manutenzione dei locali Gestione dei rifiuti
II. Attività logistiche	Igiene, decontaminazione, sterilizzazione Farmacia Laboratorio Gestione del materiale Spostamento fuori unità operativa, verso... Gestione del tempo di lavoro
III. Comunicazioni, informazioni, relazioni	Trasmissioni tra le <i>équipes</i> Relazioni con i medici Altre relazioni Telefono Riunioni
IV. Attività amministrative	Gestione del flusso dei pazienti Interventi amministrativi
V. Integrazione, formazione, ricerca	Allievi e altri agenti Formazione, docenza e ricerca

Tabella 3

Le voci del Questionario AAPI

Fonte: adattato da Beaughon et al. (1999)

## 5.2 Il metodo PRN

Il PRN, sviluppato in Canada dall'EROS (*Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé*), è un metodo analitico, universale, basato sull'assistenza richiesta per i bisogni del paziente. Esso è utilizzato, con *copyright*, anche in altri Paesi, tra i quali Australia, Belgio, Francia, Italia, Lussemburgo, Portogallo, Spagna, Svizzera.

Il metodo presuppone una valutazione dell'assistenza diretta e indiretta (PDI) richieste per il singolo utente sulle 24h. Un manuale permette la classificazione delle attività in 8 categorie principali e divise in classi che comprendono uno o più fattori mutuamente esclusivi. Ad ogni fattore (in totale 249 nella versione PRN 87) corrisponde un numero di punti (1 punto PRN = 5 minuti). La somma di tutti i fattori richiesti indica il tempo complessivo necessario a erogare l'assistenza diretta e indiretta al paziente nell'arco delle 24h. A questo tempo si aggiunge poi il tempo dedicato ad altre due categorie di attività. La prima è la comunicazione che ha come soggetto il beneficiario (CSB) e la cui durata non è misurata dal manuale, ma calcolata

in base a una formula matematica a seconda del volume di CSB. La seconda categoria si riferisce alle attività amministrative e di manutenzione (AAM) la cui durata è calcolata tramite una tabella, a seconda del numero medio di pazienti, del tipo e dell'architettura dell'unità, dei giorni festivi (tabella 4).

## 5.3 Il metodo LEP

Il LEP è un metodo analitico, universale, basato sull'assistenza erogata al paziente e sviluppato nella Svizzera tedesca. Esso è proprietà della LEP SA di San Gallo ed è utilizzato, con *copyright*, anche in altri Paesi, tra cui Austria, Belgio, Francia, Germania, Lichtenstein e Paesi Bassi (Brügger et al., 2002).

Per la rilevazione dell'assistenza direttamente riferibile al paziente, il metodo si avvale di un catalogo di variabili classificate in 3 categorie (tabella 5).

Come si evince dalla tabella 6, la relazione tra ogni variabile e i valori-tempo corrispondenti è definita tramite una seconda classificazione delle variabili.

Per misurare le attività non direttamente riconducibili al paziente è utilizzato un indicatore «valore C» che rappresenta la proporzione del tempo dedicato a queste attività rispetto al tempo totale di lavoro del personale. Tali attività sono suddivise in sei categorie: gestione, formazione, amministrazione, comunicazioni orali, *menage*, manutenzione dei macchinari e degli strumenti. Il «valore C» è calcolato come:

$$\text{Valore C} = 100 \times \left( 1 - \frac{\text{carico totale di lavoro}}{\text{tempo totale di lavoro}} \right)$$

## 5.4 Analisi trasversale

Il principio della valutazione del carico del lavoro è comune ai tre metodi presentati. Esso si basa sulla somma delle prestazioni richieste dai pazienti, in base ad un piano assistenziale individuale (SIIPS e PRN). A tali attività sono poi associati dei valori-tempo. Le attività di supporto sono misurate direttamente dal metodo (PRN e LEP) oppure da uno strumento complementare (Questionario AAPI che accompagna SIIPS). Così si ottiene il volume totale di tempo dedicato dal

Categoria	Esempi		Tempo medio (minuti/24h)
Prestazioni dirette e indirette (PDI): - respirazione - alimentazione - eliminazione - igiene - mobilizzazione - comunicazione - trattamento - metodi diagnostici	<i>Prestazioni dirette:</i> prestazioni al letto del paziente e avendo come soggetto il paziente - azioni specifiche di assistenza (esecuzione della prestazione, assistere il paziente mentre si cura lui stesso, osservarlo, istruirlo, accordargli una relazione di aiuto) - atti supporto alle azioni di assistenza (individuare il paziente, informarlo sulle prestazioni, isolarlo, installarlo e re-installarlo)	<i>Prestazioni indirette:</i> azioni in assenza del paziente: - preparazione del materiale - consultazione del piano assistenziale - lavaggio delle mani	5 min/fattore
Comunicazione avendo come soggetto il beneficiario (CSB)	- Comunicazione avendo come soggetto il beneficiario, ma nella sua assenza - Trasmissioni orali tra le <i>équipe</i> - Comunicazione con il corpo medico - Comunicazione con i servizi medico-tecnici - Comunicazione con la <i>équipe</i> interdisciplinare all'interno e all'esterno dell'ospedale - Trasmissioni per iscritto, compilazione della cartella infermieristica, rilevazione dei dati col metodo PRN		Formula matematica
Attività amministrative e di manutenzione (AAM)	- Attività amministrative eseguite dal personale di assistenza e dal capo infermiere per assicurare la gestione dell'unità - Attività di manutenzione del materiale - Spostamenti all'interno e all'esterno del reparto con o senza paziente		Tabella

**Tabella 4**

Il metodo PRN: i valori-tempo corrispondenti alle componenti del carico di lavoro

Fonte: adattato da Lair-Hillion (2003)

Categorie	Variabili	
Variabili amministrative	Dati amministrativi	
Informazioni sul paziente	Variabili concernenti lo stato del paziente e lo specifico del reparto	
Variabili descrittive delle prestazioni assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizzazione</li> <li>- Attività di igiene/vestire il paziente</li> <li>- Alimentazione/idratare</li> <li>- Eliminazione</li> <li>- Respirazione/circolazione</li> <li>- Documentazione/amministrazione</li> <li>- Comunicazione</li> <li>- Attività terapeutiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnamento/presa in carico</li> <li>- Sicurezza</li> <li>- Asepsia</li> <li>- Trasmissioni/collaborazioni</li> <li>- Esami di laboratorio</li> <li>- Medicazione</li> <li>- Trattamenti</li> </ul>

**Tabella 5**

Il metodo LEP: le categorie di variabili concernenti l'assistenza diretta

Fonte: LEP SA (2001)

Tipo di variabile	Simbolo	Valori-tempo
Amministrativa	A	Predefinita uguale a 0
Con rilevamento multiplo	M	Predefinita (indicare soltanto quante volte al giorno è eseguita una prestazione)
Con «spazio-tempo»	Z	Non-predefinita (indicare la durata della prestazione)
Di gruppo con rilevamento multiplo	MG	Predefinita (indicare sia il numero effettivo di agenti e di pazienti che partecipano all'attività, sia un valore medio)
Di gruppo con «spazio-tempo»	ZG	Non-predefinita (indicare il risultato della ripartizione individuale per ogni singolo paziente del tempo totale consacrato all'assistenza)

**Tabella 6**

Il metodo LEP: i valori-tempo corrispondenti alle variabili concernenti l'assistenza diretta

Fonte: LEP SA (2001)

personale a tutti i pazienti del reparto. Esso viene poi messo in relazione col tempo contrattuale di lavoro, depurato da una stima per le assenze (vacanze, giorni festivi, ecc.), così da calcolare il personale necessario.

Al tempo stesso, i metodi si distinguono in più aspetti (cfr. Berthou, 1995 e Tereanu, 2003a e 2003b):

– *metodi con copyright versus metodi senza copyright*: i primi metodi implicano un investimento finanziario superiore. Il *copyright* può essere necessario sia per il metodo, sia per il *software* che fornisce le statistiche sull'assistenza infermieristica;

– *metodi locali versus metodi universali*: i primi sono sviluppati e aggiornati a livello locale, a seconda degli indicatori che servono agli attori locali per la gestione delle proprie strutture. In generale, si tratta di metodi semplici, con uso facile e rapido e a costo relativamente basso. Essi non sono validati, non sono aggiornati e non consentono dei confronti, salvo tra le strutture della regione dove sono applicati. I metodi universali subiscono invece una validazione esterna e aggiornamenti frequenti in base a dei confronti tra un numero più ampio di strutture. Di solito sono protetti da *copyright*;

– *metodi analitici versus metodi sintetici*: i primi tendono a scomporre l'assistenza infermieristica in più prestazioni, mentre i secondi raggruppano le prestazioni in categorie. A causa del loro grado di dettaglio, i primi necessitano di una solida formazione del personale alla loro applicazione. Al contrario, l'applicazione dei metodi sintetici, essendo più rapida gode anche di un livello più alto di adesione da parte del personale infermieristico;

– *metodi basati sull'assistenza richiesta versus metodi basati sull'assistenza erogata*: gli esempi più evidenti per cogliere tale differenza sono rappresentati dal PNR, che si basa sulle prestazioni richieste per soddisfare i bisogni dei pazienti (in logica *ex ante*), e dal LEP, che invece si basa sulle prestazioni effettivamente erogate (*ex post*).

La **tabella 7** compara e riassume le caratteristiche dei metodi, reintroducendo anche il CLIDPa che non ha avuto specifica trattazione nel paragrafo.

## 6. Discussione

In Italia i tentativi di determinare in modo sistematico i carichi di lavoro nelle aziende sanitarie pubbliche si sono scontrati con difficoltà che il più delle volte hanno portato al loro sostanziale abbandono. I problemi sono stati almeno in parte generati dall'onerosità del processo, dalle eccessive aspettative che lo accompagnavano, dalla tendenza a strumentalizzare la rilevazione sovrastimando i bisogni assistenziali, dalla connotazione burocratica e certificatoria attribuita ai risultati che si volevano ottenere.

Alcune delle cause di quei problemi sono profonde, legate alla varietà e alla natura professionale delle attività svolte (cfr. § 2). Altri ostacoli allo sviluppo di tali sistemi sono invece stati rimossi o ridotti, in particolare alcuni assunti tipici dell'organizzazione burocratica (§ 3). Resta quindi da valutare se è possibile e utile riproporre sistemi di determinazione quantitativa del fabbisogno di personale. L'esperienza fatta da altri Paesi può certamente aiutare a cogliere potenzialità e limiti di tale esigenza.

I Paesi e gli strumenti discussi nei due paragrafi precedenti mostrano esperienze interessanti per quel che riguarda il personale assistenziale in ospedale e in primo luogo per il personale infermieristico. Quelle esperienze dicono che, a certe condizioni, sviluppare metodi di valutazione quantitativa dell'assistenza è possibile e probabilmente funzionale alla gestione delle strutture sanitarie e alla qualità delle prestazioni fornite. Applicati quotidianamente o in *audit*, tali metodi continuano a diffondersi negli ospedali e ad essere aggiornati per tener conto dell'innovazione tecnologica (ad esempio nelle attività di *day hospital*) e delle necessità derivanti dall'invecchiamento della popolazione (ad esempio l'assistenza di lungodegenza o domiciliare).

Appare utile a questo punto riassumere potenziali vantaggi e aspetti critici di quei metodi.

I vantaggi sembrano riconducibili a cinque dimensioni:

– *divisione del lavoro*: la classificazione e la rilevazione delle varie attività svolte – attività infermieristiche dirette e indirette, attività di supporto, ecc. – può facilitare l'as-



	SIIPS	PRN	LEP	CLIDPa
<b>Paese di origine</b>	Francia	Canada	Svizzera tedesca	Svizzera italiana
<b>Utilizzo</b>	Francia e Romania	Canada, Lussemburgo, Italia, Spagna, Francia, Svizzera, Portogallo, ...	Svizzera, Germania, Austria, Francia, Lichtenstein, Belgio, Paesi Bassi, ...	Cantone Ticino (Svizzera)
<b>Copyright</b>	Metodo: no Software: sì	Metodo: sì Software: sì	Metodo: sì Software: sì	Metodo: no Software: no
<b>Disponibilità</b>	Club degli utilizzatori del metodo SIIPS Parigi, Francia	EROS (Équipe Recherche Opérationnelle Santé), Montréal, Canada	LEP-SA, San Gallo, Svizzera	EOC (Ente Ospedaliero Cantonale), Bellinzona, Svizzera
<b>Carico assistenza/carico lavoro</b>	– Carico dell'assistenza infermieristica in senso stretto, se utilizzato tale quale – Carico di lavoro, se utilizzato assieme con il Questionario AAPI	Carico di lavoro	Carico di lavoro	Carico di lavoro
<b>Replicabilità</b>	Universale	Universale	Universale	Locale
<b>Sintetico/analitico</b>	Sintetico	Analitico	Analitico	Sintetico
<b>Piano assistenziale individuale</b>	Sì	Sì	Non necessariamente	Sì
<b>Settori di applicazione</b>	Acuti (adulti e bambini), psichiatria, riabilitazione, cure a domicilio, lungodegenza, settore ambulatoriale	Acuti, lungodegenza, psichiatria, rieducazione funzionale	Acuti, psichiatria, riabilitazione	Acuti (compresa la pediatria, l'ostetrica e la neonatologia, la dermatologia)

segnazione delle attività svolte ai diversi profili professionali dell'assistenza, in base alla natura delle prestazioni;

– *qualità dei processi di lavoro*: esplicitare i processi assistenziali e rilevare le attività effettivamente svolte può aiutare a considerare meglio alcuni bisogni o prestazioni (ad esempio maggior orientamento verso la presa a carico dei decubiti o del dolore.), può evidenziare criticità organizzative relative all'architettura delle strutture o ai sistemi d'informatizzazione (farmacia, pasti, referti di laboratorio, ecc.), può aumentare la completezza e la correttezza delle informazioni sulla cartella infermieristica, ecc.;

– *dimensionamento dell'organico*: rimane il primo obiettivo di tali metodi, grazie ai quali l'allocazione del personale alle unità operative può basarsi su criteri più oggettivi

che discendono dall'analisi dei bisogni assistenziali<sup>14</sup>; l'analisi dei carichi di lavoro nel tempo può facilitare la programmazione del personale, informando circa i possibili fabbisogni a medio o lungo termine;

– *controllo e motivazione*: il dettaglio delle attività svolte permette un maggior controllo sull'operato dei singoli operatori; i confronti tra unità operative dell'ospedale o tra più ospedali può produrre informazioni utili a controllare la produttività e l'efficienza; d'altro canto il dettaglio delle attività permette di riconoscere meglio i risultati del proprio lavoro e a vederseli riconosciuti da parte dell'organizzazione (eventualmente anche grazie a collegamenti col sistema retributivo);

– *alimentazione del sistema informativo aziendale*: tali strumenti non soltanto rendo-

**Tabella 7**

Le principali caratteristiche di alcuni metodi di valutazione del carico del lavoro

Fonte: Tereanu (2005)

no più trasparenti le attività assistenziali, ma migliorano le informazioni relative ai pazienti (età, sesso, diagnosi), alle ammissioni e alle dimissioni, alla durata di degenza e possono essere collegati ad altri sistemi di classificazione dei pazienti quali i Drg (minuti di assistenza necessari a seconda della diagnosi) o ai sistemi di contabilità analitica.

Le principali criticità sembrano invece riguardare i seguenti punti:

– *riduzione degli spazi di autonomia professionale*: la scomposizione delle attività in *task* elementari aumenta la controllabilità e vincola gli spazi di autonomia professionale, riesumando un approccio «tayloristico» o per mansioni che mal si concilia con le concrete competenze degli infermieri, con la dimensione relazionale e psico-affettiva col malato (Dallaire *et al.*, 2003, p. 321) e più in gene-

rale col processo di professionalizzazione o riqualificazione del personale coinvolto nell'assistenza;

– *rischio di veder prevalere l'approccio dei bisogni clinici*: la stessa scomposizione in *task* può dar luogo a richieste e rivendicazioni non compatibili con le condizioni organizzative o economiche delle aziende;

– *interventi di formazione e attività di compilazione*: la funzionalità dei metodi richiede un ampio coinvolgimento del personale, per la formazione specifica in fase d'introduzione e per l'alimentazione degli strumenti di rilevazione una volta a regime;

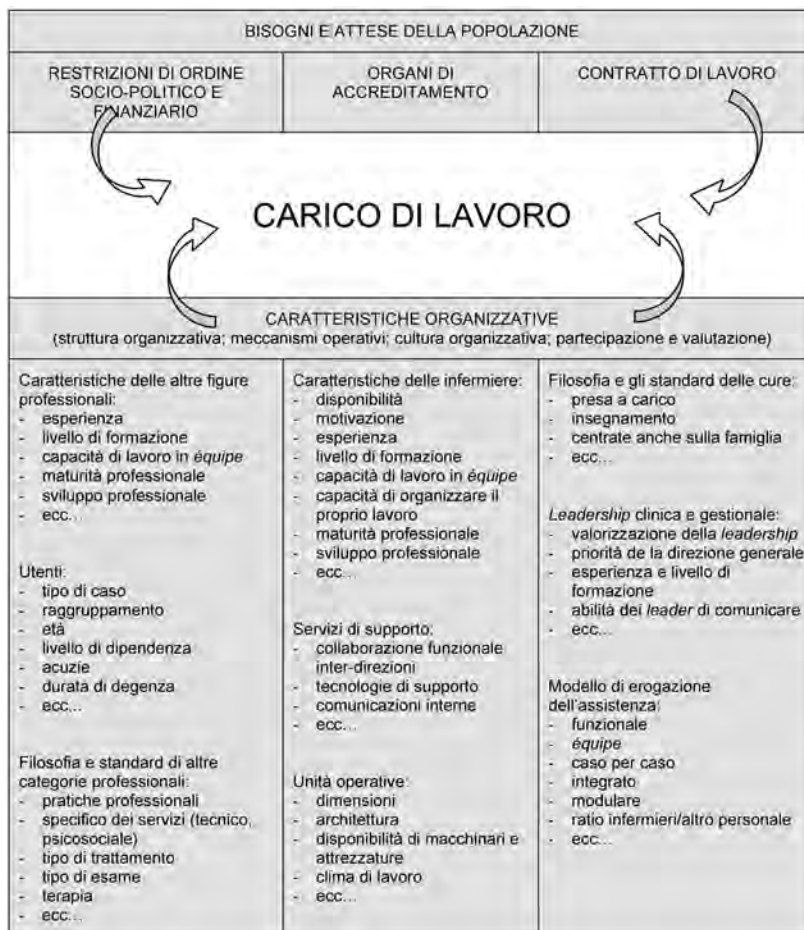
– *costi diretti*: l'adozione di alcuni metodi può avere costi abbastanza alti per le licenze (se il metodo e/o il *software* sono coperti da *copyright*) e per la formazione sul rilevamento dei dati, per l'acquisto e la manutenzione dei PC ove non siano già presenti, per l'analisi dei dati, ecc.;

– *ricadute sul clima organizzativo*: tali metodi sono spesso considerati strumento «di potere» dai diversi attori interni (Berthou, 1995) e possono quindi dare luogo a contrasti o malumori.

### Figura 1

Le variabili che influiscono sul carico del lavoro

Fonte: adattato da Thibault (1990)



## 7. Conclusioni

La reale rilevanza dei potenziali vantaggi e delle criticità qui riassunte dipende da numerosi fattori, richiamati nella **figura 1**, che cambiano nei diversi contesti istituzionali e aziendali.

In conclusione, la rilevazione dei carichi di lavoro può costituire un importante elemento conoscitivo per la funzionalità delle aziende. Resta però evidente la necessità che chi chiede o propone lo sviluppo di tali modelli abbia in mente i problemi di fondo e le difficoltà discusse nell'articolo, che non appaiono riconducibili soltanto a difficoltà tecniche probabilmente superabili.

In particolare, è fondamentale ribadire che una determinazione basata su approcci razionali non deve in alcun modo delegare alla tecnicità le responsabilità di assunzione delle decisioni utili al funzionamento dell'azienda. Lo strumento di rilevazione non può cioè sostituirsi all'esercizio del potere discrezionale ma responsabile che è al cuore della funzione manageriale correttamente intesa. Inoltre, occorre evitare che la pretesa oggettività dei numeri diventi occasione

per richieste o rivendicazioni che, fondate sulle sole logiche professionali (approccio dei bisogni clinici) o burocratiche (fabbisogno «certificato» da utilizzare per successive rivendicazioni), risultano in fin dei conti irresponsabili da un punto di vista aziendale e manageriale. A qualunque esercizio di rilevazione dei carichi di lavoro deve cioè necessariamente seguire una fase di ricomponimento che tenga conto delle compatibilità e delle coerenze aziendali.

## Note

1. Una storia normativa della programmazione del personale negli enti pubblici e, in particolare, dei carichi di lavoro, può essere fatta risalire già agli anni settanta (L. 62/1977) e ottanta (L. 43/1978, L. 3/1979, D.P.R. 13/1986, L. 554/1998). Negli anni novanta le indicazioni normative si fanno più precise e le richieste più stringenti. I principali provvedimenti sono il D.L.vo 504/1992, il D.L.vo 29/1993, il D.L.vo 470/1993, il D.L.vo 546/1993, la L. 537/1993 (Legge finanziaria 2004), la circolare 6/1994 del Dipartimento per la funzione pubblica, il D.L. 379/1994, la L. 724/1994. In particolare, il D.L.vo 29/1993 all'art. 31, c. 1, lett. b e successive afferma: «Le pubbliche amministrazioni procedono [...] alla formulazione di una proposta di redibizione dei propri uffici e delle piante organiche in relazione [...] ai carichi di lavoro». La L. 537/1993 all'art. 3 c. 5 afferma che le pubbliche amministrazioni devono provvedere entro il 31 dicembre 2004 e, successivamente, con cadenza almeno biennale, alla verifica dei carichi di lavoro, con specifico riferimento alla quantità media totale di atti/operazioni degli ultimi tre anni, ai tempi *standard* di esecuzione delle attività, al grado di copertura del servizio reso definito in base alla domanda espressa e alla domanda potenziale. Tale norma genera però alcune ambiguità riguardo ai soggetti titolari della definizione delle metodologie di rilevazione dei carichi di lavoro, ai criteri di applicare nella determinazione, ai tempi delle rilevazioni.
2. Peraltro l'analisi concreta della composizione degli organici mostra situazioni assai differenziate, che dimostrano una fungibilità molto maggiore di quella ipotizzata in linea teorica. Differenze importanti restano anche quando si guardi ai dati relativi alle Regioni italiane (che verosimilmente riducono le differenze presenti a livello delle singole aziende sanitarie). Un semplice esempio riguarda il rapporto tra personale infermieristico, che possiamo identificare con A, e medici più odontoiatri, che possiamo identificare con B. I dati del Ministero della salute relativi ai dipendenti del Ssn del 2003 mostrano un rapporto A)/(B) che va da un valore massimo di 3,5 per la Provincia autonoma di Bolzano e il Friuli-Venezia Giulia, fino a un valore minimo di 1,8 per la Sicilia (Ministero della salute, 2004). Si tratta, evidentemente, di modelli clinico-assistenziali diversi, anche se la normativa relativa alle professioni sanitarie e alle competenze di ciascuna di esse rimane nazionale.
3. Per una discussione di metodi sia *top down* sia *bottom up* per le prestazioni mediche di radiologia, si veda Pesaresi *et al.* (2003).
4. Nello stesso senso cfr. sia Bonetti, Cosmi, Valotti (2004), che affermano che «i carichi di lavoro possono assumere valenza segnaletica, non decisionale» e devono costituire «elemento a supporto di un più complesso sistema decisionale», sia Trincherò (s.i.d.), secondo la quale la determinazione dei carichi di lavoro, «lungi dall'essere uno strumento meccanicistico di definizione degli organici, si propone come supporto al delicato processo di negoziazione budgetaria e di successiva allocazione della risorsa umana ai diversi centri di responsabilità».
5. La scelta di questi Paesi origina dai contatti presi dall'autrice durante un recente progetto pilota svolto per la valutazione quantitativa dell'assistenza infermieristica nel settore ospedaliero rumeno. Tra le persone che hanno reso possibile questo confronto si vogliono ringraziare F. Pistre, del Centro ospedaliero universitario di Tolosa e presidente del Club degli utilizzatori del metodo SIIPS in Francia; M.L. Lair, del Centro pubblico di ricerca in sanità e direttrice del Centro degli studi in sanità di Lussemburgo; A. Berthou, infermiera consulente e direttrice associata e J.C. Rey, direttore, Istituto di salute e di economia di Losanna (Svizzera); P. Luraschi, vice-direttore e responsabile risorse umane all'Ente ospedaliero cantonale del Cantone Ticino (Svizzera) e C. Mercolli, capo infermiere all'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio (Svizzera).
6. Altri metodi adottati in Canada – e in particolare in Quebec – sono il GRASP, il MEDICUS e il NSS (Dallaire *et al.*, 2003, p. 321).
7. Si consideri in ogni caso il fatto che la popolazione complessiva è di circa mezzo milione di abitanti.
8. Si tratta del metodo Exchaquet, adottato negli anni settanta. Il metodo si basava sull'ipotesi che il fabbisogno di personale fosse determinato dalle esigenze assistenziali dei malati e classificava i pazienti in tre livelli, avvalendosi di una griglia di dipendenza (Berthou, 1995: p. 102; Tereanu, 2003a, 2003b).
9. All'inizio il LEP si è diffuso soprattutto in Svizzera tedesca (ospedali universitari di Basilea, Zurigo, San Gallo), mentre il PRN si è diffuso nella Svizzera francese (ospedali universitari di Losanna e Ginevra e in alcuni ospedali di Neuchâtel). Tuttavia, il LEP sembra guadagnare terreno a scapito del PRN.
10. A titolo d'esempio, l'applicazione continua del CLIDPa ha necessitato di un investimento iniziale di 10.000 CHF (franchi svizzeri) per la creazione del *software*, a cui si sono aggiunti circa 400.000 CHF l'anno per la formazione e la rilevazione dei dati. La decisione di applicare il metodo in *audit*, con la partecipazione di infermieri interni, selezionati e formati all'applicazione del metodo, che procedano poi alla rilevazione in tutti i sette ospedali dell'EOC, abbasserebbe i costi a 100.000 l'anno (cfr. Luraschi).
11. Per maggiori dettagli cfr. Tereanu (2005).
12. Rimane evidente che i tre strumenti indagati non esauriscono l'insieme dei metodi per la determinazione del fabbisogno di personale dell'assistenza. Essi in ogni caso hanno ampia diffusione in Paesi culturalmente e geograficamente vicini all'Italia e quindi

- possono costituire un riferimento valido per il nostro paese.
13. Sono «metodi sintetici» quelli che raggruppano le prestazioni in categorie, avvalendosi di classificazioni. I metodi che scompongono le attività in più atti possibili sono invece denominati «metodi analitici».
14. Per la programmazione del personale, dopo aver rilevato il fabbisogno sulle 24 ore, occorre effettuare dei calcoli supplementari che prendano in considerazione i giorni festivi, le vacanze legali, la ripartizione dei turni, il rapporto infermieri/altro personale, ecc.

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

- AIROLDI G. (1980), *I sistemi operativi*, Milano, Giuffrè.
- BEAUGHON M.C., DICK-DELALONDE C., PISTRE F., VORON P. (1999), *La méthode S.I.I.P.S. Indicateurs d'activités en soins infirmiers*, Éditions Lamarre, Paris.
- BERTHOU A. (1995) (a cura di), *Outils de mesure de la charge en soins infirmiers dans les établissements pour personnes âgées et les hôpitaux de soins aigus*, Groupe de Travail «Dotation en personnel» du GRSP (Groupement des services de santé publique des Cantons Romands, de Berne et du Tessin), Institut Suisse de la Santé publique, Aarau.
- BONETTI A., COSMI L., VALOTTI G. (2004), «Dai carichi di lavoro alla gestione dinamica degli organici», *Risorse umane nella pubblica amministrazione*, 5.
- BORGONOV E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, terza edizione, Egea, Milano.
- BRÜGGER U., BAMERT U., MAEDER C., ODERMATT R. (2002), *Saisie des prestations de soins infirmiers: description résumée de LEP Nursing 2*, San Gall.
- CASATI G., VICHI M.C. (a cura di) (2002), *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill, Milano.
- DALLAIRE C., O'NEILL M., LESSARD C., NORMAND S. (2003), «La profession infirmière au Québec: les défis majeurs qui persistent», in V. Lemieux *et al.* (a cura di), *Le système de santé au Québec*, Les Presses de L'Université Laval, Québec.
- DE PIETRO C. (2002), «L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: le politiche e la valutazione del personale», *Mecosan*, 43, pp. 67-81.
- DE PIETRO C. (2004), «Burocrazie professionali e gestione del personale: ultimi sviluppi nelle aziende del SSN», *Economia e management*, 5, pp. 58-9.
- DE PIETRO C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane*, McGraw-Hill, Milano.
- DRAGONETTI S. *et al.* (2002), *Il personale delle aziende sanitarie*, seconda edizione, Giuffrè, Milano.
- FELDSTEIN P.J. (2002), *Health care economics*, second edition, John Wiley & Sons, New York.
- FERRERA M. (1996), «Riforma del welfare, un gioco a somma positiva», *Biblioteca della libertà* xxxi, 137, novembre-dicembre, pp. 85-90.
- FOLLAND S. *ET AL.* (2001), *The economics of health and healthcare*, third edition, Prentice Hall, Upper Saddle River.
- GOUGH I. (1987), «Welfare State», in J. Eatwell, M. Milgrave, P. Newman (eds.), *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, 4, pp. 895-7, Macmillan, London.
- LAIR-HILLION M.L. (2004), «Dix ans d'évaluation des soins au Grand Duché de Luxembourg», paper presentato alla 15<sup>a</sup> Conferenza ALASS, 23-25 settembre, Bucarest.
- LAIR-HILLION M.L. (2003), *Évaluation des soins infirmiers pour une gestion plus performante et pertinente*, note didattiche, Università di Medicina e di Farmacia «Carol Davila», Bucarest.
- LEP SA (2001) *Méthode LEP. Description des variables pour les soins infirmiers*, St Gall.
- LOVADINA B. (2000), Rapporto Progetto CLIDPa, EOC, Bellinzona.
- MARINO G., PATRI F. (1990), *Pianificazione quantitativa delle risorse umane nei servizi*, Franco Angeli, Milano.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2004), *Personale delle A.s.l. e degli istituti di cura pubblici*, su [www.sanita.it](http://www.sanita.it) (visitato il 10 agosto 2005).
- OECD (2005), «Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles», OECD Health Working Papers n. 17, OECD, Paris.
- PALESE A., PITACCO G. (2004), *Essere infermieri oggi. Alcuni nodi problematici di una professione che cresce*, numero 9 della serie «I quaderni dell'infermiere», IPASVI, Roma.
- PESARESI F. *et al.* (2003), «Il carico di lavoro dei radiologi», *Mecosan* n. 48: pagg. 37-52.
- PHELPS C.E. (2003), *Health economics*, Addison Wesley, Boston.
- QUAGLINO G.P. *et al.* (1987), «La motivazione», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, volume 3, «I processi, i sistemi e le funzioni aziendali», Utet, Torino.
- TEREANU C. (2003a), «Evaluarea ingrijirilor: un instrument de decizie pentru managerii din sanatate», *Medicina Moderna X(7)*, pp. 381-4.
- TEREANU C. (2003b), «Masurarea volumului de ingrijiri: necesitate sau moda», *Viata Medicala XV(696)*, p. 4.
- THIBAUT C. (1990), *Les systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers*, Montréal, Association des Hôpitaux du Québec.
- TEREANU C. (2005), *Proiect pilot de evaluare cantitativa des soins infirmiers en Roumanie. Rapport final*, Sezione sanitaria, Bellinzona.
- TOUSIJIN W. (2004), «Le professioni della salute», in C. Cipolla (a cura di): *Manuale di sociologia della salute, I. Teoria*, Franco Angeli, Milano.

- TOUSIJN W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, il Mulino, Bologna.
- TOZZI V. (2003), «Il percorso assistenziale: uno strumento innovativo di gestione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- TRINCHERO E. (s.i.d.), «La determinazione del fabbisogno di personale sanitario», Nota didattica Sda Bocconi, Milano.
- VALOTTI G. (2005), *Management pubblico. Temi per il cambiamento*, Egea, Milano.
- ZANGRANDI A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.
- ZANGRANDI A. (2000), «Autonomia clinica e processi organizzativi nelle aziende sanitarie: vincoli e opportunità per la progettazione organizzativa», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

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

### Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

### Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

#### 1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

#### Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

#### Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

#### Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

#### Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

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

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

# Analisi della variabilità dei costi dell'assistenza: il caso della spesa per farmaci e presidi nel Drg 410

E. COLAIACOMO, A.D. COLASANTO, G. CONSOLE, P. NARDULLI,  
P. MILELLA, F. DIGIUSEPPE, A.M. LERARIO

*BACKGROUNDS: drug cost components variation for DRG 410 has been suggested for evaluating setting appropriateness of care delivery.*

*METHODS: Using medical records data, interviewing clinicians and collecting patient data identifies two major drug cost classes for DRG 410: (1) ancillary drugs and equipment; (2) chemotherapy preparation. FINDINGS: While 23,37% to 98,67% of cost variation is due to chemotherapy, setting appropriateness of care delivery depend mainly on patient conditions. 62.5% of cases demonstrate drug costs higher than DRG rate because of chemotherapy: within those cases patients conditions should be evaluated for setting appropriateness.*

*CONCLUSIONS: This paper serves as an instrumental for identifying which drug cost component can be used for analysis as well as highlighting specific areas for setting appropriateness evaluation.*

## Note sugli autori

IRCCS Oncologico, Bari:

E. Colaiacomo è Commissario Straordinario, A.D. Colasanto è Direttore Sanitario Aziendale, G. Console è Direttore di Farmacia, P. Nardulli è Responsabile Unità di Manipolazione Chemioterapici e Antiblastici, Milella Pietro è Responsabile Unità di Statistica ed epidemiologia, F. Diguseppe è Farmacista a contratto, A.M. Lerario è Dottore di ricerca in economia e gestione sanitaria a contratto

## 1. Introduzione

Nell'analisi del sistema sanitario la valutazione economica dei diversi atti che sostengono le prestazioni erogate è diventata una componente obbligatoria ai fini di un approccio razionale che contempra, da un lato, l'esigenza di rispondere nel modo migliore ai crescenti bisogni di assistenza della popolazione e, dall'altro, la mancata possibilità di un parallelo incremento delle risorse disponibili.

La cultura medica tradizionale ha, di fatto, trascurato ogni apertura alle problematiche di natura economica, considerando tali conoscenze come accessorie, adducendo come alibi il dogma che la salute del paziente fosse sempre e comunque al di sopra delle valutazioni dei costi (Malin *et al.*, 2005).

Solo in tempi più recenti, la necessità di confrontarsi con risorse «finite», ha costretto anche i clinici più riluttanti a compararsi con dinamiche gestionali che comprendono insieme all'analisi economica, lo studio delle relazioni esistenti fra utilizzazione delle risorse dedicate ai servizi sanitari e gli esiti delle cure (Annessi Pessina, Cantù, 2004).

Scopo del presente lavoro è stato quello di approfondire le dinamiche del consumo di farmaci e presidi al fine di stabilire indicazioni standard di tipo organizzativo, che consentano al clinico medico di scegliere la tipologia di *setting* assistenziale (ambulatorio, *day hospital*, assistenza domiciliare, ospedale per acuti, ecc.) di volta in volta più appropriato<sup>1</sup> in relazione al protocollo di trattamento.

La finalità del lavoro non ci ha impedito comunque di essere sempre consapevoli che

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiali e metodi
3. Integrazione dei dati ed analisi
4. Risultati
5. Considerazioni conclusive

la standardizzazione è possibile solo tenendo ben presenti anche le esigenze individuali dei singoli pazienti poiché molteplici sono i fattori che incidono sulla scelta del tipo di prestazione più adeguata che deve soddisfare attese e bisogni di tutti (Nonis, Lerario, 2003).

Abbiamo pertanto cercato di produrre una «linea guida» dell'utilizzo delle risorse economiche tendendo al raggiungimento di quegli obiettivi che sono propri della *mission* istituzionale di un Servizio sanitario pubblico, riconoscendo quindi anche l'impossibilità di prescindere da un'etica del corretto consumo dei mezzi disponibili, garantendo efficacia, efficienza, equità ed umanità delle cure.

In quest'ottica, lo studio dell'utilizzazione dei farmaci nell'attività ospedaliera è divenuta un'esigenza non differibile ai fini della valutazione dell'appropriatezza<sup>2</sup> e dell'economicità della gestione, in quanto, interessando i costi tangibili di un intervento sanitario è per questo più facilmente perfettibile (Falcitelli *et al.*, 2004).

## 2. Materiali e metodi

Lo studio si basa sulla rilevazione del consumo di farmaci e dispositivi medici utilizzati per la cura di singoli pazienti in regime di ricovero ordinario presso l'Istituto Oncologico di Bari, nel periodo gennaio-dicembre 2003.

La metodica seguita per la scelta dei dati da utilizzare, in linea con le raccomandazioni OECD (OECD, 2002), mira a valorizzare quanto più possibile le rilevazioni esistenti all'interno dell'azienda, limitando le rilevazioni *ad hoc* ed utilizzando anche misure *proxy* (Fishman *et al.*, 2004).

In tal senso, si è fatto riferimento all'unica rilevazione «per paziente» attualmente disponibile nel nostro Istituto, che è quella riportata nella documentazione di cura (cartella clinica). Tale rilevazione, tuttavia, non segue i criteri di normalizzazione tipici delle banche dati informatizzate e, inoltre, viene condotta con finalità precipue (es. referto medico, certificazione medico legale, ricerca ecc.), per cui sono rilevati solo i consumi di farmaci più significativi, mentre non sono compresi i consumi relativi ai presidi ed a tutto quel materiale comunque proveniente

dalla farmacia (Osservatorio Farmaci - CERGAS, 2004).

Di conseguenza, la stima del consumo di risorse provenienti dalla farmacia per singoli profili di cura viene generalmente ottenuta con il ricorso a tecniche di ribaltamento, che se da un lato risolvono il problema di ottenere una stima del consumo di risorse per singolo paziente e per profilo assistenziale, dall'altra presentano una limitata capacità di approfondire le dinamiche allocative (Oostenbrink, Maiwenn, 2005).

Pertanto, la soluzione da noi praticata per approfondire le dinamiche del consumo di risorse è stata quella di ricorrere a metodi statistici che, utilizzando le rilevazioni del consumo di materiale di farmacia per singola unità operativa e sulla base di una rilevazione condotta su un numero limitato di casi, hanno permesso di ottenere delle stime del consumo effettivo necessarie per orientare l'allocazione delle risorse.

L'ipotesi a partire dalla quale lo studio si muove è quella di verificare il grado di correlazione esistente fra una rilevazione discreta dei consumi, effettuata utilizzando metodologie statistiche, ed una di tipo analitico che considera i consumi effettivi di farmaci e presidi per singolo paziente.

La scelta del campione di casi da esaminare è stata effettuata utilizzando la tecnica del campionamento casuale stratificato, definito sulla base di raggruppamenti omogenei per entità di costo. La dimensione del campione è stata scelta in relazione ad elementi desunti dall'analisi delle cartelle cliniche (storia naturale della malattia, linee o stadi di trattamento, condizioni generali dei pazienti, ecc.) e con interviste di approfondimento effettuate con il personale di reparto.

Seguendo tale impostazione, i dati presi in esame per la realizzazione dello studio includono:

- 1) classificazione dei pazienti per gruppi omogenei di diagnosi e prestazioni;
- 2) consumo effettivo di risorse farmaceutiche per unità operativa;
- 3) dati di attività (pazienti ricoverati) per unità operativa;
- 4) consumo effettivo di risorse farmaceutiche per paziente;
- 5) consumo standard di materiale farmaceutico per classi di pazienti.



Le prime tre categorie di dati sono relative a flussi informativi attualmente disponibili. In particolare:

- la prima corrisponde alla classificazione Drg, che fornisce gruppi omogenei di pazienti per diagnosi e prestazioni;
- la seconda corrisponde ai dati rilevati dalla farmacia nello scarico del materiale alle singole unità operative richiedenti;
- la terza riguarda i dati di attività rilevabili con l'ausilio dei sistemi di misurazione del *case mix* per unità operativa.

La quarta categoria, invece, fa riferimento a dati attualmente non disponibili, in quanto manca una rilevazione «normalizzata» del consumo di materiale di farmacia per singolo paziente. Per questi è stata effettuata una rilevazione *ad hoc*.

L'ultima categoria di dati riguarda il consumo standard di materiale farmaceutico per Drg che è stato ottenuto in parte con il riferimento alla letteratura (Langiano, 1997), in parte con la definizione di standard interni (Herwartz, Theilen, 2003).

### 3. Integrazione dei dati ed analisi

Come punto di partenza per la scelta del campione di casi da esaminare sono stati individuati i primi 10 Drg per ordine di frequenza afferenti la casistica dell'Istituto Oncologico di Bari (vedi **tabella 1**). Trattandosi di una struttura specializzata in oncologia,

spicca il Drg 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) sul quale è stata focalizzata l'attenzione dello studio.

Questo ha permesso di selezionare un primo gruppo di cartelle cliniche, a partire dalle quali sono stati individuati raggruppamenti omogenei per entità di costo. Tali raggruppamenti sono stati analizzati e revisionati nel corso di interviste con il personale di reparto, il quale ha contribuito sia al perfezionamento dell'elenco originario, sia alla determinazione delle modalità operative (modulistica, tempi, ruoli e coinvolgimento) per la rilevazioni di tipo quantitativo.

La rilevazione, di tipo prospettico, è stata effettuata considerando 56 casi, corrispondenti al 5,26% del totale della casistica riscontrata nel periodo considerato. Per ciascuno di essi è stata condotta una rilevazione in corso di ricovero del consumo effettivo di farmaci e presidi dispensati dalla farmacia dell'ospedale.

La selezione dei pazienti da arruolare nello studio è stata effettuata escludendo tutti quei casi per i quali è stata riscontrata almeno una delle seguenti condizioni:

- ricovero con degenza di durata zero - un giorno;
- ricoveri con degenza di durata superiore a quattro giorni;
- ricoveri ripetuti e ricoveri successivi del medesimo paziente;
- pazienti deceduti durante il ricovero;

**Tabella 1**

Elenco dei primi 10 Drg per ordine di frequenza anno 2003

I dati sono quelli rilevati per il 2003 dal servizio di statistica ed epidemiologia dell'Istituto di Bari

Drg	Descrizione	Quota % Drg di risorse allocate per il consumo di farmaci e presidi (*)	N. casi	Degenza media	Indice di <i>case mix</i>
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	29,8 + 3,4 = 33,2	1064	3,04	0,523
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza complicanze	1,5 + 8,7 = 10,2	362	4,77	0,9646
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza complicanze	1,8 + 10,3 = 12,2	268	6,32	1,1770
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con complicanze	9,4 + 2,7 = 12,1	193	5,58	1,5291
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	9,6 + 4,0 = 13,6	189	5,45	1,4065
274	Neoplasie maligne della mammella con complicanze	8,2 + 4,5 = 12,7	181	6,19	1,6598
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	8,6 + 5,4 = 14,0	152	5,2	1,298
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con complicanze	7,8 + 3,6 = 11,4	114	4,09	1,5867
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	3,2 + 10,6 = 13,8	101	4,27	1,0863
173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza complicanze	4,6 + 2,7 = 7,3	80	5,13	1,2333

(\*) Le percentuali di assorbimento sono state ricavate da Langiano (vedi bibliografia), esse si riferiscono alla quota di consumi per farmaci e presidi allocati per singolo Drg.

- pazienti trasferiti presso altre strutture;
- pazienti inclusi in *trial* clinici sponsorizzati da aziende farmaceutiche.

In **tabella 2** viene riportato un esempio di scheda utilizzata per la rilevazione dei consumi nell'unità di degenza.

I dati in **tabella 3** sono relativi ad un ricovero ordinario della durata di tre giorni per

un paziente sottoposto a chemioterapia (Drg 410).

Le classi di costo sono state ottenute rilevando i consumi di materiale sostenuti nell'unità di degenza nell'arco del ricovero secondo lo schema riportato in tabella 2. Questa rilevazione non considera la chemioterapia, per la quale è stata effettuata una rilevazione separata. Tale scelta è maturata in conside-

**Tabella 2**

Scheda tipo rilevazione consumi di reparto per singolo paziente  
I dati espressi sono relativi alle quantità effettivamente consumate

<b>Farmaci per terapia os</b>	<b>1° giorno</b>	<b>2° giorno</b>	<b>3° giorno</b>
Algisor cpr	1	1	1
Esomeprazolo 20 mg cpr (Esopral)	1	1	1
Retinolo + Tocoferolo acetato cpr (Rovigon)	1	1	1
<b>Farmaci per terapia e.v.</b>	<b>1° giorno</b>	<b>2° giorno</b>	<b>3° giorno</b>
Ampicillina + Sulbactam 3g (Unasyn)	2	2	2
Eparina (epsodilave)	1	1	1
Furosemide 250 mg (Lasix)	1	1	1
Glutazione 600 mg (Ridutox)	2	2	2
Metilprednisolone Emisuccinato 40 mg F (Urbason)	1	1	1
Sodio Ferrigluconato + Sodio Gluconato (Ferlixit)	1	1	1
Soluzione fisiologia 100 ml	1	1	1
Soluzione fisiologia 500 ml	1	1	1
<b>Farmaci per terapia i.m.</b>	<b>1° giorno</b>	<b>2° giorno</b>	<b>3° giorno</b>
Ketorolac sale di trometamolo (Toradol 30 mg)	1	1	1
<b>Altri farmaci</b>	<b>Unità</b>		
Darbepoetina Alfa 150 mg (Aranesp-Nespo)	1		
<b>Dispositivi utilizzati</b>	<b>1° giorno</b>	<b>2° giorno</b>	<b>3° giorno</b>
Ago a farfalla	1	0	0
Ago cannula	1	0	0
Camicia	1	0	0
Connecta	1	0	0
Deflussore	1	1	1
Provette vacutainer per emocromo	1	0	0
Provette vacutainer per PT e PTT	1	0	0
Provette vacutainer siero	1	0	0
Provette vacutainer SST II	1	0	0
Raccordo vacutainer	1	0	0
Siringa	6	6	6
Tappo con membrana perforabile	3	3	3
Guanti in lattice non sterili	10	10	10
Disinfettante	Quantità unitaria non rilevabile		
Cotone idrofilo	Quantità unitaria non rilevabile		

razione della standardizzazione delle attività e dei costi ottenuta dall'Ircss Oncologico a seguito dell'istituzione della Unità centralizzata per la Manipolazione di Chemioterapici Antiblastici (UMaCA).

In tabella 3 sono riportati i casi osservati, l'ordine di osservazione e le classi di costo assegnate relativamente al consumo di risorse provenienti dalla farmacia (in tabella 1 non sono riportati i consumi dei farmaci chemioterapici). Da notare come i primi 10 casi in ordine di rilevazione siano già rappresentativi degli schemi di consumo associati al trattamento in regime di ricovero ordinario per la casistica Drg 410. La rilevazione dei successivi casi è stata effettuata al fine di verificare la variabilità della casistica e di limitare quan-

to più possibile gli errori connessi con la dimensione del campione.

#### 4. Risultati

Dall'analisi dei consumi di farmaci e presidi per il campione osservato (tabella 3), considerando i valori medi ed arrotondando ai valori significativi più vicini, sono state ottenute sei classi di costo (10, 30, 45, 65, 360, 475). La variabilità e la numerosità delle classi così ottenute esprime una diversità nella situazione clinica dei pazienti esaminati che è tipica della patologia neoplastica, in cui la risposta al trattamento e l'insorgenza di possibili effetti indesiderati è suscettibile di variazioni individuali molto ampie. Questo fa sì che il costo del trattamento farma-

**Tabella 3**

Costi effettivamente rilevati e classi di costo assegnate

I dati di costo sono espressi in euro al netto dell'Iva e sono stati ottenuti applicando il criterio del costo medio ponderato per il periodo considerato

Caso rilevato	Costo effettivo	Classe di costo assegnata	Caso rilevato	Costo effettivo	Classe di costo assegnata
caso 4	7,12	10	caso 14	26,75	30
caso 11	7,12	10	caso 52	26,75	30
caso 37	7,12	10	caso 33	28,97	30
caso 42	7,12	10	caso 13	30,51	30
caso 49	7,12	10	caso 32	32,55	30
caso 8	7,23	10	caso 51	32,55	30
caso 27	7,23	10	caso 6	41,31	45
caso 7	7,30	10	caso 25	41,31	45
caso 26	7,30	10	caso 44	41,31	45
caso 45	7,30	10	caso 19	44,10	45
caso 17	8,10	10	caso 54	44,10	45
caso 23	8,60	10	caso 40	49,57	45
caso 5	8,92	10	caso 38	50,02	65
caso 43	8,92	10	caso 55	50,50	65
caso 18	9,11	10	caso 9	59,12	65
caso 53	9,11	10	caso 28	59,12	65
caso 24	9,17	10	caso 47	59,12	65
caso 12	9,20	10	caso 2	77,19	65
caso 50	9,20	10	caso 21	77,19	65
caso 3	9,71	10	caso 29	77,19	65
caso 22	9,71	10	caso 39	77,19	65
caso 30	9,71	10	caso 48	166,76	caso isolato
caso 36	9,71	10	caso 35	359,10	360
caso 41	9,71	10	caso 1	359,58	360
caso 46	9,78	10	caso 20	359,58	360
caso 34	10,81	10	caso 15	360,77	360
caso 56	10,81	10	caso 10	475,84	475
caso 16	23,03	30	caso 31	475,84	475

cologico, oltre che dipendere dalla malattia in quanto tale, varia in base allo stadio della stessa, alla risposta individuale del paziente, alle complicanze che si instaurano, alla via di somministrazione scelta ed anche in parte alla discrezionalità del clinico che sceglie una strategia di cura rispetto alle altre possibili. Proprio lo stadio della malattia è una delle variabili che maggiormente incide sui costi accessori poiché, con la progressione della stessa si utilizzano protocolli terapeutici con un grado di *responsiveness* sempre minore, alle quali si affiancano eventi avversi sempre più gravi che comportano l'uso di ulteriori farmaci e presidi per la loro risoluzione.

Tutto ciò spiega come il costo per il trattamento sia caratterizzato da una notevole variabilità, in cui il consumo di farmaci (escludendo i chemioterapici) e presidi risulta essere funzione dello stato di salute della singola persona, che assume il ruolo di variabile indipendente nella funzione di costo.

Le 6 classi ottenute confermano l'esistenza di una elevata variabilità intra-Drg per quanto riguarda il consumo di farmaci e presidi. Infatti, nel medesimo raggruppamento diagnosi-prestazioni (Drg 410) sono classificati casi per i quali si verifica un modesto assorbimento di risorse economiche (10 €) e casi per i quali il consumo di risorse è invece molto elevato (oltre 475 €).

Se consideriamo invece la distribuzione percentuale per classi di costo dei chemioterapici somministrati nella medesima popolazione osservata, si rileva quanto riportato in **figura 1**.

Il costo dei chemioterapici si distribuisce su quattro classi non correlabili al costo dei dispositivi medici e delle terapie ancillari, che come già evidenziato sono funzione diretta delle condizioni cliniche del paziente oltre che della via di somministrazione prescelta.

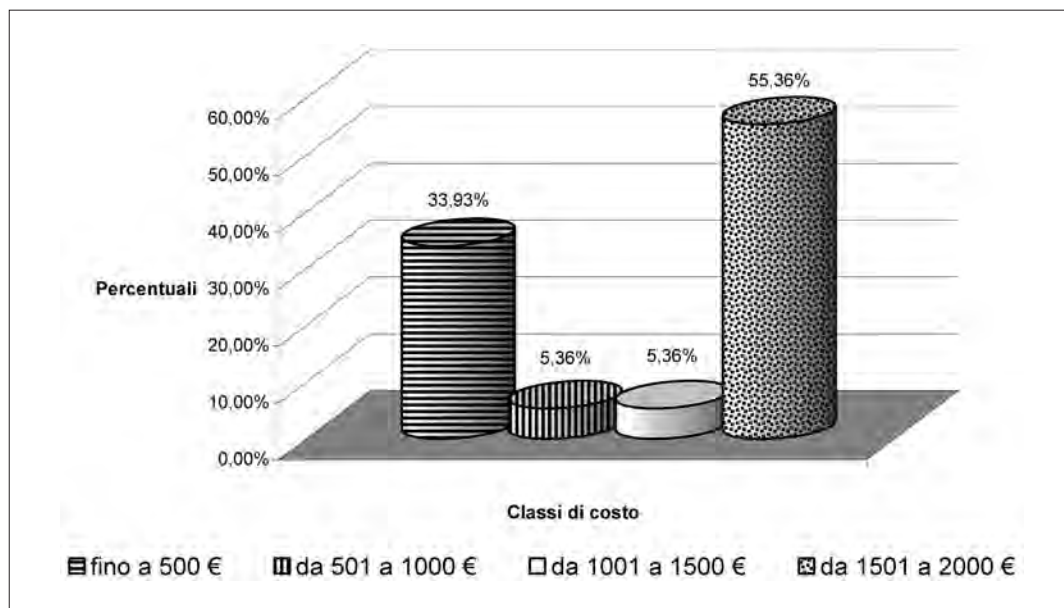
In **figura 2** viene fornita una rappresentazione grafica dei costi dei trattamenti chemioterapici eseguiti nella popolazione osservata.

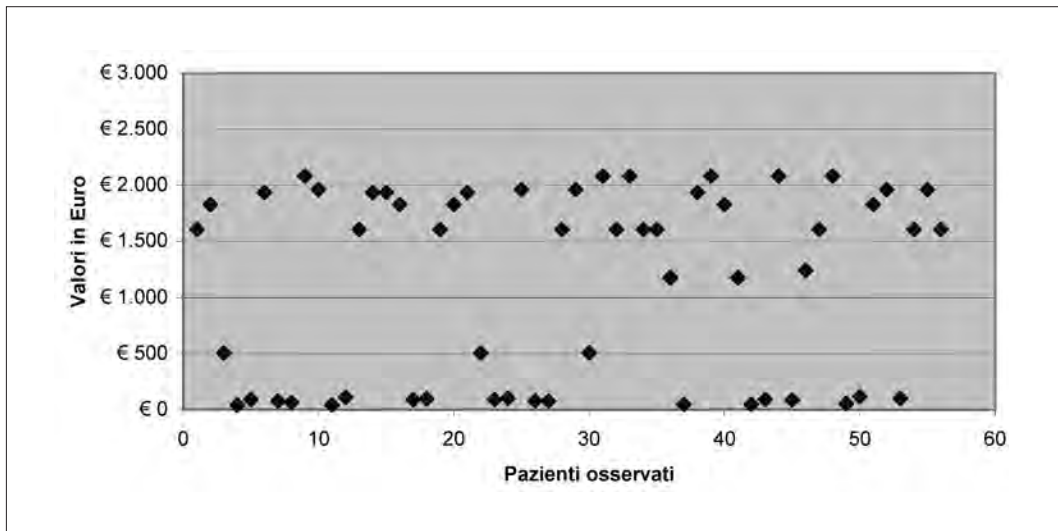
La figura 2 mette in evidenza come il costo dei trattamenti chemioterapici, benché caratterizzato da una notevole variabilità, presenta due grandi aree di concentrazione, una inferiore ad € 500,00, nella quale si collocano 22 casi, una compresa fra € 1.500,00 e € 2.000,00, che raggruppa 25 casi. I restanti casi si dispongono 3 nell'area compresa fra € 1.000,00 e € 1.500,00 e 6 nell'area oltre € 2.000,00.

Il passaggio dalla figura 2 alla **figura 3** (aggiunta al costo dei chemioterapici dei costi relativi agli altri farmaci e dispositivi medici) permette di rilevare in modo grafico come il costo complessivo sia influenzato in misura preponderante dal consumo dei che-

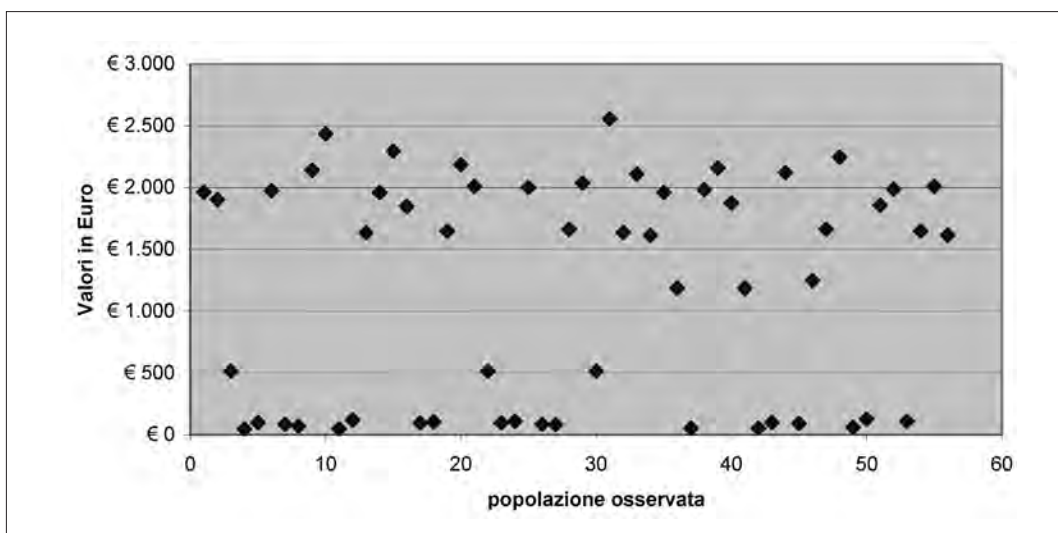
**Figura 1**

Drg 410: consumo dei chemioterapici





**Figura 2**  
Costo chemioterapici



**Figura 3**  
Consumo complessivo di  
farmaci, presidi  
e chemioterapici

mioterapici e solo in misura limitata dal consumo di farmaci e dispositivi.

Da tutto ciò consegue che l'analisi dei costi del programma terapeutico deve necessariamente essere effettuata scindendo le due diverse componenti (Chemioterapici/Farmaci ancillari e dispositivi). Infatti, il tentativo di sommare i costi dei due raggruppamenti citati, porta a due grandi aree di concentrazione, graficamente rilevabili sia in figura 2 che in figura 3, dalle quali non è possibile rilevare l'incidenza relativa di ciascuna delle due componenti di costo.

Lo studio del consumo di farmaci e presidi separato dal consumo di chemioterapici,

infatti, fornisce utili indicazioni circa lo stato di salute del paziente, elemento determinante ai fini della scelta del *setting* assistenziale per l'erogazione delle cure.

Escludendo il consumo di chemioterapici, le classi risultanti in figura 1 dimostrano una buona rappresentatività del consumo effettivo di risorse rilevato dalla farmacia (correlazione 0.98). Il consumo è standardizzato in funzione delle condizioni di salute del paziente, un minimo di variabilità è riscontrabile in funzione delle decisioni terapeutiche prese in corso di degenza.

La correlazione fra il consumo teorico relativo ai protocolli chemioterapici ed il

consumo dei preparati allestiti dall'Unità di manipolazione centralizzata è anch'essa significativa (correlazione 0.96): l'attivazione dell'unità centralizzata per la preparazione dei chemioterapici ha standardizzato i consumi, per cui l'utilizzo teorico rilevato per i singoli chemioterapici equivale al consumo effettivo rilevato con la dose unitaria.

Una spiegazione della variabilità dei costi proviene dai dati in **tabella 4**, nella quale viene riportata la distribuzione percentuale di frequenza dei protocolli adottati per la popolazione considerata.

La numerosità e la variabilità dei protocolli chemioterapici adottati conferma il basso grado di correlazione esistente fra costo dei chemioterapici e tariffa per il Drg 410: il costo complessivo dei farmaci, come rappresentato in figura 3, dipende in larga misura (dal 23,37% al 98,67%) dal costo dei preparati chemioterapici somministrati.

### 5. Considerazioni conclusive

I dati rilevati dimostrano che il consumo complessivo di medicinali e dispositivi medici per il Drg 410 varia essenzialmente in funzione del protocollo di trattamento al quale il paziente viene sottoposto, mentre so-

no le condizioni cliniche, per le quali il costo dei farmaci e presidi costituisce una misura *proxy*, a determinare l'appropriatezza o meno del regime assistenziale. I dati a disposizione, tuttavia, non permettono di fornire indicazioni più precise circa l'appropriatezza del regime assistenziale.

Passando all'analisi della relazione esistente fra consumo complessivo di risorse e tariffa Drg, è da rilevare che nei casi esaminati solo il 37,5% presenta un consumo di risorse di farmacia inferiore a quello teorico previsto<sup>3</sup>. Il 62,5% dei casi presenta un consumo complessivo di farmaci più alto del valore teorico previsto, e di questi il 39,29% dei casi eccede addirittura la tariffa prevista per il Drg 410.

In altri termini, nell'62,5% dei casi la somministrazione di chemioterapici in regime di ricovero ordinario si dimostra penalizzante per la struttura, in quanto la tariffa Drg corrispondente non solo non si dimostra sufficiente a remunerare i costi dei farmaci somministrati, ma non considera nemmeno tutti gli altri oneri associati con il regime della degenza ordinaria.

In tal senso, una considerazione di merito riguarda il rapporto esistente fra qualità dell'assistenza e costo della stessa: i dati rileva-

**Tabella 4**

Distribuzione percentuale della frequenza dei protocolli effettuati in regime di ricovero ordinario per la casistica e nel periodo considerato

Denominazione protocollo	Adozione del protocollo nella casistica esaminata	Denominazione protocollo	Adozione del protocollo nella casistica esaminata
ABVD IV	0,91%	FOLFOX	5,45%
AL-SARRAF	2,73%	GEM	0,91%
CPT11 BISETTIMANALE	2,73%	GV	0,91%
CDDP-ARA-C	0,91%	HERCEPTIN-TAXOTERE	0,91%
CDDP-FU	0,91%	IFO-TAX-CDDP	0,91%
CDDP-NVB	0,91%	IFO-VP16	1,82%
CDDP-VP16	2,73%	MABTHERA-CTX	0,91%
CPT11	0,91%	MUPHORAN-CDDP	0,91%
CPT11-TOMUDEX	1,82%	MITOXANTRONE	0,91%
CPT11-MMC	2,73%	PPL-TAX	1,82%
CPT11-UFF	0,91%	TAX-CARBO	0,91%
DEGRAMONT	0,91%	TAXOTERE	1,82%
ELFE	1,82%	TEX	0,91%
EPI-IFO	0,91%	CPT11 TRISETTIMANALE	5,45%
EPI-XEL	0,91%	CTX-MYOCET	0,91%
FOLFIRI	17,27%	GEM-CDDP	3,64%
FOLFIRIOX	1,82%	TUTTI GLI ALTRI	29,09%

ti con riferimento al Drg 410 permettono di evidenziare che la qualità dell'assistenza non è direttamente correlata al costo complessivo dei farmaci, per cui non è detto che una maggiore spesa possa portare a risultati qualitativamente migliori e viceversa. Così come, estendendo le considerazioni, non è detto che un regime assistenziale possa portare a risultati qualitativamente migliori rispetto ad altre tipologie assistenziali.

Tali considerazioni, partendo dall'assunto che la qualità dell'assistenza non sia legata al costo della stessa, quanto piuttosto all'efficacia dei trattamenti in relazione al bisogno di cura espresso dalla persona, raccomandano al clinico medico una valutazione critica di quel 62,5% dei casi di Drg 410 al fine di verificare la possibilità di altri regimi assistenziali con maggiori livelli di appropriatezza organizzativa.

Tuttavia, benché in alcuni casi il dato economico si sia dimostrato più alto rispetto alla tariffa prevista dal Drg 410, la valutazione del regime assistenziale in cui trattare il paziente non deve e non può dipendere unicamente da valutazioni di costo. Come noto, il sistema dei Drg ha finalità prevalentemente amministrative ed i dati in esso contenuti sono soggetti a *bias* (Romano, Marck, 1994) che non rendono gli stessi direttamente utilizzabili ai fini della valutazione circa l'appropriatezza dell'assistenza. Tali valutazioni, infatti, sono influenzate da aspetti clinici (severità, presenza di malattie concomitanti, grado di autosufficienza ecc.) oltre che da aspetti socio-demografici (provenienza geografica, condizione familiare, livello d'istruzione ecc.) ed organizzativi (accessibilità dei servizi sul territorio, interoperabilità fra le istituzioni del servizio sanitario ecc.) ampiamente trattati in letteratura (Fortino *et al.*, 2002).

Il dato ottenuto analizzando il consumo complessivo di materiale della farmacia per il Drg 410 costituisce, tuttavia, uno stimolo importante per la ricerca dell'appropriatezza dell'assistenza. E, sebbene non sia possibile stabilire a priori quale sia il regime assistenziale più appropriato, lo studio condotto ha permesso, attraverso l'analisi delle dinamiche di costo, di stabilire con un *proxy* (62,5% dei casi) la direzione verso la quale indirizzare la ricerca per il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

I risultati dello studio pongono il medico di reparto nelle condizioni di poter valutare l'appropriatezza del regime assistenziale per ogni singolo paziente, optando di volta in volta per il regime che a parità di efficacia è in grado di garantire il miglior livello di servizio<sup>4</sup> per l'utenza: il ricorso al regime di ricovero ordinario per la somministrazione di chemioterapia deve essere limitato a quei casi per i quali le condizioni cliniche del paziente lo rendono strettamente necessario. Per tutti gli altri casi tale somministrazione deve essere effettuata in regime ambulatoriale, consentendo al paziente di poter ritornare a casa al termine della terapia, riducendo così il disagio connesso con la permanenza prolungata in ospedale.

I risultati dello studio mettono altresì in evidenza la necessità di ampliare le rilevazioni con riferimento agli *outcome* collegati con la terapia oncologica. La rilevazione degli esiti per tipo di tumore e per linea di trattamento costituisce la «prossima frontiera»<sup>5</sup> nella ricerca dell'appropriatezza per la cura dei pazienti oncologici.

Il modello di studio risultante pone le basi per un sistema di *governance* sempre più consapevole e coerente. Lo studio delle relazioni esistenti fra schemi di utilizzazione delle risorse ed esiti, infatti, stimola l'avvio del processo di *benchmarking* per l'erogazione di assistenza che, *ceteris paribus*, dimostra parità di efficacia a costi inferiori o alternativamente parità di costi con livelli di efficacia più elevati.

In conclusione la riduzione dell'inappropriata utilizzazione delle risorse costituisce un impegno rilevante e complesso che non può più essere inteso come mero adeguamento della pratica clinica ai controlli esterni. Lo studio effettuato dimostra, infatti, la necessità di perseguire l'appropriatezza collegando alle rilevazioni di costo anche misure di *outcome*, secondo una logica di revisione interna dell'utilizzazione delle risorse finalizzata ad attivare il ciclo virtuoso della qualità.

### Ringraziamenti

La realizzazione del presente studio è stata possibile grazie alla collaborazione fattiva del personale della Farmacia ospedaliera, delle unità di degenza e del personale dell'Unità di statistica ed epidemiologia sanitaria dell'IRCCS Oncologico di Bari. A tutti un vivo ringraziamento.

## Note

1. In questo contesto si fa riferimento all'appropriatezza di tipo organizzativo, che valuta l'opportunità di effettuare, *ceteris paribus*, la medesima attività di cura in regimi assistenziali diversi (ricovero ordinario, ricovero diurno, ambulatorio, domicilio, etc.) con minore consumo di risorse.
2. «I ricoveri ospedalieri effettuati per problemi clinici che si potrebbero affrontare, con pari efficacia, minor rischio di iatrogenesi e maggiore economicità nell'impiego di risorse, ad un livello di assistenza meno intensivo, vengono definiti inappropriati dal punto di vista organizzativo» (Fortino *et al.*, 2002).
3. Come misura di riferimento per la valutazione del consumo teorico sono stati utilizzati i risultati della ricerca pubblicata da Langiano (vedi bibliografia). L'ammontare di risorse «teoricamente allocate» nel Drg 410 è stato così ottenuto applicando le percentuali riportate in tabella 3 alla tariffa Drg prevista dal D.M. 30 giugno 1997. La tariffa in euro prevista per il Drg 410 è pari a € 1.838,07. Tale tariffa non considera le specifiche regionali. La scelta di non considerare le tariffe effettivamente applicate per i casi presi in esame, così come quella di non considerare il finanziamento delle funzioni assistenziali come previsto dal D.L.vo 502/92, deriva dal fatto che l'elemento cardine dello studio non è quello di verificare l'adeguatezza o meno della tariffa per il Drg 410, quanto quella di utilizzare i dati di costo ai fini della valutazione dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza.

4. In questo contesto con miglior livello di servizio si intende fare riferimento, secondo un'accezione sistemica, a dimensioni quali la sicurezza per il paziente ottenibile con la dose personalizzata, l'efficienza logistica nella gestione del percorso assistenziale, il gradimento da parte dell'utenza ed altre ancora.
5. Il modello preso in esame per la rilevazione degli esiti è il *Clinical Value Compass*, elaborato dalla Dartmouth University nel corso degli anni '90. Il metodo si basa sulla rilevazione di quattro categorie di *outcome* (stato clinico, costo ed utilizzazione dei servizi, livello di funzionalità del paziente, soddisfazione del bisogno) e sulla valutazione delle modifiche intervenute negli stessi cambiando le modalità di cura (Nelson *et al.*, 2000).

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

- ANNESI PESSINA E., CANTÙ E. (2004), *Rapporto Oasi 2004*, Egea, Milano.
- FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F. (2004), *L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Il Mulino, Bologna.
- FISHMAN P.A., HORN BROOK M.C., MEENAN R.T., GOODMAN M.J. (2004), «Opportunities and challenges for measuring cost, quality, and clinical effectiveness in health care», *Medical Care Research and Review*, Vol. 61, 3, Suppl., pp. 124S-143S.
- FORTINO A., LISPI L., MATERIA E., DI DOMENICANTONIO R., BAGLIO G. (2002), «La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO», *Panorama della Sanità*, 32, pp. 42-50.
- HERWARTZ H., THEILEN B. (2003), «The determinant of healthcare expenditure: testing pooling restrictions in small samples», *Health Economics*, 12, pp. 113-124.
- LANGIANO T. (1997), *DRG: valutazione, strategie, monitoraggio*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- MALIN L.J., GEFFEN D., KEATING N.L., (2005), «The cost-quality trade off: need for data quality standards for studies that impact clinical practice and health policy», *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 23, 21, pp. 4581-4584.
- NELSON E., SPLAINE M., GODFREY M., KHAN V., HESS M., BATALDEN P., PLUME S. (2000), «Using data to improve medical practice by measuring process and outcome of care, Quality Management», Vol. 26, 12, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, USA.
- NONIS M., LERARIO A.M. (2003), *DRG: valutazione e finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- OECD (2002), *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD countries*, OECD, Paris.
- OOSTENBRINK J.B., MAIWENN J.A. (2005), «The analysis of incomplete cost data due to dropout», *Health Economics*, vol. 14:8, pp. 763-776, John Wiley & Sons, NY, USA.
- OSSERVATORIO FARMACI - CERGAS, (2004), *Report n. 13. Rapporto annuale, per il 2003*.
- ROMANO P.S., MARK D.H. (1994), «Bias in the coding of hospital discharge data and its implications for quality assessment», *Medical Care*, 32, pp. 81-90.



# Performance management e partnership per combattere l'AIDS, la malaria e la tubercolosi: il caso del Global Fund

DENITA CEPIKU, CHIARA GIORDANO

*The article analyses the case study of the Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria, which is characterized by two peculiar features already observed in recent public management reforms: use of public-private partnerships and performance-oriented budgeting and management. The aim is to overcome the limitations of the traditional top down intervention of international institution. The two mechanisms allow, on one hand, the definition of shared objectives and interventions, on the other, a more efficient fund raising thanks to the measurement and communication of results and the link between results and budgeting. These two approaches are not risk-free as it is pointed out by the literature analysed by the first part of the article. The second article analyses the choices of Global Fund as compared to the theoretical framework developed by the literature, which highlights strengths, weaknesses and key success factors of these approaches.*

## Note sugli autori

Denita Cepiku e Chiara Giordano sono dottorande di ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, presso l'Università di Roma II Tor Vergata

## Attribuzione

La ricerca è frutto della riflessione comune e della ricerca coordinata degli autori. In fase di stesura dello stesso sono da attribuirsi a D. Cepiku i §§ 2 e 3; a C. Giordano il § 4

## 1. Introduzione

Dal 2002 è operativo il Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria che si caratterizza per due particolari elementi, da qualche tempo osservati anche con riferimento alle amministrazioni pubbliche: il ricorso a *partnership* pubblico-privato e l'orientamento alle performance.

La principale finalità è quella di ovviare alle critiche e di superare le limitazioni associate all'intervento tradizionale delle istituzioni internazionali preposte allo sviluppo. I due meccanismi dovrebbero consentire, da un lato, una definizione partecipata degli obiettivi e dei programmi di intervento, dall'altro, una migliore capacità di *fundraising* grazie alla misurazione e alla comunicazione dei risultati ed il collegamento degli stessi con i finanziamenti.

Tale approccio non è immune da rischi, evidenziati recentemente dalla letteratura. Alcuni di questi si ricollegano direttamente ai limiti associati alle *partnership* e all'approccio di *performance management*. Altri mettono in guardia sul rischio di trascurare – o meglio, evitare – l'obiettivo delle riforme e della modernizzazione delle istituzioni internazionali esistenti, creando nuovi soggetti. Esiste anche un pericolo in termini di impatto esercitato sui sistemi sanitari nazionali dei paesi beneficiari e di perdita di un'ottica di insieme che tiene conto delle interdipendenze tra i settori di intervento.

L'articolo analizza le scelte adottate dal Fondo globale volte a ridurre le criticità poc'anzi evidenziate e a superare, principalmente attraverso un orientamento alle per-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le *partnership* pubblico-privato e la salute a livello globale
3. Il *performance management*: da strumento del NPM a strumento di *governance* delle *partnership*
4. Il Fondo globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria
5. Considerazioni conclusive

formance, i limiti della gestione tradizionale da parte delle istituzioni internazionali.

È interessante notare che i due meccanismi – *partnership* e *performance management* – danno luogo a sinergie significative allorché sono utilizzati in combinazione. Infatti, la misurazione e comunicazione delle performance costituiscono un presupposto necessario affinché si instauri, in un tempo relativamente breve, un adeguato livello di fiducia tra i partner.

La ricerca ha incluso una prima fase di *review* della letteratura di riferimento, che ha consentito di evidenziare le principali caratteristiche, punti di forza e di debolezza delle *partnership* pubblico-privato per la salute a livello globale; ed i principali approcci di *performance management* adottati dalle istituzioni internazionali. I *framework* teorici in tal modo ricavati hanno consentito il confronto con la realtà osservata.

Al fine di indagare le potenzialità che tali meccanismi rivestono, non solo per le istituzioni internazionali ma anche per le amministrazioni pubbliche, il quarto paragrafo ha indagato il *case study* del Global Fund, con particolare riguardo al suo assetto istituzionale ed al suo sistema di *performance management*.

Oltre ai documenti ufficiali del Fondo e a visite sul campo, è stata analizzata la prima letteratura che inizia ad analizzare, in maniera indipendente, il caso.

## 2. Le *partnership* pubblico-privato e la salute a livello globale

Le *partnership* pubblico-privato (d'ora in poi PPP) nel campo della salute sono definite come relazioni di natura collaborativa tra imprese private, organizzazioni non governative, governi ed istituzioni internazionali, che superano i confini nazionali, e sono volte al raggiungimento di obiettivi condivisi riguardanti la salute attraverso la suddivisione del lavoro (Buse, Walt, 2000)<sup>1</sup>.

Le PPP hanno rappresentato il filo conduttore dei molteplici summit internazionali che si sono succeduti nell'ultimo decennio e sono indicate come opportunità per lo sviluppo e l'eliminazione della povertà anche tra i *Millennium Development Goals*.

Le motivazioni che spiegano un ricorso così frequente all'idea di *partnership* sono

numerose: l'insoddisfazione e la sfiducia nei confronti delle istituzioni bilaterali e multilaterali, la riduzione delle risorse destinate allo sviluppo, il processo di globalizzazione che, con la crescita delle comunicazioni, contribuisce ad evidenziare i problemi connessi con la povertà e le disuguaglianze in salute e un crescente richiamo all'assunzione di responsabilità sociale da parte del settore privato.

Il fenomeno in sé, a detta di alcuni autori, non è affatto nuovo, benché recentemente si osservi l'emergere di forme innovative denominate «sperimentazioni sociali» (Richter, 2004: 45), tra cui il Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria<sup>2</sup>. La principale novità sta nel far partecipare i partner privati, non solo nel finanziamento e/o nell'implementazione dei progetti, ma anche nella definizione delle politiche. Lo stesso Fondo prevede, infatti, il diritto di voto per un rappresentante delle imprese nel suo *Board*, mentre manca una simile previsione per l'OMS.

Il modello teorico delle PPP si basa su alcune ipotesi, più o meno esplicite: la presenza di fiducia e di benefici reciproci, da un lato, e la rappresentazione come soluzioni di tipo *win-win*, estranee a conflitto di interessi o *trade-off* tra gli interessi perseguiti dai partner. Queste posizioni, diffuse sia nella letteratura sia nella prassi, non consentono una valutazione critica dei rischi e delle criticità associate al modello delle *partnership*.

L'interesse generale ne beneficia attraverso un aumento delle risorse a disposizione e la loro destinazione ad ampie fasce della popolazione mondiale<sup>3</sup>. I benefici per i partner privati, invece, si concretizzano in una maggiore influenza esercitata in ambito nazionale e globale, ritorni finanziari in termini di esenzione fiscale e penetrazione in nuovi mercati, promozione del marchio e della propria immagine, ecc.<sup>4</sup> Alcuni di questi benefici si traducono però negli effetti negativi sugli altri partner come, per esempio, la minore capacità delle istituzioni internazionali, dei governi membri e dei loro cittadini di esercitare un controllo diretto sui processi decisionali e di definizione delle politiche pubbliche.

In generale, i rischi associati alle PPP includono (Richter, 2004; Missoni, 2001):

- un offuscamento dell'*accountability* e delle responsabilità dei partner;
- indebolimento e delegittimazione del sistema di *governance* multilaterale (agenzie dell'ONU) e perdita di un'ottica di insieme che tenga conto delle interdipendenze tra i settori di intervento;
- indebolimento dei sistemi sanitari nazionali;
- rischi di conflitto di interessi (per esempio, con le case farmaceutiche);
- rischio di *cream-skimming* quando le PPP selezionano le attività più facili (il *fund-raising*), lasciando alle istituzioni internazionali le attività di modernizzazione dei sistemi sanitari nazionali e di sviluppo delle capacità manageriali, che hanno maggiori difficoltà nell'attrarre finanziamenti.

Nella letteratura empirica sul successo o l'insuccesso delle *partnership* globali si comincia a delineare quali siano i fattori critici di successo o le condizioni per la loro efficacia, che fanno riferimento (i) a obiettivi esplicitati, realistici e condivisi; (ii) ad una chiara distinzione dei ruoli e delle responsabilità; (iii) a benefici individuati per ciascun partecipante; (iv) a (percezione di) trasparenza; (v) a una gestione attiva della *partnership*; (vi) ad equità di partecipazione; (vii) a rispetto degli obblighi assunti (Buse, Walt, 2000).

Benché non senza limitazioni e criticità, sarebbe opportuno anche ragionare sulle debolezze dell'alternativa, ossia l'erogazione tradizionale degli aiuti attraverso le istituzioni internazionali. Tra queste:

- una burocrazia crescente che assorbe percentuali sempre più cospicue dei fondi nazionali destinati alla cooperazione internazionale;
- l'assenza di sistemi e strumenti adeguati per la gestione e la valutazione delle performance;
- problemi di *accountability* e di trasparenza.

In questo articolo si analizzeranno le scelte del Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria volte a ridurre le criticità delle PPP poc'anzi evidenziate e a superare, principalmente attraverso un orientamento

alle performance, i limiti della gestione tradizionale da parte delle istituzioni internazionali. Vale la pena, nel prossimo paragrafo, dedicare alcune riflessioni agli approcci di *performance management*, meccanismo principe adottato dal Fondo.

### 3. Il *performance management*: da strumento del NPM a strumento di *governance delle partnership*

L'orientamento ai risultati (*performance management*) è stato parte dei processi di sviluppo dello stato-nazione e, successivamente, uno dei pilastri fondamentali del *New Public Management* (Meneguzzo, 1999; Mussari, 1997). Tale approccio rimane tuttora, nella sua semplicità e nelle sue varie accezioni, centrale nei processi di modernizzazione dell'amministrazione pubblica (OECD, 2004; 2005).

Nonostante questa generalizzata adesione, è possibile distinguere accezioni assai diverse del concetto così come è stato applicato nel tempo (**figura 1**) (Schick, 2003).

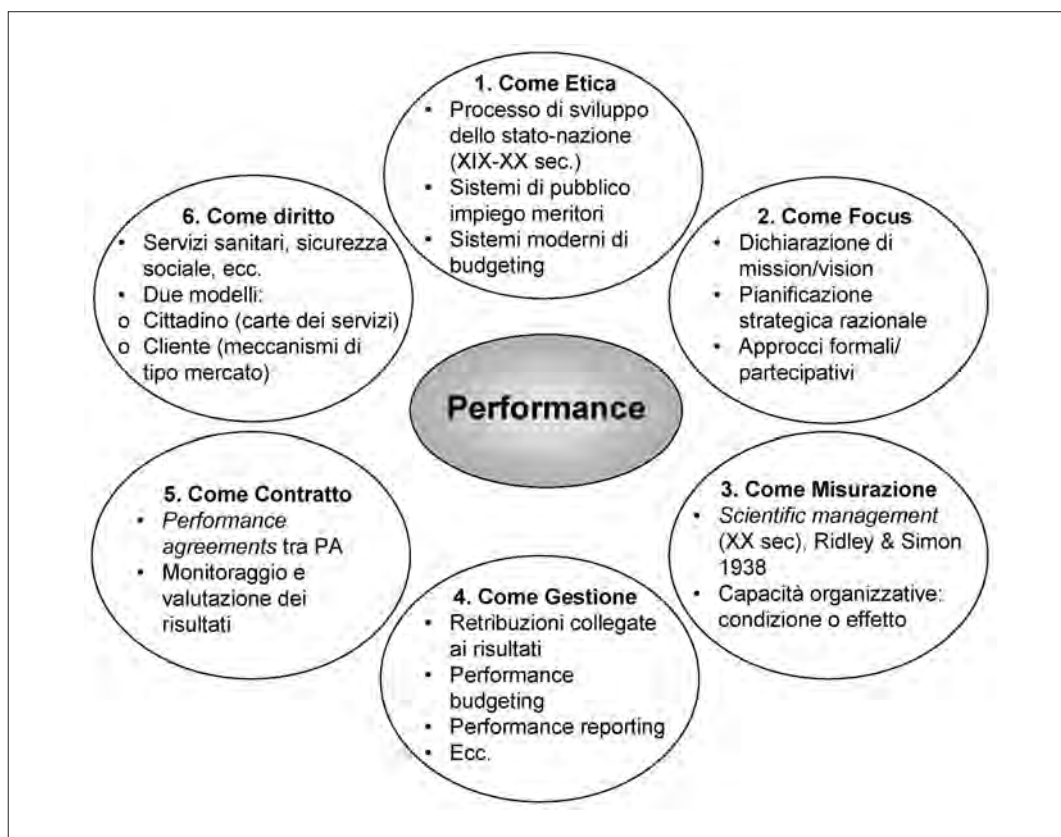
Se nella prima accezione, performance come etica, troviamo un'interiorizzazione del valore, nella seconda fase di performance come *focus* si cerca una maggiore formalizzazione del concetto in grado di catalizzare attorno a sé spinte esterne. La performance perseguita attraverso la misurazione si basa sulla convinzione che la misurazione migliori di per sé i risultati delle amministrazioni pubbliche che vi fanno ricorso (capacità organizzative migliori come effetto dell'applicazione), mentre risulta essere altrettanto vero il contrario, ossia che efficaci sistemi di misurazione richiedono specifiche capacità organizzative. Inoltre, questa accezione focalizza l'attenzione sulla misurazione spesso a detrimento dell'utilizzo delle informazioni così ottenute nelle politiche di gestione delle risorse, umane e finanziarie (Mussari, 1999; World Bank, 2004).

Si giunge così all'aspirazione di collegare tutti gli aspetti della gestione delle amministrazioni pubbliche (organizzazione, gestione e rilevazione) alla performance, introducendo sistemi di *performance-related pay*, *performance budgeting*, *performance reporting*, ecc. In alcuni casi ci si spinge fino a formalizzare ed includere la performance in contratti (veri o presunti), sia tra ammi-

**Figura 1**

Diverse accezioni di performance

Fonte: Elaborato con adattamenti da Global Fund to fight AIDS Tuberculosis and Malaria (2003)



nistrazioni pubbliche (per esempio tra ministeri ed agenzie, o tra tesoro e ministeri), sia con partner privati attraverso contratti di *outsourcing*.

Infine, si assiste più recentemente al recupero di un'accezione di performance che enfatizza il diritto a determinati servizi (primi fra tutti quelli alla persona), in qualità di cittadino o di cliente, secondo i livelli di liberalizzazione/privatizzazione dei servizi pubblici.

È importante notare che negli ultimi due significati assunti dalla performance (come contratto e come diritto) si va verso il recupero della dimensione inter-aziendale del concetto. Nel primo la performance viene utilizzata come oggetto dei rapporti «contrattuali» tra le parti, nel secondo l'orientamento all'*outcome* (diritto ad usufruire di un determinato servizio) distoglie l'attenzione dagli aspetti di processo (soggetti responsabili e modalità di erogazione del servizio).

Questo ampliamento di prospettiva apre le porte all'introduzione della performance nelle reti e nelle *partnership*, forme che più

delle altre abbisognano di sistemi e strumenti di coordinamento e guida strategica (Menezzuzzo *et al.*, 2004).

In particolare, tali forme necessitano, affinché si realizzino i benefici potenziali, di strumenti in grado di incentivare la piena collaborazione ed interazioni basate sulla fiducia, supportate o meno da vincoli formali.

La fiducia, identificata come «l'unica modalità di coordinamento efficace per governare l'interdipendenza», non è altro che «l'aspettativa di un comportamento prevedibile, corretto e cooperativo» (Ricciardi, 2003, p. 172). Essa si pone come fattore determinante per il successo delle reti, così come la competizione sul prezzo e le procedure amministrative lo sono per il mercato e la gerarchia (Thompson *et al.*, 1991, p. 15).

Negli ultimi anni la *public administration* e, più in generale, le scienze sociali fanno crescente riferimento al concetto di fiducia. La discussione sviluppata attorno i processi di modernizzazione tende a collegare direttamente e in maniera quasi meccanicistica la performance con i livelli di fiducia<sup>5</sup>. È

convinzione diffusa che la trasparenza e l'*accountability* attraverso meccanismi di *performance management* siano elementi essenziali in grado di alimentare la fiducia (Bouckaert, Van de Walle, 2003), specialmente nella fase critica di *start up* della *partnership*<sup>6</sup>.

In altri termini, l'adozione di approcci riguardanti la gestione orientata ai risultati (o il *performance management*) può risultare particolarmente efficace per sostituire la fiducia nell'immediato e contribuire al suo sviluppo nel lungo termine<sup>7</sup>.

La scelta dell'approccio più appropriato dipenderà dalle finalità della valutazione, dalle capacità esistenti a livello nazionale, dall'analisi delle informazioni disponibili, e da un confronto costi-efficacia degli stessi (Mackay 2002, pp. 82-83). Nella **tabella 1** si illustrano i principali approcci sviluppati a livello internazionale<sup>8</sup>.

Le finalità della valutazione dei risultati corrispondono alle esigenze:

- di dimostrare i risultati raggiunti alle autorità esterne ed alla collettività (*accountability* e rendicontazione);
- di migliorare continuamente le performance (conoscenza ed apprendimento);
- di condividere la visione generale con il personale e/o migliorare l'efficienza (gestione orientata alle performance);
- di allocazione delle risorse orientata ai risultati.

A tal fine, molte istituzioni internazionali e donatori bilaterali hanno adottato sistemi in grado di monitorare e valutare i risultati delle attività di cooperazione internazionale. Tali sistemi si basano su alcuni principi quali il *focus* su *output* e *outcome* piuttosto che solo sugli *input* e i processi, l'esplicitazione dei nessi causali da *input* ad *outcome*, l'identificazione di indicatori, l'enfasi a elementi di contesto, l'attenzione ad aspetti di *accountability* e trasparenza.

I sistemi più avanzati sono stati definiti dall'USAID statunitense e dalla canadese CIDA. Quest'ultima distingue tra tre tipologie di risultati:

- risultati in termini di sviluppo, spesso inquadrati negli obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs);

- risultati abilitanti: misura l'influenza del contesto da parte delle istituzioni internazionali;

- risultati manageriali: si focalizzano sulla performance e la qualità delle attività gestionali nelle istituzioni internazionali e nelle unità operative.

Una criticità immediatamente percepibile è quella tra l'orizzonte temporale dello sviluppo, necessariamente di lungo periodo, e quello più breve della gestione orientata ai risultati, che porta con sé il rischio di un eccessivo *focus* su *input* o su *output* di breve termine.

#### 4. Il Fondo Globale per combattere l'AIDS, la malaria e la tubercolosi

Istituito nel quadro del Vertice di Genova, su impulso del governo italiano e del Segretario generale delle Nazioni unite Kofi Annan, il Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria è un organismo di partenariato pubblico-privato indipendente che si propone l'obiettivo di attrarre risorse aggiuntive rispetto a quelle già previste dai bilanci nazionali volte a contrastare la diffusione delle tre patologie. Il Fondo è diventato operativo dal 2002, con la creazione di un Segretariato permanente. Ad oggi ci sono stati quattro *round* di finanziamenti approvati rispettivamente ad aprile 2002, gennaio 2003, ottobre 2003 e giugno 2004. Un quinto *round* è stato annunciato nel marzo del 2005. Complessivamente sono stati finanziati 300 programmi in 127 paesi e regioni del mondo, per un totale di 3,4 miliardi di \$.

Gli stanziamenti hanno permesso l'accesso a trattamenti antiretrovirali per 130.000 persone colpite dal virus dell'AIDS; test dell'HIV a più di un milione di persone; trattamenti contro la tubercolosi DOTS (*directly observed treatment, short course*) per 385.000 pazienti; il passaggio a trattamenti a base di artemisia per 300.000 persone affette da malaria<sup>9</sup>; zanzariere medicate per difendersi dai parassiti responsabili della malaria a più di 1350000 famiglie. A ciò si aggiunge il sostegno agli interventi legati alla prevenzione e alla formazione di personale sanitario e socio-sanitario.

Tabella 1

Possibili approcci alla gestione e valutazione dei risultati

Approcci	Definizione	Vantaggi	Svantaggi
<b>Indicatori di performance</b>	Misurano <i>input</i> , processo, <i>output</i> ed <i>outcome</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentono ai manager di monitorare il progresso verso gli obiettivi, di dimostrare i risultati raggiunti e di adottare azioni correttive</li> <li>• Consentono il <i>benchmarking</i> ed il confronto tra organizzazioni e nel tempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non sono in grado di misurare il progresso se definiti in maniera errorea</li> <li>• Esiste un <i>trade-off</i> tra la scelta di adottare indicatori ottimali e quella di selezionarli in base alle informazioni disponibili</li> </ul>
<b>Il Logical Framework Approach</b>	Aiuta a chiarire gli obiettivi e a identificare i nessi causali nel processo di trasformazione: <i>input</i> , processi, <i>output</i> , <i>outcome</i> ed impatto. Porta alla definizione di indicatori di <i>performance</i> e all'identificazione dei rischi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modello razionale (basato sul modello MBO), assicura l'esplicitazione degli obiettivi e delle ipotesi sottostanti</li> <li>• È uno strumento per coinvolgere i partner nella fase di identificazione degli obiettivi e della progettazione</li> <li>• Durante l'implementazione consente il monitoraggio e l'adozione di azioni correttive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se gestito in maniera rigida, può scoraggiare la creatività e l'innovazione</li> <li>• Deve essere aggiornato nel corso del progetto, al fine di riflettere l'evoluzione del contesto ed essendo uno strumento dinamico</li> </ul>
<b>Theory-based evaluation</b>	Ha molte comunanze con il LFA ma consente una comprensione più approfondita e meno semplicistica della logica di funzionamento di un programma o progetto. Attribuisce il fallimento di un progetto a problemi di implementazione o teorici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mappando i fattori critici di successo e la loro interazione, consente di decidere di volta in volta l'oggetto del monitoraggio, e di prioritizzare la valutazione</li> <li>• Migliora la pianificazione e la gestione del progetto</li> <li>• Consente <i>feedback</i> veloci</li> <li>• Aiuta l'identificazione degli effetti collaterali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Può diventare molto complessa</li> <li>• Gli <i>stakeholder</i> possono non concordare nella determinazione dei fattori importanti</li> </ul>
<b>Indagini formali (customer o citizen satisfaction, ecc.)</b>	Possono essere utilizzate per raccogliere informazioni standardizzate e comparabili da parte di fasce selezionate della popolazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentono il confronto tra progetti diversi e nel tempo</li> <li>• È possibile generalizzare i risultati di indagini a campione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I risultati si riferiscono spesso a brevi periodi di tempo</li> <li>• Costose in termini finanziari e di tempo</li> <li>• Molte informazioni non possono essere catturate attraverso interviste formali</li> </ul>
<b>Metodi veloci di valutazione (Rapid appraisal methods)</b>	Valutazioni qualitative dei livelli di soddisfazione, dirette alle esigenze informative dei processi decisionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adeguati in caso di cambiamenti socio-economici complessi</li> <li>• In grado di interpretare le informazioni quantitative e di fornire spiegazioni su elementi di contesto</li> <li>• Veloci, flessibili e a costi contenuti, particolarmente adatti per indagare su nuove aree</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I risultati dipendono da elementi di contesto e, pertanto, difficili da generalizzare</li> <li>• Meno credibili ed affidabili delle indagini formali</li> </ul>
<b>Metodi partecipativi (stakeholder analysis, ecc.)</b>	Coinvolgimento degli <i>stakeholder</i> nell'identificazione dei problemi, nella raccolta e analisi delle informazioni, e nella definizione di raccomandazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• È più probabile che i risultati della valutazione vengano riconosciuti ed accettati come rilevanti, nonché utilizzati per orientare le decisioni future</li> <li>• Consente di basarsi sulle condizioni locali e di definire interventi coerenti e sostenibili</li> <li>• Riesce a coinvolgere e potenziare fasce di <i>stakeholder</i> solitamente escluse</li> <li>• Fornisce informazioni tempestive ed affidabili per i processi decisionali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A volte ritenuti come poco obiettivi</li> <li>• Costosi in termini di tempo</li> <li>• Potenzialmente a rischio di dominazione da particolari gruppi di <i>stakeholder</i></li> </ul>
<b>Indagini di riclassificazione per destinatari della spesa pubblica (Public exp. tracking surveys)</b>	Traccia il flusso dei fondi pubblici e determina il grado di raggiungimento dei destinatari ( <i>target groups</i> ) da parte della spesa pubblica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consente di migliorare l'<i>accountability</i> in presenza di scarse informazioni finanziarie</li> <li>• Migliora la gestione evidenziando «colli di bottiglia» nel flusso delle risorse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ci può essere resistenza da parte dei governi nel rendere accessibili i loro libri contabili</li> <li>• Costi rilevanti</li> </ul>
<b>Analisi costi benefici e costi efficacia</b>	Strumenti per valutare se i costi di un'attività possono essere giustificati dagli <i>outcome</i> attesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un buon approccio qualitativo per stimare l'efficienza dei progetti e per informare le decisioni di allocazione della spesa</li> <li>• Formula ipotesi economiche esplicite nella fase di disegno</li> <li>• Contribuisce a convincere i decisori dell'utilità di una attività</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevato tecnicismo</li> <li>• Richiede risorse finanziarie ed umane adeguate</li> <li>• I risultati dipendono in larga misura dalle ipotesi iniziali e vanno interpretati con cautela</li> </ul>
<b>Valutazione dell'impatto (val. veloci, val. partecipative)</b>	Identificazione sistematica degli effetti di un progetto di sviluppo su cittadini, istituzioni ed ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza i processi decisionali nella scelta tra continuare, eliminare o potenziare determinati progetti di sviluppo</li> <li>• Rafforza la responsabilizzazione sui risultati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costosa in termini finanziari e di tempo</li> <li>• Debole nelle supposizioni controfattuali</li> </ul>

L'assetto istituzionale del Fondo Globale

L'efficace ed efficiente svolgimento dell'attività aziendale richiede la presenza di una struttura organizzativa coerente con le condizioni, interne ed esterne, di svolgimento della sua attività. Questo implica «la definizione dei livelli e delle modalità di differenziazione, aggregazione ed integrazione delle funzioni operative, degli organi necessari alla loro gestione, del tipo di attività da demandare agli stessi, delle procedure decisionali, del grado e modalità di interazione tra gli attori», ecc. A tutto ciò si aggiunge la definizione dei sistemi operativi e dello stile di direzione (Ranalli, 1994, p. 147).

Si è già avuto modo di accennare ad alcune specificità dell'assetto istituzionale del Fondo globale<sup>10</sup>. Nella **figura 2** viene descritta la sua struttura.

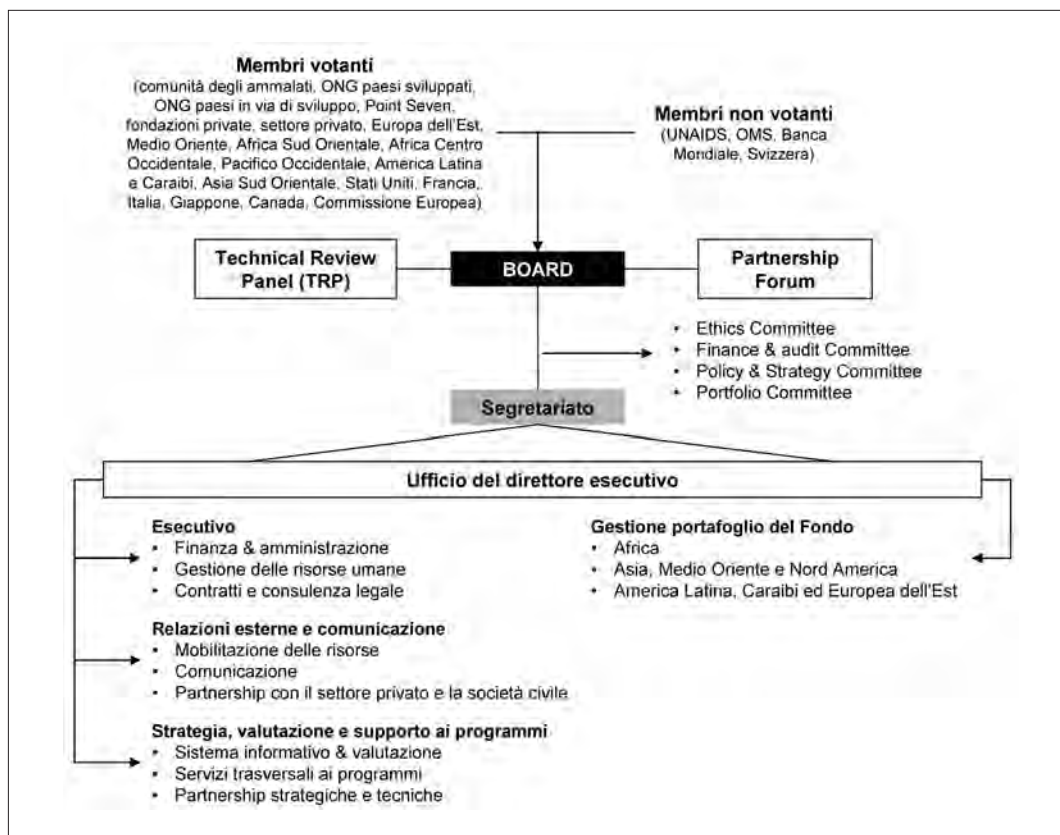
Il funzionamento del Fondo si basa su alcuni *principi* fondamentali, primo fra tutti quello di essere uno strumento finanziario, e non un'agenzia esecutiva. L'obiettivo di raccogliere, amministrare ed erogare risorse per

combattere AIDS, tubercolosi e malaria, oltre a quelle già previste dai bilanci pubblici, non si persegue implementando direttamente i programmi, ma affidandosi all'esperienza e alla conoscenza di esperti locali.

Le risorse raccolte vengono distribuite, coerentemente con la composizione del Fondo, principalmente a governi, organizzazioni non governative, religiose, settore privato, università e comunità degli ammalati. Più della metà è destinata all'acquisto di medicinali e prodotti sanitari primari, mentre la parte restante è destinata a infrastrutture e alla formazione del personale.

Altri principi fanno riferimento all'imperativo della *ownership* nazionale, finanziando programmi coerenti con le politiche sanitarie nazionali, possibilmente non a danno dei sistemi sanitari nazionali. Nelle sue attività, il Fondo adotta un approccio integrato tra prevenzione, trattamento e cura.

Altra caratteristica peculiare attiene alla valutazione delle proposte di finanziamento attraverso processi di riesame indipendenti,



**Figura 2**  
Struttura del Fondo globale

fondati su standard scientifici e tecnici. Si avrà modo di trattare più oltre un altro principio che orienta il finanziamento da parte del Fondo a risultati sostenibili nel tempo.

Il rafforzamento della partecipazione della società civile e dei malati alla definizione dei programmi è un altro principio, cui si aggiunge il criterio di prioritizzazione dei finanziamenti che privilegia i paesi e le comunità più colpite, e i paesi esposti al rischio di aggravamento delle epidemie. Infine, il Fondo si impegna a sostenere programmi di ricerca finalizzati a queste malattie.

Questi principi racchiudono le regole di fondo del funzionamento del Global Fund ed ispirano anche le relazioni tra i *soggetti* dello stesso, rappresentati nella **figura 3**.

Il *Country coordinating mechanism* (CCM) rappresenta tutti gli *stakeholder* locali ed è responsabile della preparazione e presentazione di richieste di finanziamento al Fondo, del monitoraggio della fase di attuazione, oltre ad essere consultato dal Fondo sulla fattibilità del proseguimento dei finanziamenti al termine dei primi due anni.

Il principale destinatario dei fondi (*principal recipient*) è un'istituzione (o più istituzioni, pubbliche e private, in *partnership*) locale, nominata dal CCM, che sot-

toscrive un accordo con il Fondo avente ad oggetto l'attuazione di un determinato progetto.

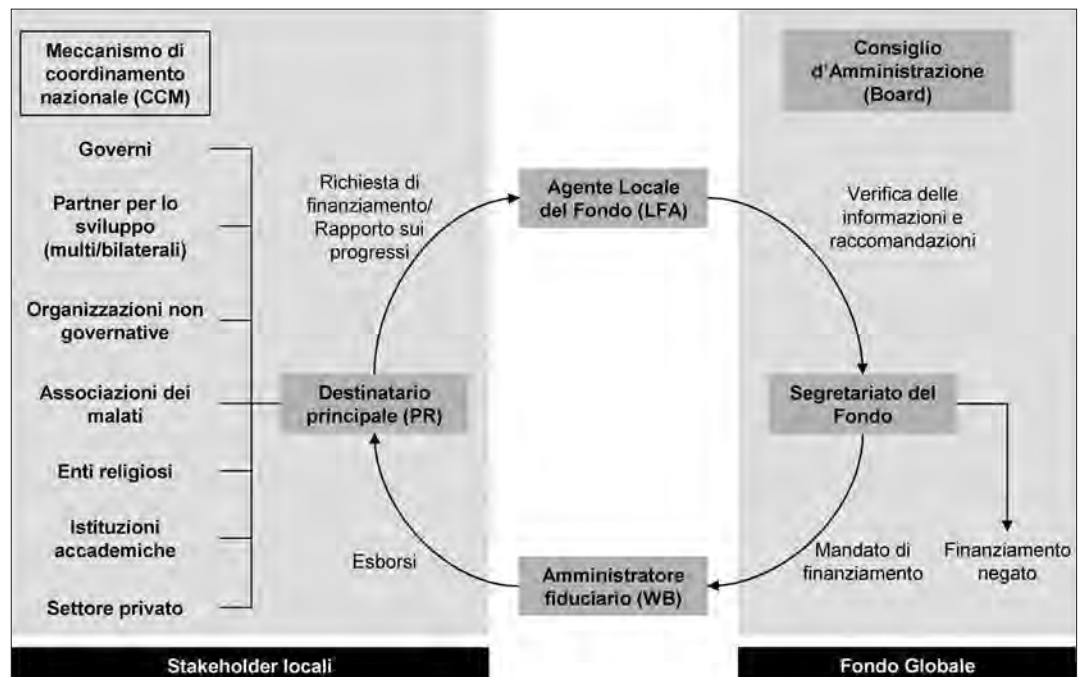
Il Segretariato, con sede a Ginevra, ha uno staff di 165 persone, e risponde al Consiglio di amministrazione (*Board*), formato da rappresentanti di paesi donatori e beneficiari, da istituzioni internazionali, dal settore privato e dalla comunità degli ammalati. Altri partner includono l'Organizzazione mondiale della sanità, il Programma congiunto delle Nazioni unite contro l'Aids (UNAIDS) e la Banca mondiale, che è anche amministratore fiduciario del Fondo. Dei 23 membri ai quali è assegnata la responsabilità di governare il Fondo e di approvare le sovvenzioni, solo 19 hanno diritto di voto.

Gli agenti locali del Fondo (LFA) sono rappresentanti dello stesso presso i paesi beneficiari e sono responsabili del monitoraggio degli aspetti finanziari ed operativi dei programmi. Tale ruolo include una valutazione che precede il finanziamento da parte del Fondo. Ad oggi, sono stati *local agent* del Fondo principalmente società di consulenza – KPMG, PricewaterhouseCoopers, Chemonics International e Deloitte Emerging Markets – ma anche una fondazione privata e due istituzioni internazionali – Banca mondiale e l'Ufficio

**Figura 3**

Il processo di gestione dei finanziamenti attraverso il Global fund

Fonte: Elaborato con adattamenti da Global Fund to fight AIDS Tuberculosis and Malaria (2003)





delle Nazioni unite per i Servizi ai progetti (UNOPS).

Per le attività di valutazione il Board si affida al *Technical Review Panel*, un gruppo indipendente – nessuno dei membri lavora per il Fondo – di 26 esperti in sanità pubblica e sviluppo, specialisti delle tre patologie o con competenze interdisciplinari, che valuta accuratamente sotto l'aspetto tecnico l'idoneità di ciascuna richiesta di finanziamento.

Il sistema di *performance management* del Fondo

Il finanziamento dei progetti è subordinato alla valutazione *ex ante* delle capacità amministrative ed esecutive del *principal recipient* nominato, da parte degli Agenti locali del Fondo ed ha corso per due anni. Il proseguimento dei finanziamenti per i successivi tre anni è strettamente collegato ai livelli di performance realizzati nella prima fase (**box 1**).

Generalmente, un paese interessato a ricevere finanziamenti dal Fondo, istituisce una *partnership* locale pubblico-privato (il *Country Coordinating Mechanism*), che definisce e presenta le proposte al Global Fund sulla base delle priorità evidenziate a livello nazionale, delle strategie locali e dei *gap* identificati nelle fonti di finanziamento disponibili.

Si tratta di un approccio di tipo *bottom up*, simile a quello dei *Poverty Reduction Strategy Papers*, perno dell'intervento della Banca Mondiale. La differenza con il più tradizionale approccio *top down* guidato dai donatori è rappresentata dal *trade off* tra la partecipazione ed il rafforzamento delle capacità locali, requisito indispensabile per la sostenibilità e l'efficacia, e l'esigenza di velocizzare il processo.

Per ogni finanziamento approvato, il CCM designa come *principal recipient* una o più istituzioni pubbliche o private, cui viene affidata la responsabilità di attuazione e di monitoraggio e controllo dell'attività di eventuali *sub-recipient*. Il Segretariato, definisce, in collaborazione con il principale destinatario gli obiettivi da raggiungere nel biennio, durante il quale possono essere richiesti finanziamenti aggiuntivi sulla base dei risultati conseguiti.

Il sistema di *performance management* è uno degli elementi chiave dell'approccio coordinato tra i partner che pone l'enfasi sull'unicità della strategia, dei meccanismi di supporto e della struttura di monitoraggio e valutazione. Un passo importante in questa direzione è stato compiuto con la definizione di una serie di indicatori comuni sulle tre malattie, il *Monitoring and Evaluation Toolkit*.

Il sistema prevede quattro livelli di misurazione: le performance operative, quelle riguardanti il processo di finanziamento a cura del Fondo, impatto intermedio sul sistema nazionale e impatto finale in termini di lotta alle tre malattie (**tabella 2**).

Le performance operative fanno riferimento agli obiettivi operativi del Fondo quali la mobilitazione e la gestione delle risorse, la valutazione delle proposte, la negoziazione degli accordi, l'erogazione dei finanziamenti e i costi del Segretariato. Gli indicatori fanno riferimento ai contributi effettivi rispetto agli impegni assunti (mobilitazione delle risorse), al rapporto tra il numero di accordi firmati e

**Box 1**  
Il processo  
di finanziamento

Il processo ha avvio attraverso l'appello per richieste di finanziamento da parte del Segretariato del Fondo. I CCMs elaborano le proposte e nominano uno o più Principal Recipients, come esecutore del programma.

Il Segretariato esamina tutte le proposte pervenute in base ai requisiti previamente indicati e inoltra quelle che hanno superato l'esame al TRP. Il TRP valuta il merito tecnico di tutte le proposte e per ciascuna suggerisce al Board una delle seguenti raccomandazioni: (1) finanziare; (2) approvare a condizione che vengano forniti dei chiarimenti tecnici; (3) ripresentare dopo una riformulazione; (4) non finanziare.

Il Segretariato si accorda in ciascun paese con un *Local Fund Agent*, che certifica le capacità amministrative e finanziarie del PR nominato. In base alla valutazione del LFA, il PR può richiedere assistenza tecnica per potenziare le sue capacità. Da questo punto di vista i partner per lo sviluppo possono rivelarsi di grande utilità. Il rafforzamento di identificate carenze nell'ambito delle capacità richieste può essere prevista come condizione necessaria per l'erogazione dei fondi nell'accordo tra Fondo e PR.

I programmi approvati hanno generalmente durata quinquennale, ma i finanziamenti sono accordati solo per il primo biennio, identificando obiettivi specifici e misurabili attraverso una serie di indicatori chiave.

Dopo la firma dell'accordo, su richiesta del Segretariato, la Banca mondiale eroga il versamento iniziale al PR, che a sua volta stanza le risorse ricevute ad eventuali *sub-recipient*.

Il programma viene avviato, supervisionato e monitorato dal CCM. La mancanza di progressi comporta la richiesta da parte del Segretariato di azioni correttive.

Venti mesi dopo il primo stanziamento di fondi, il CCM può richiedere ulteriori finanziamenti per il periodo successivo al biennio iniziale. Il GF approva tali richieste sulla base dei progressi ottenuti e della disponibilità di fondi.

il numero delle proposte approvate (gestione delle risorse), tempo in media trascorso dalla chiamata per la presentazione delle proposte alla conclusione degli accordi (negoziazione dei finanziamenti), stanziamenti effettivi rispetto a quelli preventivati (ciclo delle erogazioni), rapporto tra costi operativi e costi totali, e tra costi del Segretariato e costi totali (servizi di supporto).

Le performance associate ai processi di finanziamento riguardano lo sviluppo delle proposte, la conclusione degli accordi, lo stanziamento delle risorse all'esame per il passaggio alla 2<sup>a</sup> fase.

L'impatto intermedio prodotto dal Fondo sui sistemi locali di cui si avvale può essere negativo o positivo e viene misurato da una serie di indicatori definiti in collaborazione con partner e *stakeholder*, con particolare riferimento alla valutazione della misura aggiuntiva delle risorse rispetto a quelle già iscritte

nei bilanci nazionali e della sostenibilità di lungo periodo.

Infine, la quarta dimensione si riferisce all'impatto finale sulle tre malattie nel mondo. Gli undici mesi di vita media dei programmi attualmente operativi rendono precoce qualsiasi valutazione. Pertanto, le analisi finora effettuate sono state concentrate sulle prime tre aree.

Vale la pena soffermarsi sull'aspetto collegato alle deboli capacità di monitoraggio e valutazione dei beneficiari, che limitano l'attendibilità dei loro resoconti. Per esempio, il Government Accountability Office statunitense ha segnalato l'assenza di un'adeguata documentazione relativa alle decisioni operate dal Fondo sui finanziamenti concessi e sul passaggio alla seconda fase.

Sulla base di questi indicatori chiave i progetti sono classificati in quattro categorie: A (incontra o supera le aspettative); B<sub>1</sub> (adeguata-

**Tabella 2**

Gli indicatori monitorati nel sistema di valutazione delle performance

LIVELLO	ESEMPI DI INDICATORI
<b>INPUT</b> (strategie, politiche, linee guida, finanziamenti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiche e linee guida a livello nazionale</li> <li>• Sistema di erogazione e distribuzione</li> <li>• Sistemi di controllo</li> <li>• Meccanismi di coordinamento per questioni tecniche e operative</li> </ul>
<b>PROCESSO</b> (risorse umane, training, prodotti sanitari)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero di persone che ricevono formazione in accordo agli standard nazionali</li> <li>• % di medicinali distribuiti rispetto allo status dello stock (disponibilità, scarsità, consumo, qualità, perdite), su base mensile</li> <li>• Numero delle attività organizzate per soddisfare i bisogni fondamentali delle fasce più vulnerabili</li> <li>• Linee guida e manuali disponibili o prodotti per i trattamenti da prestare</li> </ul>
<b>OUTPUT</b> (servizi erogati, risultati conseguiti, copertura, conoscenza)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % di distretti o di altre unità amministrative con almeno un centro di distribuzione farmaci</li> <li>• % di distretti o di altre unità amministrative con numero di fornitori richiesti per l'intervento</li> <li>• % di nodi di distribuzione/facilitazioni per contrastare la mancanza di farmaci</li> <li>• % dei fornitori attrezzati per l'intervento (laboratori, asili, supporto psicosociale, altro)</li> <li>• Numero o % dei distretti o delle altre unità amministrative con addetti al controllo e alla prestazione dei servizi in accordo con le linee guida per l'intervento</li> </ul>
<b>OUTCOME</b> (modifica dei comportamenti, copertura)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero o % della fascia-obiettivo della popolazione coperta dall'intervento</li> <li>• Numero o % della popolazione con comportamenti «sani»</li> </ul>
<b>IMPATTO</b> (biologico e sulla qualità della vita)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero della popolazione-obiettivo che mostra sintomi clinici e misurabili di recupero dopo 6-12 mesi</li> <li>• % delle persone che mostrano sintomi clinici e misurabili di recupero dopo 6-12 mesi</li> <li>• Patologie prevalenti a livello regionale o nazionale</li> </ul>

to); B<sub>2</sub> (inadeguato, ma con possibilità di miglioramenti) e C (inaccettabile). Da tale valutazione derivano decisioni differenti inerenti al passaggio alla seconda fase: approvare; approvare solo a determinate condizioni o in seguito alla revisione della proposta originale; non approvare, con conseguente interruzione dei finanziamenti (tabella 3). Occorre notare che, oltre alle performance realizzate, incidono sulla valutazione anche elementi di contesto.

Dei *grant* che hanno finora raggiunto il termine del primo biennio di finanziamento, il 70 per cento ha ottenuto performance positive o adeguate (categorie A e B<sub>1</sub>), il 22 per cento mostra, invece, risultati inadeguati, ma suscettibili di miglioramento mentre l'8 per cento performance inaccettabili.

L'attendibilità dei risultati di tale analisi è, tuttavia, limitata dall'esiguo numero di accordi che hanno concluso la prima fase. Comunque, è possibile evidenziare alcuni dati. Le performance sono particolarmente positive quando i programmi sono implementati dalla società civile. Questo vale, in primo luogo, per la tubercolosi, seguono, in ordine, AIDS e malaria. Un'analisi regionale mostra che l'Africa sub-sahariana ha, in proporzione alle altre regioni, più programmi con performance negative.

Nel complesso, i *grant* della categoria A e B<sub>1</sub> hanno ricevuto, rispettivamente, il 92 per cento e l'86 per cento dei finanziamenti attesi, i B<sub>2</sub> il 71 per cento e i C il 45 per cento, a dimostrazione che il sistema di erogazioni

basato sulle performance, perno dell'attività del Fondo, è effettivamente operativo.

I programmi di successo hanno, in genere, beneficiato di infrastrutture esistenti, delle capacità amministrative dei *principal recipient*, della piena partecipazione dei CCM e della presenza di assistenza tecnica. Alla base di performance insufficienti si individuano spesso problemi comuni: atteggiamento scarsamente partecipativo dei CCM, mancata *ownership* dei programmi, divisione tra gli attori, difficoltà di reperire i medicinali, ecc.

### 5. Considerazioni conclusive

Da un confronto tra i *framework* teorici elaborati dalla letteratura e i risultati realizzati dal Fondo globale per la lotta all'AIDS, tubercolosi e malaria, emergono una serie di debolezze nell'attuazione, sia del partenariato, sia dell'orientamento alle performance.

Riguardo al primo punto, l'impegno dei partner non si è realizzato pienamente, mettendo in discussione la stessa sopravvivenza del Fondo. Da un lato, i contributi di alcuni paesi sono stati minimi o addirittura nulli, come nel caso della Svizzera, dell'Arabia Saudita e del Kuwait. Altri, generalmente inclusi nella classe dei grandi donatori, hanno partecipato con finanziamenti proporzionalmente inferiori alla quota destinata dagli stessi agli sforzi internazionali (come il Giappone, la Gran Bretagna, la Germania e la Spagna). Gli Stati Uniti<sup>11</sup>, la Francia e l'Italia – quest'ultima

Grado	A	B <sub>1</sub>	B <sub>2</sub>	C
	<b>Soddisfa o supera le aspettative</b>	<b>Adeguate</b>	<b>Inadeguato ma con possibilità di miglioramento</b>	<b>Inaccettabile</b>
i. Numero di persone che hanno accesso ai servizi	Raggiunge o supera l'80% degli obiettivi	Progressi significativi (50-80%)	Conseguimento di qualche miglioramento (30-50%)	Progressi marginali o inesistenti (< 30%)
ii. Numero di centri sanitari creati o rafforzati	Se il programma ha raggiunto un numero di persone significativo, il GF non ha bisogno di considerare gli altri indicatori per decidere il passaggio alla seconda fase		Progressi significativi (> 30%)	Progressi marginali o inesistenti (< 30%)
iii. Numero di persone che hanno ricevuto formazione assistenziale			Progressi significativi (> 30%)	Progressi marginali o inesistenti (< 30%)

**Tabella 3**

Sistema di valutazione delle performance dei programmi approvati per l'accesso alla seconda fase

Fonte: www.theglobalfund.org

con un'interruzione nel 2004 – hanno invece elargito contributi sostanziosi<sup>12</sup>. Il contributo del settore privato è stato minimo: solo il 5%, di cui il 99% deriva una promessa di finanziamento quinquennale della Bill and Melinda Gates Foundation pari a 100 milioni di \$.

L'impegno dei partner non è aumentato, ed è questo il principale spaccato con quanto descritto in letteratura, nonostante l'apparente entrata a regime del sistema di *performance management* con il 92 per cento dei finanziamenti ai progetti valutati come soddisfacenti o adeguati.

Un secondo ordine di riflessioni riguarda il sistema di *performance management*. Il sistema, e per giunta la trasparenza e l'*accountability* del Fondo, si basano fortemente sulla documentazione prodotta dai soggetti locali responsabili dell'implementazione dei programmi. L'attendibilità è stata messa in discussione recentemente dal Government Accountability Office statunitense, che ha denunciato l'incapacità di monitorare le cause sottostanti i risultati. Un altro aspetto è collegato alle performance oggetto di monitoraggio e valutazione, spesso di natura finanziaria.

Infine, emerge la necessità di adottare l'approccio collaborativo non solo nella fase di *fund raising* ma anche nella fase di attuazione, con l'obiettivo di rafforzare le capacità gestionali dei sistemi sanitari nazionali. Il successo nella lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria non dipende esclusivamente dalla disponibilità di finanziamenti ma, forse anche di più, dalle modalità di utilizzo degli stessi. L'impegno di ciascuno in tal senso non può, pertanto, prescindere da interventi, non necessariamente diretti, di *capacity building*.

### Note

1. Altre definizioni distinguono in termini della natura dei partner (donatori-beneficiari; pubblico-privato); in termini di forme organizzative assunte (modello di comitato *élite*; modello ONG; modello quasi-autorità pubblica); in termini di attività svolta (consultazione; concertazione; operativa), ecc.
2. È possibile distinguere tra aggregazioni che assumono tradizionali forme giuridiche; aggregazioni fondate su base patrimoniale; su base contrattuale e; su adesione motivata da ideologie (Cavalieri, 2000).
3. A titolo di esempio la Pfizer contribuito con 63 milioni di \$ in due anni all'International Tracoma Initiative; la Bill & Melinda Gates Foundation ha devoluto

molte risorse a numerose PPP attive a livello mondiale per un totale di 176 milioni di \$ solamente nella prima metà del 1999.

4. La differenza tra imprese ed aziende pubbliche nell'ambito delle strategie cooperative non consiste nell'essenza e nelle forme della collaborazione, quanto nelle finalità: se le imprese adottano strategie collaborative a supporto della crescita, privilegiando la direttrice esterna per sfuggire a limitazioni di risorse, le aziende pubbliche si orientano alle *partnership* per perseguire obiettivi di innovazione gestionale, produttiva, organizzativa e finanziaria. Cfr. Meneguzzo, Cuccurullo (2001).
5. Bouckaert *et al.* (2002), con riferimento alle amministrazioni pubbliche, distinguono due dimensioni in grado di influenzare la fiducia: le performance e l'identità. La prima dimensione ha una componente macro (che spiega la fiducia come funzione delle variabili macroeconomiche) ed una micro (che collega variazioni della fiducia con l'evoluzione della qualità dei servizi pubblici). Si veda anche Hinna, Monteduro, (2003).
6. Mentre, nella prospettiva sociologica, la fiducia si rafforza, con l'esperienza e con il tempo, attraverso lo sviluppo di molteplici occasioni di interazione (Luhmann, 1979; Zucker, 1986; Soda, 1998), negli studi economici, essa è il risultato di un'analisi costi-benefici, che determina la scelta tra comportamenti opportunistici o collaborativi da parte degli attori coinvolti (Ricciardi, 2003).
7. Tale nesso causale non sarà oggetto del presente articolo. Si rinvia pertanto alla relativa letteratura, internazionale ed italiana, sul tema.
8. La tabella non pretende di essere esaustiva, ma cerca di comparare gli approcci maggiormente diffusi nelle attività di cooperazione internazionale. Altri approcci importanti, lasciati fuori dalla presente analisi, sono la *contribution analysis*, le mappe cognitive, la *balanced scorecard*, ecc. Si rinvia per un approfondimento a Uusikylä, Valovirta, (2004).
9. Nel corso del 2004, il Fondo ha fatto una scelta coraggiosa nella lotta alla malaria decidendo di finanziare esclusivamente trattamenti a base di artemisia. Fino ad allora, troppi soldi erano andati sprecati nel finanziamento di progetti terapeutici a base di cloroquina, ormai quasi inutile in Africa, dove si sono sviluppate resistenze fino al 90%. La cloroquina è sembrata per anni la terapia ideale: priva di effetti collaterali ed economica (appena 10 centesimi di \$ per ciclo di trattamento). Le terapie combinate a base di artemisia (*artemisia combination therapy* - Act) costano fino a 20 volte di più rispetto alla vecchia cloroquina. La scelta del Global fund ha creato però un *gap* notevole tra lo stanziamento previsto per l'acquisto di farmaci (60 mln di \$) ed il costo dei cicli di trattamento (400 mln di \$).
10. L'assetto istituzionale dell'azienda è una struttura sovraordinata che esprime le regole di fondo del funzionamento aziendale e identifica i soggetti nell'interesse dei quali si svolge l'attività dell'azienda e i contributi di cui sono portatori. Viene enfatizzato il legame tra lo sviluppo dell'azienda e la sua capacità di garantire il contemperamento dei diversi interessi che vengono a intrecciarsi nell'azienda stessa. Cfr. Airoldi (1998); Del Vecchio (2001).

11. I futuri contribuiti statunitensi costituiscono un'incognita importante per il Fondo: gli Stati Uniti rappresentano infatti il maggior contribuente. Tuttavia, l'iniziale sostegno dell'amministrazione Bush (un terzo delle risorse raccolte) è stato minato dall'approvazione del programma bilaterale per la lotta all'AIDS, l'*Emergency Plan for AIDS Relief*, in seguito al quale i contributi al Fondo sono stati ridotti a 200 milioni di \$ l'anno per 5 anni. L'equilibrio tra i contributi al Fondo e quelli al programma bilaterale (133 milioni di \$ per paese dell'*Emergency Plan* confrontato con 1.6 milioni di \$ per paese erogati al Global Fund) corrisponde ad un rapporto di 83 a 1.
12. Di fronte alle scarse risorse e ai ritardi di alcuni paesi, il Fondo ha deciso di abbandonare il modello volontario dei primi tre anni di attività, a favore di un nuovo meccanismo di *replenishment*. A partire dal 2005, infatti, i paesi donatori sono tenuti a presentare piani pluriennali d'impegno economico, in incontri periodici organizzati appositamente per promuovere il sostegno finanziario.

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

- AIROLDI G. (1998), «Gli assetti istituzionali di impresa: inerzia, funzioni e leve», in AIROLDI G., FORESTIERI G. (a cura di), *Corporate governance: analisi e prospettive del caso italiano*, EtasLibri, Milano.
- BOUCKAERT G., VAN DE WALLE S., MADDENS B., KAMPEN J.K. (2002), *Identity vs Performance: An Overview of Theories Explaining Trust in Government*, Public Management Institute, Università di Leuven, Belgio.
- BOUCKAERT, G. & VAN DE WALLE, S. (2003), «Quality of Public Service Delivery and Trust in Government», in *Governing Networks: EGPA Yearbook*, Ari Salminen, IOS Press, Amsterdam.
- BRINKERHOFF D.W., BRINKERHOFF J.M. (2004), «Partnerships between international donors and non-governmental development organizations: opportunities and constraints», *International Review of Administrative Sciences*, Vol. 70, n. 2.
- BUSE K., WALT G. (2000), «Global public-private partnerships: Part II - what are the health issues for global governance?», *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, n. 5.
- CAVALIERI E. (2000), «Strutture e dinamiche delle relazioni interaziendali», *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale*, N. 1, gennaio-febbraio.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS TUBERCULOSIS AND MALARIA (2003), *Annual Report 2003*, www.theglobalfund.org.
- GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS TUBERCULOSIS AND MALARIA, (2004), *Annual Report 2004*, www.theglobalfund.org.
- GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE (2005), *The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria is responding to challenges but needs better information and documentation for performance-based funding*, Report to Congressional Committees, United States.
- HINNA L., MONTEDURO F. (2003), *Trust in Local Authorities: the role of social reporting to citizens*, Atti della Conferenza dell'European Group of Public Administration, Università di Leuven, Belgio.
- KAPLAN R., NORTON D. (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*, Harvard Business School Press.
- LA FERRARA E. (2002), «La "novità" delle partnership pubblico-privato», *La voce*, www.lavoce.info.
- MENEGUZZO M. (1999), *Managerialità, innovazione e governance. La Pubblica Amministrazione verso il 2000*, Aracne, Roma.
- MENEGUZZO M., CEPIKU D., FERRARI D. (2004), *Governance e coordinamento strategico delle reti aziendali: sistemi sanitari a confronto*, Convegno Nazionale AIES: «I livelli di governo della sanità: Finanziamento, assetti istituzionali e management», www.aiesweb.it.
- MENEGUZZO M., CUCCURULLO C. (2001), *Partnership pubblico-privato e New Public Management nelle aziende sanitarie italiane*, Master in Management Sanitario, Università di Roma «Tor Vergata».
- MISSONI E. (2001), «Il Fondo Globale contro AIDS, tubercolosi e malaria», *Qualità Equità*, 23/24.
- MISSONI E. (2004), *Rapporto 2004. Salute e Globalizzazione*, Osservatorio italiano sulla salute globale, Feltrinelli, Milano.
- MUSSARI R. (1997), «Autonomy, Responsibility, and New Public Management in Italy», in Jones L.R., Schedler K. (eds.), *International Perspectives on the New Public Management*, JAI Press, London.
- MUSSARI R. (1999), *La valutazione dei programmi nelle aziende pubbliche*, Giappichelli, Torino.
- OECD (2004), *Public sector modernisation: Governing for performance*, OECD, Paris.
- OECD (2005), *Using performance information for managing and budgeting: challenges, lessons and opportunities*, Paper by Mayne J., OECD, Paris.
- OECD/PUMA (1999), *Performance contracting. Lessons from Performance Contracting Case Studies. A Framework for Public Sector Performance Contracting*, OECD, Paris.
- Padula G. (1998), *Reti di imprese e apprendimento*, Egea, Milano.
- Radelet S. (2004), *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Progress, Potential, and Challenges for the Future*, Center for Global Development, www.cgdev.org.
- RANALLI F. (1994), «Un breve profilo della funzione organizzazione e gestione del personale», in Cavalieri E., Ranalli F., *Appunti di economia aziendale*, Vol. II, Edizioni KAPPA, Roma.

- RAUIRI B., STARLING M., WALT G., DONOGHUE M. (2003), *Tracking the Global Fund in Four Countries: An Interim Report*, Draft report, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- RICHTER J. (2004), «Public-private partnerships for health: a trend with no alternatives?», *Development*, Vol. 47, n. 2.
- RIDLEY C.E., HERBERT A.S. (1943), *Measuring Municipal Activities: A Survey of Suggested Criteria for Appraising Administration*, The International City Managers' Association.
- SCHICK A. (2003), «The Performing State: Reflection on an Idea Whose Time Has Come but Whose Implementation Has Not», *OECD Journal on Budgeting*, Vol. 3, n. 2.
- SODA G. (1998), *Reti tra imprese. Modelli e prospettive per una teoria del coordinamento*, Carocci, Roma.
- THOMPSON G., FRANCES J., LEVAČIĆ R., MITCHELL J. (1991), *Markets, Hierarchies and Networks. The coordination of social life*, Sage, London.
- UUSIKYLÄ P., VALOVIRTA V. (2004), *Three spheres of performance governance. Spanning the boundaries from single-organization focus towards partnership network*, EGPA Conference, Ljubljana, Slovenia.
- WILDAVSKY A. (1964), *The Politics of the Budgetary Process*, Little, Brown and Company.
- WORLD BANK (2004), *Monitoring and evaluation. Some tools, methods and approaches*, Operations Evaluation Department, Washington D.C.

# L'avvio della Società della salute nell'Asl di Empoli

RENATO FERRUCCI, SALVATORE IANNUCCI, ENRICO ROCCATO

*The authors provide some considerations on the experience of «Società della Salute»: an early innovation introduced in the Tuscan Health Service by the Regional Health Plan 2002-2004. The first part concerns juridical framework (i.e. governance and legal rules), and operative one (i.e. organisational, human and economic resources). The second part analyses specific aspects (duration, decision making, virtual budget, Health's Integrated Program) of two ongoing experimentations: «Società della Salute di Empoli» and «Società della Salute di Valdarno Inferiore». The third part explores problems regarding the overall governance arrangements at local level and the building of technique structures able to support the experimentation development.*

## Note sugli autori

Ausl 11 di Empoli: Renato Ferrucci è referente presso l'Ufficio per l'avvio delle Società della Salute, Salvatore Iannucci è collaboratore presso l'Ufficio per l'avvio delle Società della Salute, Enrico Roccato è Direttore Sanitario

## 1. Il Consorzio Società della salute: Costituzione e obiettivi

Le Società della salute (SdS) hanno fatto la loro prima apparizione nel Psr 2002-2004. In esso, al fine di valorizzare il concetto di Distretto (inteso come livello a cui collocare l'organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio assistenziale)<sup>1</sup>, era previsto che in alcune realtà le funzioni della Zona-Distretto<sup>2</sup> potessero essere affidate, in forma di sperimentazione gestionale, ad organismi consortili denominati «Società della salute»<sup>3</sup>. Gli aspetti qualificanti che dovevano caratterizzare queste esperienze erano il coinvolgimento delle comunità locali; la garanzia di qualità e di appropriatezza, il controllo e certezza dei costi; l'universalismo ed equità; l'Imprenditorialità *no-profit*. La recente Legge regionale 40/05, relativa alla «Disciplina del Servizio sanitario regionale», ha fornito copertura normativa alle innovazioni di sistema già contenute nel Psr 2002-2004 (Società della salute e Consorzi di area vasta) e nel Psr 2002-2004, confermando la scelta della Regione Toscana, di passare da un modello «aziendale» e caratterizzato da logiche competitive ad uno maggiormente orientato all'integrazione istituzionale e alla concertazione.

Coerentemente a questa scelta, alle SdS sono state assegnate dapprima funzioni di programmazione e coordinamento decentrato e solo successivamente potranno essere assegnate vere e proprie funzioni operative<sup>4</sup>.

Con la SdS, la Regione Toscana si propone di migliorare le condizioni di salute e del benessere dei cittadini prima di tutto dando risposte ai bisogni della popolazione che sono sempre di più bisogni complessi che richiedono l'intervento di più competenze e servizi. Oramai in campo scientifico è acquisita la consapevolezza che la maggioranza

## SOMMARIO

1. Il Consorzio Società della salute: costituzione e obiettivi
2. Dalla complessità delle relazioni all'eterogeneità delle soluzioni istituzionali
3. Sviluppi futuri: alcune chiavi di lettura per l'esperienza di avvio della Società della salute
4. Conclusioni

dei determinanti di salute del cittadino non hanno contenuti di carattere strettamente sanitario. La salute si promuove intervenendo sugli stili di vita, sull'alimentazione, sulla prevenzione, sull'uso corretto del territorio, sulla prevenzione degli incidenti (lavoro, stradali, domestici).

La SdS, affermava il Psr 2002-2004 e ribadisce tuttora il Psr 2005-2007, «ha come fine istituzionale la salute ed il benessere sociale e non solo l'offerta di prestazioni e ha come presupposto quello di favorire la partecipazione alle scelte in merito ai servizi socio-sanitari dei cittadini che attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative ne fanno parte»<sup>5</sup>.

Dal punto di vista giuridico, le SdS sono, secondo quanto previsto dal D.L.vo 267/00 artt. 30, 31, 114, consorzi pubblici, dotati di personalità giuridica pubblica ai quali si applica la disciplina delle aziende speciali in quanto compatibile. I soci sono i Comuni che afferiscono a una Zona-Distretto e l'Ausl di riferimento.

Gli organi sono:

- l'Organo di governo denominato «Giunta della SdS»<sup>6</sup>;
- il Presidente<sup>7</sup>;
- il Direttore tecnico<sup>8</sup>;
- il Collegio dei revisori, di nomina della Giunta<sup>9</sup>.

Da un punto di vista operativo, nella fase di sperimentazione, la SdS rappresenta un'organizzazione «virtuale» in quanto non fisicamente specificata, in termini di sedi e personale proprio, che si esprime attraverso un'assegnazione virtuale di risorse (*budget virtuale*), che restano in capo agli enti aderenti che mantengono la gestione diretta. Il personale può operare in regime di comando e/o assegnazione funzionale e mantiene il contratto di appartenenza.

La missione di fondo assegnata è quella, attraverso il governo della domanda, di realizzare una programmazione territoriale integrata attraverso uno strumento unico di programmazione, denominato Piano integrato di salute (PIS), nel quale sono presenti istanze di natura sanitaria, sociale, ambientale, economica.

## 2. Dalla complessità delle relazioni all'eterogeneità delle soluzioni istituzionali

Il disegno generale prevedeva che nella Regione Toscana, dopo l'unificazione tra zone e distretti, potessero essere attivate potenzialmente 34 SdS (34 Zone-Distretto)<sup>10</sup>. Allo stato attuale in Toscana sono state avviate 19 «Società della salute»<sup>11</sup>. Ai fini di capire cosa è stato fatto, quali sono le principali problematiche da affrontare e quali sono le possibili opportunità di sviluppo, in questo contributo desideriamo offrire alcuni spunti di riflessione su due sperimentazioni a pochi mesi dal loro avvio. Oggetto di queste riflessioni sono la «Società della salute di Empoli» e la «Società della salute Valdarno Inferiore». Infatti le due sperimentazioni, pur facendo capo ad un'unica Ausl, presentano alcune peculiarità che ne rendono interessante il confronto soprattutto per comprenderne i possibili sviluppi organizzativi.

La SdS di Empoli<sup>12</sup>, è composta da 11 Comuni e dalla Ausl 11 ed ha un bacino di utenza di circa 160.000 abitanti.

La SdS Valdarno Inferiore<sup>13</sup>, è composta da 4 Comuni e dalla Ausl 11 ed ha un bacino di utenza di circa 60.000 abitanti.

Per capire quanto è stato fatto finora da entrambe utilizziamo uno schema (**box 1** SdS di Empoli; **box 2** SdS Valdarno Inferiore) che mette in evidenza quattro dimensioni, che ci sembrano le più rilevanti:

- a) organizzazione e funzionamento
- b) pianificazione e programmazione
- c) partecipazione e comunicazione
- d) attività e percorsi

### 2.1. Organizzazione e funzionamento: durata, capitale, organi e dinamiche decisionali

La Convenzione e lo Statuto<sup>14</sup> sono il frutto di un faticoso *iter* che ha comportato numerosi interventi e modifiche sui documenti originari che erano stati elaborati in coerenza alle linee guida regionali (Del. C.R. n. 155 del 24 settembre 2003). In particolare, mentre la SdS di Empoli fin da subito ha espresso la volontà di gestire direttamente il «socio-assistenziale» prima del termine della sperimentazione, la SdS Valdarno Inferiore sembra intenzionata a svolgere solo una funzione



a) Organizzazione e funzionamento	b) Pianificazione e programmazione
Convenzione-Statuto Insediamento Giunta Nomina Presidente e Direttore tecnico Regolamento dello Staff (approvato) Supporto tecnico-amministrativo (Ausl)	Budget complessivo 2003 (servizi sanitari garantiti dalla Ausl + servizi socio-assistenziali delegati dai comuni alla Ausl; approvato ed è in corso l'aggiornamento al 2004) Atto di indirizzo per redazione PIS (approvato) Profilo di salute (prima elaborazione) Contratto di servizio (approvato)
c) Partecipazione e comunicazione	d) Attività e percorsi
Realizzazione sito-pagina web Logo (procedura terminata) Consulta del Terzo settore (Consulta del Terzo settore costituita e nominato il presidente) Comitato di partecipazione (in fase di costituzione) Consulta Mmg (costituita e nominato il presidente)	Nomenclatore territoriale (da implementare) Servizi socio-assistenziali (presentata richiesta alla Regione Toscana per la gestione diretta) Ricognizione ed analisi servizi socio-assistenziali (procedura terminata)

**Box 1**

Cosa è stato fatto nella SdS di Empoli

a) Organizzazione e funzionamento	b) Pianificazione e programmazione
Convenzione-Statuto Insediamento Giunta Nomina Presidente e Direttore tecnico Regolamento Giunta (approvata integrazione allo statuto) Regolamento dello Staff (approvato) Supporto tecnico-amministrativo (Ausl)	Atto di indirizzo per redazione PIS (approvato) Profilo di salute (prima elaborazione) Budget 2004 complessivo (è in corso di approvazione)
c) Partecipazione e comunicazione	d) Attività e percorsi
Realizzazione sito-pagina web Consulta del Terzo settore (costituita e nominato il presidente) Comitato di partecipazione (in fase di costituzione) Consulta Mmg (costituita e nominato il presidente)	Nomenclatore territoriale (da implementare)

**Box 2**

Cosa è stato fatto nella SdS Valdarno Inferiore

di programmazione e governo. Può risultare curioso, ma è diretta conseguenza di quanto appena detto, che il Consorzio dell'Empolese abbia una durata di 20 anni, proprio perché l'idea originaria era quella di costituire un Consorzio per i servizi sociali e poi è subentrata la SdS<sup>15</sup>, mentre il Consorzio del Valdarno ha una durata che coincide con quella della sperimentazione. Altra conseguenza è quella relativa al capitale iniziale laddove nell'Empolese è di 100.000 euro e nel Valdarno di soli 15.000. Riguardo ai meccanismi decisionali<sup>16</sup> (**box 3**) della Giunta, risulta evidente che, essendo i medesimi collegati alle quote di partecipazione, nella SdS di Empoli (40%) la presenza della Ausl sembrerebbe più influente di quanto avviene nella SdS Valdarno Inferiore (20%).

La mancanza di un esecutivo può risultare discutibile nella SdS di Empoli laddove ci sono 11 Comuni, ma di cui la maggior parte detiene quote di partecipazione modesta ed invece risulta più comprensibile nella SdS Valdarno Inferiore laddove vi sono quote paritarie e ci sono solo 4 Comuni. Se nel primo caso il rischio è di penalizzare i piccoli Comuni, nel Valdarno può esservi un maggior snellimento della fase decisionale. Relativamente agli organi, ed in particolare per quanto riguarda i Direttori tecnici<sup>17</sup>, questi, sia nella SdS di Empoli che nella SdS Valdarno Inferiore, sono stati nominati direttamente e coincidono con gli attuali Responsabili di Zona Distretto. Questo perché la scelta è stata quella, nella fase di sperimentazione<sup>18</sup>, di dare continuità attraverso la nomina di sog-

SDS di Empoli		
Convocazione Giunta	Costituzione	Validità delle delibere
I convocazione	I presenti devono rappresentare almeno la metà delle quote di partecipazione	Voto favorevole di almeno la metà delle quote di partecipazione
II convocazione	I presenti devono rappresentare 1/3 delle quote	Voto favorevole di almeno la maggioranza (50 + 1) delle quote di partecipazione presenti
SDS Valdarno Inferiore		
Convocazione Giunta	Costituzione	Validità delle delibere
I convocazione	Presenti almeno 4 componenti (che rappresentano 4/5 delle quote)	Voto favorevole di 50 + 1 delle quote di partecipazione
II convocazione	Presenti almeno 3 componenti (che rappresentano 3/5 delle quote)	Voto favorevole di 50 + 1 delle quote di partecipazione presenti

**Box 3**

## Meccanismi decisionali

getti che, conoscendo la realtà in cui operano, potessero con maggiori probabilità garantire il buon esito. Sia nella SdS del Valdarno che nella SdS di Empoli si è già provveduto ad approvare il regolamento dello staff, ovvero di quella *équipe* che dovrebbe garantire un supporto trasversale al Direttore, in particolare nell'elaborazione del PIS. Lo staff<sup>19</sup> al suo interno prevede funzioni (e relative competenze) di pianificazione strategica e programmazione, controllo di gestione, sistemi informativi e comunicazione, oltre agli organismi di coordinamento e direzione di Zona Distretto ed alle professionalità operanti nel territorio della Ausl e dei Comuni e agli organismi di partecipazione. I meccanismi di funzionamento dello staff mirano a realizzare metodologie di lavoro innovative, flessibili ed orientate al risultato, ma di questo diremo più avanti.

Non sono organi della Società della salute, ma rappresentano un'importante risorsa e riteniamo opportuno menzionarle in questa sede, quelle che lo Statuto definisce forme di partecipazione: Consulta del terzo settore<sup>20</sup> e Comitato di partecipazione<sup>21</sup>.

La Consulta del terzo settore è costituita dalle organizzazioni di volontariato e del terzo settore presenti nel territorio ed operanti in campo sociale e sanitario e partecipa alla definizione del PIS, fornendo pareri e proposte prima dell'approvazione del piano stesso.

Il Comitato di partecipazione invece è composto da membri nominati dalla Giunta della SdS di Empoli tra i rappresentanti della comunità locale espressione dei soggetti della società che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché le espressioni dell'associazionismo di tutela ed *advocacy* purché non siano erogatori di prestazioni. Il Comitato svolge ruolo di osservatorio dei bisogni assistenziali dei cittadini, propone forme di servizi innovativi di fronte ai nuovi bisogni e svolge attività di supporto e collaborazione con la Giunta. Inoltre esprime parere obbligatorio sia sulla bozza di PIS che sullo schema di relazione annuale della SdS di Empoli predisposti dalla Giunta.

Queste forme di partecipazione risultano particolarmente importanti proprio perché sarà richiesto loro di intervenire, attraverso pareri e proposte, nella formulazione del PIS. A tal proposito in entrambi i casi si è scelto, dato il numero rilevante di soggetti potenzialmente interessati, di predisporre un invito a presentare la propria candidatura per una o l'altra forma di partecipazione. Il risultato di questa procedura è soddisfacente e al momento si sono costituite le Consulte del Terzo settore di entrambe le società della salute e ne sono stati nominati i presidenti, mentre i Comitati di partecipazione sono in fase costituzione.

Inoltre, in entrambe le sperimentazioni si sono costituite anche 2 Consulte della Medi-

cina generale<sup>22</sup> che parteciperanno anch'esse alla redazione del PIS. I regolamenti di costituzione delle Consulte dei Mmg prevedono che l'apporto della Mmg e dei PLS non si limiti a una mera attività consultiva, ma fornisca, attraverso strumenti tecnico scientifici (quali il registro degli utenti per patologie ed altri), un contributo qualificato ed idoneo a contribuire in modo efficace alla definizione del bisogno della popolazione.

La SdS, come già detto, non ha strutture e non deve duplicare funzioni appoggiandosi per la gestione alle strutture esistenti presso gli enti aderenti. Questo vale anche per le funzioni di supporto tecnico-amministrativo (es. bilancio, contabilità analitica, sistema informativo) che saranno «centralizzate» e assicurate, durante la sperimentazione, dalla Ausl 11.

## 2.2. Pianificazione e Programmazione: budget, profilo di salute e contratto di servizio

L'aspetto della programmazione è senz'altro quello da cui ci si aspettano i maggiori sviluppi e quello che pone maggiori spunti di riflessione, soprattutto perché parliamo di programmazione «pubblica» e di «programmazione socio-sanitaria». «Pianificare o programmare significa imporre ad un sistema complesso una razionalità diversa e superiore rispetto a quella implicita nelle dinamiche spontanee del sistema stesso» (Del Vecchio, 1995).

Questa affermazione, che condividiamo, mette in evidenza quanto sia difficile pianifi-

care o programmare in sanità, perché si tratta di un settore che risente fortemente delle logiche di mercato, soprattutto del rapporto fra domanda ed offerta, e dove in taluni casi la spontaneità della domanda induce comportamenti che possono essere in contraddizione con i modelli organizzativi ed i sistemi di comunicazione.

Come primo strumento che attiene alla fase di programmazione, le due SdS, anche se al momento è stato approvato soltanto nella SdS di Empoli, hanno predisposto il *budget*<sup>23</sup> complessivo virtuale. In questa sede desideriamo concentrarci sulla parte (**box 4**) del *budget* relativa alle risorse e ai costi che si riferiscono all'assistenza sanitaria territoriale, rimandando ad una successiva trattazione l'approfondimento della parte relativa alle risorse e ai costi del sociale.

Questo documento (predisposto dal Controllo di gestione della Ausl 11), la cui fonte è il Bilancio della Ausl, è stato redatto, evidenziando costi<sup>24</sup> e ricavi<sup>25</sup> per livelli di assistenza (LEA) e riferito all'anno 2003.

Il documento rappresenta al contempo una prima base di riferimento sia relativamente ai costi storici (costi) che alla risorse messe a disposizione (ricavi).

La lettura della colonna intitolata «differenze» (ricavi-costi) evidenzia che i livelli dove si verificano i maggiori squilibri sono l'assistenza farmaceutica, i cui costi sono al di sopra di quanto teoricamente previsto a livello regionale e l'assistenza territoriale domiciliare i cui costi invece sono al di sotto di quanto previsto. Tutto ciò permette alla funzione di «committenza» di programmare

Livelli di assistenza	SDS di Empoli		
	Costi (euro)	Ricavi (euro)	Differenza (euro)
<b>Assistenza distrettuale</b>	<b>107.752.299</b>	<b>107.322.343</b>	<b>429.957</b>
Convenzione medicina nazionale	11.402.295	11.623.591	221.296
Assistenza farmaceutica	34.698.538	30.158.062	4.540.476
Assistenza territoriale e domiciliare	7.260.373	11.607.795	4.347.422
Assistenza riabilitativa	7.018.295	6.001.477	1.016.817
Assistenza agli anziani	6.939.611	7.121.592	181.981
Assistenza specialistica e diagnostica	29.397.098	29.274.069	123.029
Salute mentale	8.837.820	8.635.623	202.197
Dipendenze	2.198.270	2.900.132	701.862

**Box 4**  
Costi/ricavi assistenza  
sanitaria territoriale  
anno 2003

ed esplicitare alcune priorità all'interno di un *budget* che risulta sostanzialmente in pareggio. Successivamente la Giunta della SdS di Empoli ha approvato come documento collegato al *budget* gli atti di indirizzo per la realizzazione del PIS<sup>26</sup> (anche la Giunta della SdS Valdarno Inferiore ha approvato gli atti di indirizzo per la realizzazione del PIS).

Gli atti di indirizzo contengono gli obiettivi generali delle SdS che troveranno attuazione nei PIS e le indicazioni tecniche fondamentali per la realizzazione dei medesimi.

In entrambi gli atti di indirizzo si sottolinea come nei PIS debba essere evidenziata la necessità di adattare l'organizzazione territoriale ai bisogni del cittadino attraverso obiettivi che razionalizzino e ottimizzino le risorse promuovendo e rafforzando la relazione con l'utente. A tal proposito riportiamo brevemente alcuni obiettivi generali contenuti negli atti di indirizzo di entrambe le sperimentazioni:

a) l'analisi dello stato di salute con particolare riferimento alle differenze epidemiologiche fra l'obiettivo da raggiungere e la realtà e la conseguente programmazione di attività finalizzate ad obiettivi che si integrino con i 12 obiettivi del Psr 2005-2007;

b) la valorizzazione delle Unità di valutazione multiprofessionali, comprensive della professionalità sociale, per i bisogni complessi, in particolare per le malattie croniche e degenerative;

c) la relazione con l'utente al fine di sviluppare la medicina di iniziativa ad integrazione della medicina di attesa che si concretizza con l'avvio di modelli organizzativi quali il *case management* (responsabile della continuità assistenziale e dei percorsi assistenziali nei bisogni complessi) e il *desease management* (responsabile di attività preventive e dei percorsi assistenziali per l'utenza ad alto rischio) integrati nell'Unità di cure primarie dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta. Per completare gli strumenti idonei per avviare il processo di programmazione che porti alla redazione del PIS, entrambe le Società della salute hanno predisposto la raccolta dei dati epidemiologici attualmente disponibili, frutto del lavoro di operatori provenienti dalla Ausl 11 e da altri enti e soggetti del territorio e i cui dati provengono sia da fonti aziendali (archivi sani-

tari) che extra-aziendali (Uffici anagrafe dei Comuni, Ufficio dell'Accordo di programma - Comune di Empoli Provincia di Pisa Irpet, Istat, Arpat ecc.) che costituisce una prima ipotesi di Profilo di salute. Tale documento risulta di fondamentale importanza per arrivare a definire il bisogno di salute della popolazione e conseguentemente è indispensabile per far emergere le principali problematiche del territorio.

Infine, un ulteriore strumento sicuramente importante in questa fase, funzionale a potenziare la funzione di committenza, ma anche per superare alcune criticità che abbiamo segnalato in precedenza (es. rapporti tra Responsabile di Zona-Distretto e Direttore tecnico della SdS; funzione di supporto tecnico-amministrativo; criteri per la rilevazione e il controllo della domanda e del consumo di risorse), può essere il contratto di servizio. Il contratto di servizio<sup>27</sup> è l'accordo che deve essere approvato dalla Giunta della SdS, che stabilisce i reciproci impegni tra SdS e Ausl e Comuni (laddove questi gestiscano direttamente). La Società della salute di Empoli, anche al fine di garantire un migliore funzionamento ed una migliore relazione tra il consorzio e gli enti aderenti, ha approvato una prima definizione di contratto di servizio, che potrà essere successivamente aggiornata, focalizzandosi in via prioritaria sulla regolamentazione dei rapporti<sup>28</sup> tra Società della salute di Empoli e Ausl 11, rimandando al termine della sperimentazione la definizione e la negoziazione dei volumi di attività.

A titolo di esempio ne riportiamo un estratto, relativo ai criteri per la rilevazione e per il controllo della domanda e del consumo di risorse: «A regime l'Ausl 11 rileva e comunica trimestralmente allo staff del Direttore della SdS di Empoli, che si fa carico di comunicarlo ai componenti della Giunta, l'analisi epidemiologica del consumo di farmaci, prestazioni specialistiche, diagnostiche, ricoveri, tempi di attesa, prestazioni territoriali (Nomenclatore territoriale) nei diversi regimi (doppio canale, attivo, passivo) dei residenti l'ambito territoriale della SdS di Empoli, aggregati per medico di base, équipe, Società della salute. Tenuto conto che l'Ausl deve riorganizzare i flussi per le 2 Società della salute, il cui ambito territoriale

è diverso dalle Zone-Distretto, la puntuale comunicazione di cui sopra è prevista per il 31 maggio 2006.

Con le stesse modalità sono comunicate le rilevazioni trimestrali dei costi per livello di assistenza e per struttura; nonché la definizione annuale del costo di ogni tipologia di prestazioni.

A partire dal 31 dicembre 2006 la SdS concorda con l'Ausl 11 i volumi, la qualità, i tempi di attesa delle prestazioni socio sanitarie funzionali al bisogno della sua popolazione di riferimento, nei limiti delle risorse disponibili (*budget*).

La SdS chiede all'Ausl, che se ne fa carico, di potenziare il sistema informativo con l'anagrafe sanitaria in linea costante con le anagrafi dei Comuni, la rilevazione delle prestazioni territoriali, in particolare quelle sociali, attraverso il nomenclatore territoriale, nonché di perseguire l'obiettivo del registro delle patologie degli utenti, redatto dalla Medicina generale».

### 2.3. Partecipazione e Comunicazione: l'*empowerment* del cittadino

Sul fronte della comunicazione, in tempi rapidi sono state realizzate all'interno del portale della Ausl due pagine *web* dedicate alle due SdS che contengono informazioni, rassegna stampa, documenti ufficiali, iniziative ed ogni altra notizia utile a farne conoscere l'operato.

La SdS di Empoli, ai fini di dare fin da subito un messaggio di apertura nei confronti dei cittadini e al contempo di dare concretezza al concetto di partecipazione ha anche previsto di affidare la realizzazione del proprio «logo» a studenti dei licei presenti nel territorio di competenza della SdS di Empoli dove sono presenti materie concernenti le arti grafiche. La procedura si è conclusa con esito positivo (sono stati presentate 35 proposte di logo). Questo al fine anche di far conoscere e di far avvicinare i giovani e le loro famiglie al significato dell'esperienza.

### 2.4. Attività e percorsi: nomenclatore territoriale e percorsi assistenziali

Per questo aspetto, occorre segnalare che il passaggio del Comune di Fucecchio<sup>29</sup> alla SdS di Empoli ha comportato alcune criticità

in ordine all'organizzazione dei servizi territoriali. In particolare le indicazioni che provenivano dalle prescrizioni regionali (la Giunta della Regione Toscana, in seguito alla presentazione dei progetti per aderire alle sperimentazione della SdS ha redatto la delibera n. 269 del 22 marzo 2004 che conteneva per ogni progetto presentato alcune prescrizioni a cui conformarsi ai fini di ottenere l'autorizzazione alla sperimentazione) prevedevano che si dovesse procedere ad una ristrutturazione di tutti i servizi territoriali. Per evitare tale riorganizzazione, che avrebbe comportato possibili disagi per gli utenti, rischiando inoltre di compromettere la continuità assistenziale, si è predisposto uno strumento che, attraverso la rilevazione dell'attività territoriale, consentisse di gestire la mobilità dei cittadini della SdS di Empoli verso strutture assegnate al Valdarno e di imputarne i costi alla SdS di Empoli. Lo strumento a cui ci si riferisce è un «nomenclatore tariffario territoriale» che integra, con «nuove» prestazioni (prestazioni la cui descrizione e la cui codificazione sono state individuate di concerto con le strutture interessate) che si riferiscono ai settori relativi all'attività consultoriale, all'assistenza sanitaria di base, al sociale, al ser.t e alla psichiatria, quelle già contenute nel nomenclatore regionale, classificando in tal modo tutta l'attività che viene svolta nel territorio (**box 5**).

La messa a punto di questo strumento nasce da un progetto dell'Agenzia regionale di sanità (Ars) della Toscana e trova conferma nel Psr 2002-2004 (2.2.4 La definizione e la valorizzazione delle attività socio sanitarie territoriali) e nel Psr 2005-2007 (3.4.5 L'appropriatezza nei servizi territoriali) laddove si esprime la necessità di una definizione e valorizzazione delle attività socio-sanitarie territoriali al fine di razionalizzare e controllare la qualità delle prestazioni e della spesa, di realizzare il *budget* di Zona-Distretto e conseguentemente di perseguire l'appropriatezza dell'attività dei servizi sanitari territoriali. Per raggiungere questi obiettivi e per arrivare progressivamente alla valorizzazione dei programmi assistenziali, si è ritenuto necessario, inizialmente ed anche ai fini di una corretta rilevazione dei costi sostenuti dalle strutture del Valdarno nei confronti dei cittadini della SdS di Empoli, procedere ad

**Box 5**

Estratto  
del Nomenclatore  
territoriale

Macrocategorie	Professionalità	Codice	Repertorio prestazioni-descrizione	Tariffa	Note
<b>Prestazioni socio-sanitarie di base</b>	<b>Assistenti sociali</b>	SS18	Integrazione scolastica specialistica handicap	13,76	Assistente sociale
		SS20	Pasti caldi	5,02	Assistente domiciliare per utente
		SS23	Assistenza domiciliare leggera	5,16	Operatore tecnico
		SS24	Assistenza domiciliare	10,04	Operatore tecnico
		SS25	Trasporto sociale	0,80	Costo medio per chilometro anno 2003
		SS26	Visita sociale-domiciliare	13,76	Assistente sociale
		SS4	Attività ricreative e di tempo libero individuale	10,04	Operatore sociale
		SS5	Attività ricreative e di tempo libero di gruppo	30,12	Operatore sociale
		SS27	Valutazione (L. 104, L. 68, Comitato tecnico)	6,88	Assistente sociale
		SS28	Assesement (valutazione sociale e progetto)	9,17	Assistente sociale
		SS29	Autorizzazione	6,88	Assistente sociale
		SS30	Consulenza professionale	13,76	Assistente sociale
		SS31	Consulenza professionale tribunale	55,03	Assistente sociale
		SS8	Incontro protetto	20,63	Assistente sociale

una valorizzazione di prestazioni semplici direttamente erogate all'utente.

Naturalmente, nella definizione delle prestazioni sono state coinvolte tutte le professionalità presenti nel territorio e competenti nelle materie su citate. In particolare, la metodologia ha previsto che in primo luogo sia stato trascritto il valore economico delle prestazioni già previste nel nomenclatore regionale (delle prestazioni specialistiche); poi si è adeguato proporzionalmente il valore economico delle prestazioni non presenti nel nomenclatore vigente tenendo conto del tempo impiegato e del costo dell'operatore che eroga la prestazione, rapportato al tempo impiegato ed al costo dell'operatore che eroga una prestazione affine prevista dal nomenclatore regionale (delle attività specialistiche). A titolo esemplificativo: se per l'erogazione della visita medica (89.7), occorrono mediamente 30 minuti di un medico, il cui valore economico ai sensi del suddetto nomenclatore è pari ad € 18,59, la prestazione infermieristica che impieghi la stessa unità temporale ammonterà al 37% del valore della prestazione medica, sul presupposto che il costo dell'infermiere è pari

al 37% del costo del medico. Si riporta nel box 5 un estratto del nomenclatore riferito ad alcune prestazioni erogate dagli assistenti sociali.

Il risultato come già accennato è un nomenclatore territoriale che contiene circa 100 nuove prestazioni. Questo strumento dovrebbe garantire l'omogeneità e il rispetto di determinati standard di qualità nell'erogazione delle prestazioni e la possibilità di «mappare» successivamente i percorsi assistenziali «reali». Naturalmente occorrerà, ai fini di una corretta implementazione, intervenire anche da un punto di vista informatico collegando tutti gli attuali *software* presenti nel territorio.

### 3. Sviluppi futuri: alcune chiavi di lettura per l'esperienza di avvio della Società della salute

Proponiamo a questo punto alcune possibili chiavi di lettura interpretativa che possano evidenziare fin da ora le criticità e fornire elementi di approfondimento e di analisi utili per lo sviluppo delle sperimentazioni.

### 3.1. Nuovi assetti istituzionali e di *governance* nel territorio

La sanità è un settore estremamente complesso in cui l'innovazione tecnologica, il modificarsi delle patologie e una domanda di salute sempre più articolata determina continui cambiamenti e conseguenti aggiornamenti organizzativi. Gli operatori stessi costantemente faticano ad inseguire il progresso scientifico ed organizzativo. Nella sperimentazione della SdS questo aspetto risulta ancor più complesso perché l'incontro e l'integrazione tra soggetti che sono portatori di interessi generali, ma che non si occupano quotidianamente di gestione della sanità e soggetti che si occupano quotidianamente di gestione della sanità comporta un disallineamento potenziale sul piano conoscitivo tra funzione politica e funzione di gestione. Risulta, quindi, necessario arrivare ad un nuovo bilanciamento tra queste funzioni attraverso uno sforzo della parte «aziendale» nel trasferire conoscenza ed elementi utili al fine di mettere la parte politica nella condizione di poter assumere decisioni consapevoli, ma occorre anche da parte dei politici uno sforzo nell'apprendere e nell'interessarsi della «cosa sanitaria». È da questo bilanciamento che dipende il raggiungimento di una reale integrazione e collaborazione che permetta di costruire un momento decisionale unitario. Gli sforzi menzionati vanno quindi verso la realizzazione di quello che potremmo definire come un «terzo modello istituzionale» in cui trovano spazio nuovi equilibri tra funzione politica e funzione di gestione. Se il disallineamento di cui si è detto sarà ridotto, sarà possibile intanto risolvere anche un'altra criticità e cioè quella che si riferisce alla necessaria costruzione di un senso di appartenenza e di identità del nuovo soggetto. Una volta completato questo *iter* forse anche l'interesse dei soggetti coinvolti aumenterà e maturerà una crescente responsabilizzazione degli organi decisori. Ci sembrerebbe opportuno che questo *iter* si completasse nel periodo di sperimentazione.

La SdS, come già detto, si occuperà di governo della domanda e contribuirà a definire la programmazione dell'offerta. Non si occuperà invece di gestione salvo eccezioni. Non sappiamo se in seguito arriverà a gestire o rimarrà un soggetto con funzioni di

committenza. Del resto esistono nel panorama nazionale (Lombardia) e internazionale (Gran Bretagna) esempi in tal senso. Questo ci pone di fronte ad alcune criticità anche di natura operativa. Innanzitutto, non riusciamo ad inquadrare bene il ruolo e le funzioni del Direttore tecnico. In un consorzio, di norma, sarebbe l'organo deputato alla gestione mentre nel nostro caso si occupa di programmazione elaborando, così prevede lo Statuto, la bozza del PIS (che naturalmente sarà sottoposta al vaglio della Giunta). Inoltre, e qui in certo qual modo riaffiora il suo profilo gestionale, si legge sempre nello Statuto, dovrebbe negoziare, in una posizione per così dire esterna (nelle SdS di Empoli e Valdarno Inferiore i Direttori sono i già Responsabili di Zona-Distretto, ma potrebbero essere anche soggetti esterni) il *budget* (virtuale) con le strutture. A questo punto non si capisce bene dove è, e se c'è, la separazione tra funzione di programmazione e gestione e se c'è una intromissione da parte del Direttore seppur indiretta nella gestione. Ma questo problema ci riporta indietro nel tempo quando agli inizi degli anni 90 il legislatore, con una disposizione (D.L.vo 29/93) che rimane di grande attualità, stabiliva la separazione tra funzione di indirizzo e funzione di gestione. Questo perché si riteneva che l'efficienza, l'economicità e l'efficacia potevano essere raggiunte solo se si erodeva quella commistione che impediva di valutare, di individuare e ripartire in modo corretto le responsabilità. Del resto anche nell'organo di Governo delle SdS sono presenti soggetti che esprimono funzioni di indirizzo (i Sindaci) e soggetti che esprimono istanze manageriali (i direttori generali). Non riteniamo nemmeno vero che le SdS sarebbero delle Conferenze dei sindaci più «ridotte». La Conferenza dei sindaci è composta solo da Sindaci che danno indirizzi e valutano l'operato dell'organo di gestione, il Direttore generale. Nella Giunta della SdS ci sono i Sindaci e il Direttore generale e formalmente diventano corresponsabili dei risultati. Se è vero che la politica si riappropria della sanità è anche vero che il Direttore generale si avvicina sempre di più alle istanze politiche. Ecco che allora nel caso di specie non si comprende quale sia la scelta della Regione Toscana tra continuità con il principio contenuto nel D.L.vo del '93 o inversione di tendenza. Oppure, e qui

lo scenario potrebbe diventare affascinante, se siamo di fronte alla nascita di un nuovo modello istituzionale. Decisivo al riguardo sarà l'affidamento o meno della gestione alle SDS di tutti i servizi territoriali. Si profilano quindi due scenari possibili:

1. Affidamento della gestione dei servizi socio-sanitari territoriali alle SdS. In questo caso i Consorzi, sempre che questa scelta circa il modello giuridico sia confermata, potranno diventare «normali» consorzi ed i ruoli degli organi saranno chiari ma vi sarà una potenziale commistione di funzione di indirizzo e di gestione tra programmazione e produzione. Un vantaggio di questa impostazione tuttavia si può ravvisare nella maggior facilità nell'individuazione delle responsabilità perché in questo caso il soggetto che programma e gestisce è unico e la responsabilità è sua salvo ripartizioni al suo interno.

2. La gestione rimane alla Ausl e le SdS sono solo committenti e le Ausl produttrici. In tal caso le funzioni sembrerebbero divise anche se con le accennate contraddizioni relative alla figura del Direttore tecnico. In questo caso riscontriamo una difficoltà nella configurazione del sistema di responsabilità. A fronte di un risultato negativo dovuto a problemi di inefficienza o ad aumento della domanda chi risponde e in che misura? In pratica potrebbe risultare molto complesso definire le responsabilità perché ognuno degli interlocutori tenderà a difendere la propria posizione. Questo sottolinea ancora di più l'importanza di chiarire quali siano i dati storici di riferimento da cui partire, le azioni e gli obiettivi da perseguire, dal punto di vista della funzione di gestione e da quello della committenza.

Un'ultima questione già accennata, ma che riteniamo di una certa importanza riguarda la «natura» di questo consorzio. A parte il riferimento al D.L.vo 267/00, ci chiediamo se questo soggetto si muova secondo logiche manageriali o secondo logiche più proprie di una «burocrazia pubblica» o rappresenti come già accennato un terzo modello ancora in via di definizione. Ricordiamoci che questa sperimentazione rappresenta al momento un *unicum* nel panorama italiano. Nonostante si applichi la disciplina delle aziende speciali in quanto compatibile, non siamo convinti che

la volontà finora espressa sia quella di replicare l'assetto di una Ausl, soprattutto in ordine al profilo di autonomia di cui questa deve necessariamente dotarsi. Ma anche pensare che il consorzio sia assimilabile ad un ente locale non ci sembra appropriato. Ma allora di che cosa si tratta? Per il momento ancora si tratta più di una innovazione istituzionale che gestionale.

### 3.2. Nuovo rapporto tra p.a. e cittadino

La sperimentazione della SdS, prevedendo un ruolo «più forte» dei Comuni nella programmazione e «domani» forse anche nella gestione del socio-sanitario territoriale, risulta in linea con il principio di sussidiarietà e di decentramento, avvicinando al cittadino e ai suoi problemi l'istituzione a lui più prossima. I Comuni, come istituzioni più vicine ai cittadini, dovrebbero essere quelle maggiormente in grado di definirne i bisogni. Inoltre, con un richiamo forse «ardito» ai principi della legge sul procedimento (241/90 e successive modifiche), ci sembra di poter dire che la sperimentazione possa rappresentarne una interessante estensione prevedendo al tempo stesso la possibilità di superare una logica «autoreferenziale» che talvolta permea enti pubblici e sanità. Infatti, attraverso l'esperienza della SdS si potrebbe realizzare una partecipazione al «procedimento di analisi della domanda e di programmazione socio-sanitaria» di cui forse non esistono altri esempi in Italia. Se osserviamo gli obiettivi della SdS, il più importante di questi è senza dubbio l'elaborazione del PIS. Per la realizzazione di questo innovativo strumento di programmazione, è richiesta una partecipazione che coinvolga organismi che rappresentano prospettive diverse (Consulta del terzo settore; Comitato di partecipazione; Organizzazioni sindacali; Consulta Mmg). Inoltre questa partecipazione, giova ricordarlo, avviene nel processo di programmazione non solo sanitaria ma anche intersettoriale e quindi con riferimento ai problemi ambientali, sociali, economici e di sviluppo. Del resto i principi di fondo della legge 241/90 erano quelli di rendere l'azione amministrativa della p.a. più efficiente, efficace, ed economica attraverso l'individuazione di precise responsabilità, la possibilità



di partecipazione, la possibilità di valutare i risultati.

### 3.3. Tecnostruttura di supporto

#### *Configurazione e composizione*

L'atto più importante che dovrà approvare la Giunta è il PIS. Il PIS rappresenta lo strumento di programmazione integrata che sintetizza istanze di natura sanitaria, sociale, economica ed ambientale. La programmazione integrata richiede un'analisi approfondita a monte dei bisogni della popolazione. Questa analisi presuppone inoltre un approccio integrato ai bisogni dell'utente visto non più come somma di bisogni ma come sintesi unitaria. Per far questo, e se la SdS vuole assumere inizialmente la funzione di committenza, è necessario che sia dotata di una struttura di supporto. Tale struttura ha un compito complesso da assolvere, dovendo avere al contempo una vocazione «interistituzionale» e dovendo intrattenere rapporti non sempre fluidi ma dialettici con le strutture deputate alla produzione. Tutto ciò ne rende assai difficoltosa la costituzione e lo sviluppo.

Longo (2005) propone per superare le difficoltà menzionate uno dei seguenti «accorgimenti»:

- 1) avere un ambito di committenza sufficientemente ampio da potersi garantire una struttura di supporto dedicata;
- 2) utilizzare per più ambiti istituzionali di committenza la stessa tecnostruttura di committenza;
- 3) istituire delle tecnostrutture di supporto con personale proveniente dai diversi enti della rete non dedicato completamente a questa funzione, ma assegnato per parte del proprio tempo a questo compito;
- 4) utilizzare consulenti specializzati esterni acquisiti nei limiti quantitativi necessari.

La soluzione della SDS Valdarno Inferiore riguardo alla propria «tecnostruttura» (che è costituita dallo staff del Direttore tecnico), ma che è anche quella della SdS di Empoli, in realtà non è assimilabile a nessuna di quelle descritte. Infatti, pur avvicinandosi alla soluzione contrassegnata dal n. 3, prevede competenze che non sono dedicate completamente (gli operatori delle strutture territo-

riali della Ausl e dei Comuni, il presidente della Consulta del terzo settore, il Presidente della Consulta dei Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta), ma anche alcune competenze interamente dedicate, che sono quelle che hanno seguito fin dall'inizio il progetto, provengono tutte dallo stesso ente (Ausl 11) e sono state assegnate ad un apposito ufficio (trasversale ad entrambe le sperimentazioni) creato dalla Direzione aziendale. Questa scelta è dovuta anche al fatto che non potendo duplicare funzioni o strutture e non potendo aumentare i costi occorre necessariamente attingere al personale proprio.

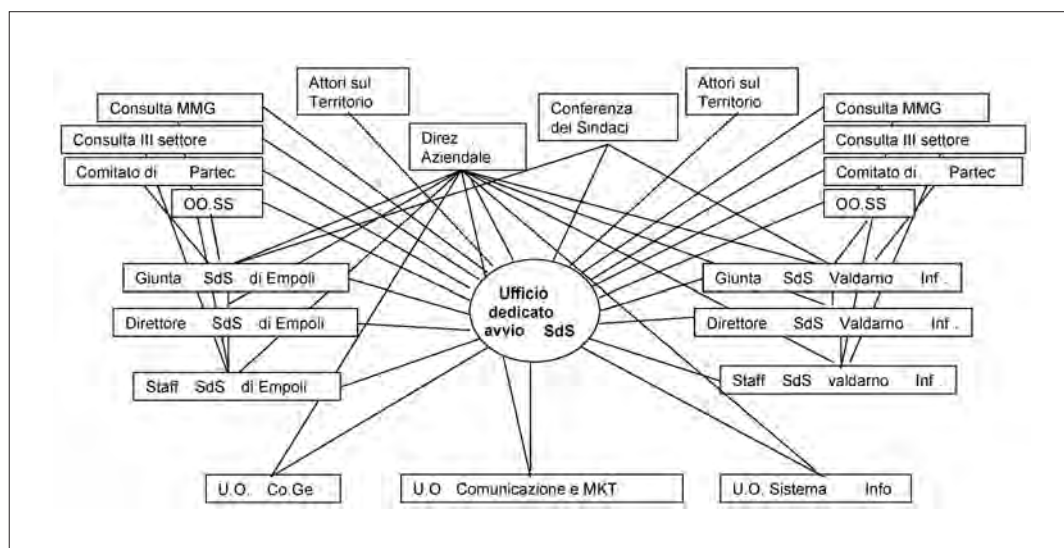
#### *Modelli organizzativi e metodologie di lavoro innovative*

Un'altro aspetto non meno importante riguarda le metodologie di lavoro e la possibilità di mettere a punto nuove modelli organizzativi.

Il primo problema affrontato è stato quello dell'integrazione fra gli operatori assegnati all'ufficio appositamente creato dalla Direzione aziendale per l'avvio e lo sviluppo della SdS. Tale struttura è collocata all'interno dei due staff di direzione delle SdS e svolge una funzione di raccordo e coordinamento che la mette in relazione con numerosi soggetti e strutture che fanno parte degli enti consorziati, ma anche di altri enti od organismi presenti nel territorio che interagiscono tra loro (**figura 1**). Per assolvere a questa funzione occorre pensare a soluzioni organizzative e metodologie di lavoro innovative.

In questo caso ci siamo ispirati a modelli organizzativi «orizzontali», modelli che in via embrionale si potrebbero definire «ad hoc» (Mintzberg, 2000). All'interno dell'ufficio, di cui si è appena accennato, è interessante mettere a fuoco le principali dinamiche relative ai rapporti tra i componenti, alle responsabilità, al momento decisionale e alle modalità di lavoro. Relativamente al primo aspetto si sottolinea come i rapporti gerarchici siano fortemente ridotti, ci sia una forte diffusione e decentramento di responsabilità e condivisione di strumenti e obiettivi. Relativamente al momento decisionale, si segnala che questo viene esercitato non d'autorità ma attraverso un costante e continuo lavoro di gruppo. Con riferimento alle modalità di

Figura 1



lavoro è presente una notevole «flessibilità» che permette un rapido ed efficace adattamento alle esigenze che emergono in corso al progetto. La relazione fra i partecipanti quindi è diretta tra persone, permettendo che spesso si passi per decisioni collegiali in riunione e la posizione di ciascuno emerga in base allo svolgimento della negoziazione interna dove tenderà a prevalere la leadership naturale. Infine anche le competenze presenti all'interno del gruppo sono «competenze orizzontali», di «sistema», non solo sanitarie ma anche amministrative.

Nella fase attuale dove ancora la SdS non gestisce, questi elementi embrionali di innovazione si possono ravvisare sia nel regolamento dello staff del Direttore tecnico della Sds di Empoli che in quello della SdS Valdarno Inferiore, entrambi approvati dalla rispettive Giunte. In quelle sedi vengono riproposte alcune modalità di lavoro che abbiamo descritto in precedenza anche se la composizione dello staff di direzione di ogni SdS è molto ampia dal momento che ne fanno parte anche i responsabili dei servizi sociali dei Comuni, i responsabili delle strutture territoriali della Ausl, la Consulta del terzo settore e la Consulta dei Mmg e PLS. Lo staff del Direttore tecnico potrebbe quindi rappresentare un «laboratorio» dove sperimentare modi di lavoro fortemente flessibili che, privilegiando un momento di sintesi e di raccordo e valorizzando le competenze specialistiche delle strutture già presenti, desidera realiz-

zare il luogo ideale deputato all'integrazione intersettoriale e interistituzionale.

#### 4. Conclusioni

Da quanto detto in precedenza, risulta evidente che la possibilità di orientare il consumo di prestazioni sanitarie e sociali in maniera adeguata ai bisogni della popolazione è riposta nella capacità della SdS, anche in coerenza a quanto affermato dal Psr 2005-2007<sup>30</sup>, di programmare, che in questo caso significa coniugare la funzione di committenza con la funzione di produzione delle attività socio sanitarie territoriali. La SdS tuttavia nasce in un contesto nel quale la capacità di programmazione è storicamente «poco sviluppata» dal momento che gli strumenti esistenti a livello territoriale come ad esempio il Piano attuativo locale (Piano strategico aziendale), che avrebbe dovuto essere lo strumento di pianificazione e programmazione delle Ausl, raramente sono risultati efficaci. Ciò è dovuto principalmente alla modalità con la quale si forma la domanda, che è principalmente determinata dall'offerta, come è ormai noto nel mondo scientifico e dimostrato anche da una ricerca inglese (Stefanini, 1998), secondo la quale i cittadini sono d'accordo con l'affermazione: «i servizi per malattie mentali sono importanti quanto quelli per malattie fisiche, ma poi, alla richiesta di elencare i servizi in ordine di priorità, la maggioranza della popolazione assegna ai servizi di igiene

mentale solo il decimo posto». Dal momento che la funzione di produzione è in grado di orientare una parte consistente della domanda, non è necessaria una programmazione finalizzata a rispondere ai bisogni dei cittadini, ma può essere «sufficiente» organizzare al meglio la funzione di produzione con le risorse disponibili ed adattarla a sostenere la competizione con le altre Aziende che operano nel settore sanità.

Questo equilibrio tuttavia è andato in crisi quando le risorse disponibili non sono più riuscite a contenere la dimensione della domanda, dovuta principalmente all'invecchiamento della popolazione. L'aumento della domanda in parte è stata assorbita dalla funzione di produzione, in parte ha alimentato liste di attesa sempre più lunghe o deficit delle aziende sanitarie sempre più consistenti.

L'evidenza di questi fenomeni ci è apparsa chiara, quando, a fronte dell'esplicitazione da parte della Medicina generale, in una riunione dello staff di direzione di una delle due SdS, dell'aumento della domanda di cittadini affetti da malattie cronico degenerative, non abbiamo trovato corrispondenza nei dati epidemiologici a nostra disposizione, contenuti nel profilo di salute.

L'analisi epidemiologica infatti risente ancora di un'organizzazione dei flussi informativi funzionali a rendicontare le prestazioni sanitarie di ricoveri, prestazioni specialistiche, farmaci (funzione di produzione). Questi dati, non essendo ad esempio collegati ad un registro per patologie degli utenti gestito dalla Medicina generale, non permettono di comprendere la dimensione del fenomeno delle malattie cronico degenerative. La stessa cosa potremmo dire per altri fenomeni emergenti come il disagio psicologico, o per la relazione fra malattie cardiovascolari e status sociale, a dimostrazione del fatto che la funzione di produzione non è riuscita a dotarsi di strumenti utili per il governo della domanda.

In un contesto generale di risorse sempre più limitate e bisogni crescenti, la programmazione dovrebbe quindi arrivare a definire le priorità socio sanitarie sulla base di evidenze epidemiologiche, utilizzando come strumenti il *budget* virtuale e il profilo di salute, che trovano spazio nel PIS e il Contratto di servizio dove dovrebbe essere esplicitata la richiesta, in termini di volumi, delle pre-

stazioni funzionali al bisogno della cittadinanza.

Nella realtà attuale ancora non avviene proprio così. Longo (2005) sostiene che le istituzioni pubbliche in genere definiscono spesso le priorità implicitamente ed aggiunge che: «laddove la funzione di committenza è sufficientemente esplicita (scelta delle priorità), l'interesse pubblico è sufficientemente presidiato ed è meno rilevante chi produce le prestazioni, mentre, qualora l'interesse pubblico non sia esplicitato dalla funzione di committenza, diventa determinante ai fini dell'interesse pubblico il controllo della funzione di produzione, dove vengono fatte implicitamente le scelte». In quest'ultimo caso la funzione di produzione può rischiare di definire le priorità sulla base di alcune variabili quali:

- l'interesse dei dipendenti;
- l'esigenze di consenso per strati di popolazione;
- l'aumento della distanza e del disinteresse dei cittadini dalla politica e dalle istituzioni;
- lo scarso sviluppo degli strumenti informativi e di pianificazione;
- il modesto incremento dell'efficienza a causa di un'organizzazione più attenta alla *conformance* che alla performance;
- la prevalenza degli interessi privati delle multinazionali del farmaco o delle apparecchiature elettromedicali sull'interesse pubblico;
- la prevalenza della dimensione tecnica, rispetto alla dimensione interpersonale ed al comfort nella qualità della prestazione.

Possiamo dedurre l'estensione di questo fenomeno da atti di programmazione dove talvolta la rappresentazione degli interessi è troppo generica ed in quanto tale incapace di operare la necessaria selezione delle priorità; dove non si individuano gli strumenti di analisi dei bisogni della popolazione, dove non si correlano i consumi con le risorse disponibili e con il contesto ambientale.

La scelta delle priorità da parte della funzione di committenza può essere particolarmente onerosa in termini di consenso sociale. Laddove la funzione di committenza ha esplicitato le priorità in Oregon, determinate prevalentemente dalla limitatezza delle

risorse, questo ha determinato notevoli conflitti sociali, mentre in altri Paesi i conflitti sono stati gestiti da una rigorosa scelta delle priorità secondo principi e procedure rigorosamente etiche (Svezia), in cui criteri come ad es. lesioni auto-inflette, possibilità economiche o posizione sociale non devono assolutamente influenzare la scelta e secondo il principio che le risorse vanno allocate in base al bisogno e non alla domanda di chi più riesce a farsi sentire».

La *mission* della Società della salute di governare la domanda presuppone la definizione delle priorità sulla base di evidenze che, correlate ai determinanti di salute ed alle risorse, permettano di esplicitare l'interesse pubblico e quindi di flessibilizzare le risorse disponibili in funzione degli obiettivi che derivano dalle priorità. È un compito difficile, che necessita di un adeguato consenso della società civile e dei rappresentanti istituzionali (Sindaci), che necessita di un'inevitabile gradualità e di una fase sperimentale. Quella che possiamo rilevare in questa fase è ancora una linea di tendenza, ad esempio: fino a ieri il Direttore generale dell'Ausl presentava il Bilancio della sua azienda sanitaria alla conferenza dei sindaci, organizzato per fattori produttivi (personale – beni e servizi – ecc.), dove la capacità di comprensione di un politico può risultare ridotta; oggi il *budget* è presentato alla Giunta della Società della salute, dove i costi ed i ricavi sono organizzati per livello di assistenza e quindi la parte politica può comprendere che la maggiore spesa dei farmaci può aver ridotto le risorse per l'assistenza domiciliare e può far comprendere ai propri cittadini che un uso più appropriato di farmaci potrà favorire le persone più bisognose di assistenza.

Queste affermazioni ci conducono alle ultime considerazioni. Una prima non può fare a meno di riportare l'attenzione sull'esigenza sempre più pressante e che deriva da uno scenario in cui le risorse sono limitate, di riuscire, attraverso strumenti innovativi (*budget* virtuale organizzato per LEA, Piano integrato di salute, Contratto di servizio), a definire, a giustificare e ad esplicitare adeguatamente le scelte strategiche intraprese. Un'ultima, da non sottovalutare, che qui desideriamo al momento solo accennare, riprende in considerazione alcune informazioni contenute nel box 4. dove i costi relativi ai livelli della

Convenzione medicina nazionale, Assistenza farmaceutica, Assistenza specialistica e diagnostica rappresentano circa il 70% del totale dei costi del *budget* virtuale della SdS di Empoli.

Questi livelli di assistenza sono erogati prevalentemente da professionisti convenzionati o da specialisti ospedalieri, che effettuano le prestazioni, ma che intervengono anche sulla domanda attraverso le prescrizioni.

Questa duplice funzione determina nella SdS la necessità di svolgere la funzione di committenza, non solo esplicitando, per quanto possibile, l'interesse pubblico, ma anche attraverso il governo o la gestione dell'attività territoriale nei luoghi dove la domanda si forma e si può orientare.

## Note

1. La L. reg. 22/00 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale) prima ancora della L. reg. 40/05 (Disciplina del Servizio sanitario regionale), enfatizzava il ruolo del Distretto prevedendo all'art. 56 che il Distretto fosse costituito al fine di:
  - a) assicurare il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
  - b) assicurare la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari;
  - c) assicurare la gestione integrata, sanitaria e sociale dei servizi, accedendo alle diverse fonti di risorse del Servizio sanitario nazionale, dei Comuni e della solidarietà locale;
  - d) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
  - e) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente assicurate dal Servizio sanitario regionale;
  - f) garantire la fruizione dei servizi prodotti dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri presidi, assicurando in particolare l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri;
  - g) favorire l'attivazione e l'attuazione dei protocolli diagnostico terapeutici e riabilitativi adottati dall'Azienda.
2. In Toscana esistevano due livelli locali di governo: La Zona e il Distretto. Il Psr 2002-2004 ha unificato le Zone e i Distretti prevedendo un unico livello locale denominato «Zona-Distretto». Tale espressione, da un punto di vista istituzionale, equivale alla dizione «Distretto» presente nella legislazione nazionale.
3. Psr 2002-2004, 2.2.7.2 Le Società della salute sono società miste senza scopo di lucro in cui la presenza delle Aziende sanitarie garantisce l'unitarietà del sistema sanitario, e la presenza dei Comuni assicura la rappresentanza delle comunità locali, l'integrazione

tra il settore sociale e sanitario e la condivisione di obiettivi di salute da perseguire con interventi integrati.

4. L.R.T. n. 40/05 art. 65 c. II: «Le Società della salute assicurano, anche in deroga alle disposizioni della presente legge, la partecipazione degli enti locali al governo, alla programmazione e, eventualmente, alla gestione dei servizi».

5. Psr 2002-2004, 2.2.7.2.

6. La Del. C.R. della Toscana n. 155 del 24 settembre 2003 (Atto di indirizzo per l'avvio della sperimentazione della Società della salute), le cui indicazioni erano prescrittive ai fini di ottenere l'autorizzazione per la sperimentazione, prevede che l'Organo di governo sia composto: per i Comuni, dai sindaci o assessori delegati, competenti nelle materie trasferite alla SdS; per le Aziende sanitarie, dal Direttore generale dell'Azienda unita sanitaria locale competente. Non si prevede la possibilità di delega a soggetti diversi dai precedenti. L'Organo di governo nomina al proprio interno un Presidente tra i rappresentanti dei Comuni.

L'Organo di governo:

a) approva i bilanci della SdS;

b) nomina il Collegio dei revisori dei conti;

c) nomina il Direttore della SdS;

d) approva il contratto di servizio della SdS;

e) definisce gli indirizzi per la predisposizione del Piano integrato di salute;

f) approva il Piano integrato di salute ed i *budget*;

g) approva la relazione annuale della SdS;

h) approva i regolamenti interni relativi a:

– organizzazione e funzionamento della SdS;

– modalità di attivazione e svolgimento del tavolo di concertazione locale;

– modalità di costituzione e funzionamento degli organismi di consultazione e di partecipazione.

In coerenza con quanto stabilito dalla convenzione e dallo Statuto, delibera in materia di:

i) convenzioni con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici ambulatoriali;

l) regolamenti sull'accesso e la pubblicità degli atti e la tutela dei dati personali;

m) criteri per la rilevazione e per il controllo della domanda di farmaci e di prestazioni assistenziali di base;

n) standard di qualità e di rapporto costo/efficacia dei servizi e delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, private e private-*no profit*.

Lo statuto disciplina le competenze del Presidente.

7. Artt. 20-21 Statuto SdS di Empoli; artt. 14 Statuto SdS Valdarno Inferiore.

8. La Del. C.R. della Toscana n. 155 del 24 settembre 2003 (Atto di indirizzo per l'avvio della sperimentazione della Società della salute), le cui indicazioni erano prescrittive ai fini di ottenere l'autorizzazione per la sperimentazione, prevede che il Direttore sia nominato dalla Giunta e debba essere in possesso dei seguenti requisiti: possesso del titolo di laurea, esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali presso organismi ed enti pubblici o privati o azienda e strutture pubbliche o private, ovvero deve aver ricoperto per almeno un biennio incarichi di responsabile di zona o respon-

sabile di distretto presso un'Azienda unita sanitaria locale.

Il Direttore è titolare delle funzioni direzionali attribuite dalla normativa vigente al Responsabile di Zona-distretto ed ai dirigenti comunali competenti in materia per quanto riguarda le competenze di coordinamento, elaborazione di piani, programmi e indirizzi operativi, controllo, negoziazione ed autorizzazione dei *budget* delle strutture organizzative, responsabilità dell'attuazione dei provvedimenti assunti dalla SdS.

Inoltre il Direttore:

– predisporre il Piano integrato di salute;

– predisporre lo schema della relazione annuale della Società della salute di Empoli;

– predisporre gli altri atti di competenza della Giunta;

– assume tutti i provvedimenti di attuazione delle deliberazioni della Giunta e quelli di gestione della SdS.

Il Direttore, per lo svolgimento dei propri compiti, è coadiuvato da uno staff di Direzione.

9. Il Collegio sindacale svolge la sua attività conformemente alle norme previste dal codice civile.

10. La Del. n. 155 del 24 settembre 2003 concernente: Atto di indirizzo per l'avvio della sperimentazione delle Società della salute ha previsto che l'ambito territoriale della Società della salute sia di norma quello della Zona-distretto.

11. Lunigiana, Az. Usl 1; Valdinievole, Az. Usl 3; Pratese, Az. Usl 4; Alta Val di Cecina, Az. Usl 5; Val D'Era, Az. Usl 5; Pisana, Az. Usl 5; Bassa Val Cecina, Az. Usl 6; Val di Cornia, Az. Usl 6; Val di Chiana Senese, Az. Usl 7; Casentino, Az. Usl 8; Valdarno, Az. Usl 8; Colline Metallifere, Az. Usl 9; Amiata Grossetana, Az. Usl 9; Firenze, Az. Usl 10; Firenze Nord-Ovest, Az. Usl 10; Firenze Sud-Est, Usl 10; Mugello, Az. Usl 10; Empolese, Az. Usl 11; Valdarno Inferiore, Az. Usl 11.

12. Si è costituita il 30 dicembre 2004; il capitale iniziale è di euro 100.000 di cui il 40% è stato conferito dalla Ausl 11 e il 60% dai Comuni secondo quote percentuali che tengono conto del *criterio* del numero di abitanti (Capraia e Limite 2,2%, Castelfiorentino 6,4%, Cerreto Guidi 3,6%, Certaldo 5,9%, Empoli 17,1%, Fucecchio 8,1%, Gambassi Terme 1,8%, Montatone 1,3%, Montelupo 4,2%, Montespertoli 4,3%, Vinci 5,2%, Ausl 40%). Tutti i Comuni ad eccezione del Comune di Fucecchio hanno delegato la gestione dei servizi c.d. «Socio-assistenziali» alla Ausl. La durata del consorzio è stata fissata in 20 anni.

13. Si è costituita il 18 gennaio 2005; il capitale iniziale è di euro 15.000 secondo quote percentuali uguali per tutti gli aderenti (Castelfranco 20%, Montopoli 20%, Santa Croce sull'Arno 20%, San Miniato 20%, Ausl 20%). I 4 Comuni hanno una gestione unitaria non delegata dei servizi sociali. La durata del consorzio è stata fissata in 2 anni.

14. La Convenzione e lo Statuto (oltre alla normativa, alla rassegna stampa, alle iniziative, alle deliberazioni e a tutti i principali atti e documenti etc.) della SdS di Empoli e della SdS Valdarno Inferiore possono essere consultati all'indirizzo: [http://www.usl11.tos.it/sds/sds\\_empoli0.php](http://www.usl11.tos.it/sds/sds_empoli0.php) e all'indirizzo: [http://www.usl11.tos.it/sds/sds\\_valdarno0.php](http://www.usl11.tos.it/sds/sds_valdarno0.php).

15. I Comuni della Zona empolesse-Valdelsa, il Comune di Fucecchio e l'Azienda Usl 11 di Empoli avevano attivato un percorso finalizzato alla costituzione di un unico soggetto per la gestione in forma associata dei servizi socio-assistenziali e sociosanitari, nella forma di una società consortile. Senonché, con l'entrata in vigore del Piano sanitario regionale 2002-2004 che prevede la sperimentazione della «Società della salute», quale soggetto di programmazione dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari territoriali, queste Amministrazioni hanno ritenuto opportuno non procedere alla realizzazione dell'Azienda sociale, nell'ottica di far confluire all'interno della stessa Società della salute detta modalità associata di gestione.
16. Artt. 15-19 Statuto SdS di Empoli; artt. 10-14 Statuto SdS Valdarno Inferiore.
17. Artt. 22-25 Statuto SdS di Empoli; artt. 16-19 Statuto SdS Valdarno Inferiore.
18. La Del. n. 155 del 24 settembre 2003 concernente: Atto di indirizzo per l'avvio della sperimentazione delle Società della salute ha previsto che la durata della sperimentazione sia di 2 anni.
19. Artt. 24 co. 4,5 Statuto SdS di Empoli; artt. 18 co. 3,4 Statuto SdS Valdarno Inferiore.
20. Artt. 27-29 Statuto SdS di Empoli; artt. 21-23 Statuto SdS Valdarno Inferiore.
21. Artt. 30-32 Statuto SdS di Empoli; artt. 24-26 Statuto SdS Valdarno Inferiore.
22. La Consulta della medicina generale (Mmg - PLS) è istituita ai sensi degli artt. 33 e 34 dello Statuto della SdS di Empoli e artt. 27 e 28 dello Statuto della SdS Valdarno Inferiore, e, rappresentando la realtà della Medicina generale, ha la funzione di fornire pareri ed elaborare proposte ed indicazioni alla Giunta per orientare la programmazione delle prestazioni e contribuire alla formulazione del Piano integrato di salute.
23. Art. 8 co 2. Statuto SdS di Empoli. Per i servizi governati dalla Società della salute di Empoli la cui gestione rimane ai soci, la responsabilità del Consorzio si esprime nella definizione del *budget* virtuale che è costituito da risorse che restano dei soci e delle conseguenti procedure di negoziazione che costituiscono vincolo ai *budget* delle diverse strutture organizzative. Il *budget* è definito sulla base dei costi storici rilevati delle attività e la responsabilità di eventuali squilibri andranno riportati al livello di collocazione del *budget* i cui obiettivi non sono stati rispettati ed in corrispondenza del livello decisionale che ha indotto tale sfioramento.
24. Per costruire lo schema dei costi della SdS di Empoli si è fatto riferimento al modello di assorbimento dei costi per livello di assistenza trasmesso al Ministero della salute (D.P.C.M. del 29 novembre 2001 «Definizione dei Livelli essenziali di assistenza») per l'anno 2003. Ciascun livello assistenziale è la risultante del totale dei costi sostenuti per l'intero processo di erogazione delle rispettive prestazioni: costi diretti ad esso attribuiti, costi della struttura amministrativa che li gestisce direttamente, quota del supporto amministrativo generico e dei costi generali aziendali «ribaltati».
25. Per il calcolo delle risorse da attribuire alle due Società della salute sono stati seguiti i criteri definiti nel Piano sanitario della Regione Toscana 2002-2004 per la distribuzione alle Ausl del Fondo sanitario. (Composizione % del Fondo: Prevenzione 5%; Assistenza territoriale 52% di cui Convenzioni mediche nazionali 6%, Farmaceutica 14%, Assistenza residenziale anziani 3,50, Assistenza distrettuale e domiciliare 6%, Riabilitazione 3%, Specialistica e diagnostica 13,50%, Salute mentale 4,50% e Dipendenze 1,50%; Assistenza in regime di ricovero ospedaliero 43%). Per i tre livelli di assistenza (Prevenzione, Assistenza territoriale ed Assistenza in regime di ricovero ospedaliero) sono stati raggruppati tutti i ricavi risultanti dal Bilancio di esercizio 2003 della Ausl 11 in sei conti (Fondo sanitario regionale; Proventi e ricavi diversi; Concorsi, recuperi ed attività tipiche; Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie; Costi capitalizzati; Proventi straordinari) che contribuiscono a formare il valore della produzione della Ausl, così come previsto dagli schemi ministeriali del bilancio. Per ogni raggruppamento sono state esaminate le singole voci al fine di attribuirle correttamente ai singoli livelli, il criterio utilizzato nella distribuzione è quello della percentuale della popolazione pesata.
26. Questo perché la del. G.R.T. n 682 del 12 luglio 2004 concernente «Linee guida per la realizzazione dei piani integrati di salute», prevede che l'avvio del processo di realizzazione del Piano integrato di salute sia determinato da un atto deliberativo della Giunta della SDS, contenente gli indirizzi per la predisposizione del PIS e una ipotesi di massima delle risorse messe a disposizione per la sua realizzazione.
27. Art. 18 dello Statuto della SdS di Empoli.
28. Nel contratto di servizio sono fornite anche prime indicazioni circa l'allocazione delle risorse, di cui alla del. G.R. n. 298 del 21 febbraio 2002, destinate alla copertura delle spese di impianto della Società della salute di Empoli.
29. L'ambito territoriale della Società della salute è di norma quello della Zona-distretto. Il Comune di Fucecchio appartiene alla Zona- Distretto del Valdarno Inferiore (la Ausl 11 ha due Zona-Distretto: a) Zona-Distretto Empoiese Valdelsa; b) Zona-Distretto Valdarno Inferiore), ma ha deciso di aderire alla Società della salute di Empoli.
30. Il Nuovo piano sanitario della Regione Toscana 2005-2007 afferma
31. che: «il sistema sanitario si fonda sul principio della programmazione, inteso come relazione fra offerta e domanda valutata, come integrazione intersettoriale, come sviluppo di un sistema a rete dei servizi teso a coniugare qualità ed economicità dei processi assistenziali, come terreno di valorizzazione del ruolo della comunità e delle sue rappresentanze istituzionali». In un'altra parte sempre il Psr afferma
32. che: «la natura stessa della domanda, sotto la spinta agguerrita dell'industria del settore, si modifica in modo non necessariamente appropriato verso soluzioni più complesse a più alto costo, ma non per questo più efficaci». Infine, nella parte finale del capitolo, afferma: «occorre soddisfare gli interessi e diritti individuali, attraverso la forza degli obiettivi della comunità» animando di fatto: «una sfida alla innegabile forza del mercato, una sfida alla capacità di partecipazione e responsabilità del mondo delle professioni, ma anche e soprattutto una sfida alle Comunità locali».

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

- DEL VECCHIO M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione», *Mecosan*, 14.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Le Aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.
- LONGO F. (2000), *Servizi sociali: assetti istituzionali e forma di gestione*, Egea Milano.
- MINTZBERG H. (2000), *La progettazione dell'organizzazione Aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- STEFANINI A. (1998), «Criteri e soggetti delle scelte nella allocazione delle risorse in sanità. Teoria, pratica ed esperienze straniere», in M. Geddes, G. Berlinguer (a cura di), *La Salute in Italia. Rapporto 1998*, Ediesse, Roma, pp. 179-206.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

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

### Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

#### Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

#### Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

#### Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

#### Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

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

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



# Logiche e strumenti di committenza interna: i Programmi aziendali nell'Ausl di Cesena

FRANCESCO LONGO, MICHELE SANZA, SILVIA MAMBELLI

*This article describes the experience of Programme Management introduced into the Azienda USL of Cesena between 2003 and 2005. A system of technical directions, hierarchally linked to the general management, has been identified on the criteria of different target populations with specific sanitary risks. Those Directions were aimed at enhancing the epidemiological analysis of needs as foundation for clinical organizational addresses and resource allocation decisions in all the fields involved. The institution of those specific centres of responsibility, of internal commissioning, has had a great influence on the progressive development of clinical governance system in the AUSL of Cesena. Positive results and limits of this experience are critically presented and discussed by the authors.*

## Note sugli autori

Francesco Longo è Professore associato di Economia delle Pubbliche Amministrazioni presso l'Università L. Bocconi di Milano, Michele Sanza è Direttore Sanitario dell'Azienda USL di Cesena, Silvia Mambelli lavora presso la Direzione Servizio Infermieristica e Tecnica dell'Ospedale Bufalini - AUSL di Cesena

## 1. Introduzione

L'introduzione delle funzioni di committenza «interne» è una caratteristica specifica di alcuni sistemi sanitari pubblici che non hanno applicato il modello della definitiva separazione tra soggetti produttori e soggetti acquirenti delle prestazioni sanitarie, quanto, piuttosto, hanno teso all'attivazione di una dinamica tutta interna al servizio pubblico. In questo modello, i tensori del sistema fanno capo alla definizione di aree di responsabilità differenziate, le une implicate con la programmazione dello sviluppo dei servizi; le altre con la gestione del sistema di produzione.

L'istituzione di centri di responsabilità di tipo professionale con esclusive competenze di pianificazione dei consumi e di progettazione dei servizi, distinti dalle unità di produzione dell'Azienda sanitaria, è un approccio ormai consolidato nello sviluppo organizzativo delle Ausl dell'Emilia-Romagna. In questa Regione, il rafforzamento delle funzioni di committenza, cui ha dato un forte impulso il Piano sanitario regionale 1999-2001, e la tensione maturata negli anni successivi verso il sistema del governo clinico, hanno favorito la ricerca di soluzioni organizzative in grado di soddisfare le inedite esigenze di governo che ne sono derivate.

Nelle aziende sanitarie pubbliche, l'introduzione e, dove già presenti, il potenziamento delle funzioni di committenza interne, costituisce un'esigenza connessa sia con lo sviluppo del governo clinico che con la definizione delle priorità e delle relative decisioni di tipo allocativo. In particolare, nella complessa architettura organizzativa delle aziende sanitarie, tali funzioni rispondono al

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'esperienza dei Programmi nell'Ausl di Cesena
3. Le relazioni delle Direzioni dei Programmi all'interno dell'Azienda
4. Successi e difficoltà attuative

fabbisogno di orientare la programmazione in relazione alle condizioni demografiche, agli specifici bisogni di assistenza della popolazione e alla verifica di appropriatezza delle prestazioni offerte.

Un possibile modo di introdurre la funzione di committenza interna è l'istituzione di responsabilità di *programma*, identificate per *target* di popolazione ed omogeneità delle caratteristiche di produzione. Le funzioni svolte prioritariamente dai Programmi riguardano:

- 1) l'analisi del quadro epidemiologico di riferimento e la valutazione dei *gap* di offerta rispetto ai bisogni emergenti;
- 2) la progettazione e lo sviluppo dei percorsi terapeutici;
- 3) la definizione degli strumenti di valutazione degli interventi resi.

Dal punto di vista organizzativo i *Programmi* avendo un elevato contenuto professionale, sono posti direttamente in staff alla Direzione sanitaria.

Queste competenze si differenziano dalle funzioni di produzione, assegnate alle responsabilità di governo clinico dei Dipartimenti, stabilendo una relazione dialettica e propositiva tesa ad orientare le modalità e le priorità di accesso ai servizi coerentemente con gli obiettivi aziendali.

Tale scelta, che come tutti gli indirizzi organizzativi non costituisce affatto un percorso obbligato, appare opportuna in relazione ad alcune caratteristiche del quadro di sistema in cui insiste l'Azienda sanitaria, ed in particolare a:

- 1) le caratteristiche epidemiologiche e demografiche della popolazione del bacino d'utenza;
- 2) le esigenze individuate dalla pianificazione strategica;
- 3) il grado di maturazione dell'organizzazione dipartimentale.

Più specificamente, valide ragioni per definire responsabilità di programma possono essere:

- 1) l'esistenza di dinamiche di rapida evoluzione demografica e di disomogeneità del contesto territoriale relativamente ad una

specifico popolazione bersaglio. Ad esempio, i fenomeni dell'invecchiamento della popolazione, ovviamente ubiquitari, si accompagnano a specifiche dinamiche locali legate all'immigrazione e al diverso tasso di natalità, che alimentano la necessità di interpretare finemente i bisogni in campo sanitario;

- 2) strategie aziendali che pongono in primo piano l'esigenza del riorientamento dell'offerta dei servizi e, in particolare, del bilancio tra strutture ospedaliere e strutture territoriali nell'arco del medio periodo;

- 3) infine, il grado di maturazione dell'organizzazione dipartimentale è piuttosto una condizione limitante, nel senso che, solo in un contesto in cui i Dipartimenti abbiano affermato il proprio ruolo nella gestione delle linee di produzione e assolvano le funzioni di programmazione nel contesto delle dinamiche budgetarie, è possibile dare concretezza ai Programmi.

È utile analizzare le distinte competenze in tema di logiche di pianificazione tra Direzione generale o strategica, Programmi, Dipartimenti e Distretti della committenza, pur essendo consapevoli dell'unitarietà dell'Azienda e dei suoi processi di funzionamento.

La Direzione generale o strategica ha il compito di governare complessivamente l'Azienda e quindi di definirne le strategie.

La programmazione dell'uso delle risorse assegnate e la microprogettazione dei servizi è di responsabilità dei Dipartimenti.

L'indagine dei fabbisogni epidemiologici e dei correlati *gap* di consumi sanitari è compito dei Programmi, i quali, in posizione di staff e consulenza alla Direzione strategica e alla funzione di committenza, possono anche suggerire *target* prioritari e logiche di selezione degli utenti. A questo proposito, i Programmi possono anche indicare alle unità operative (soprattutto quando sono interdipartimentali) i percorsi diagnostico-terapeutici più efficaci da seguire. Ai Programmi spetta anche il compito di disegnare il sistema di monitoraggio degli impatti sulla epidemiologia e sui consumi sanitari delle politiche adottate.

I Distretti della committenza, in dialettica con la Direzione generale, dovrebbero

definire le priorità delle politiche sanitarie, individuando i *target* prioritari e le macro-allocazioni delle risorse, alla luce delle analisi elaborate dai Programmi (figura 1).

Il confine tra molte delle funzioni indicate e assegnate precisamente a distinte parti dell'azienda (Direzione generale, Programmi, Dipartimenti, Distretti della committenza) sono in realtà estremamente labili e non sempre chiaramente identificabili. Questo porterà sicuramente a situazioni di sovrapposizione, oppure di esercizio da parte di una componente aziendale di funzioni teoricamente previste per l'altra o, talvolta, a dei vuoti.

Inoltre, essendo molte di queste funzioni innovative e di indubbia complessità attuativa, non è difficile prevedere che qualche contenuto previsto e assegnato ad una distinta unità operativa possa essere debolmente attuato o addirittura rimanere solo nelle intenzioni. Crediamo che questo faccia parte della fisiologia del processo di cambiamento ed evoluzione aziendale.

## 2. L'esperienza dei Programmi nell'Ausl di Cesena

I Programmi sono stati inseriti nell'organizzazione dell'Ausl di Cesena fin dall'adozione dell'Atto aziendale nel 2001, che prevedeva l'istituzione di Centri di responsabilità, di processo e di programma<sup>1</sup>.

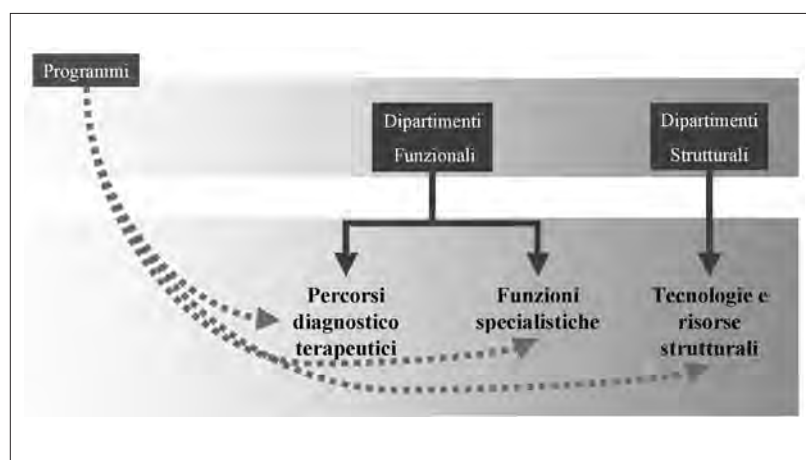
Di fatto però, fino al 2003, erano state attivate esclusivamente quelle funzioni individuate dalla Regione Emilia-Romagna, in particolare il *Programma materno-infantile* ed il *Programma dipendenze patologiche*. Nel 2003 sono stati istituiti gli altri Programmi, legati alla *mission* aziendale e agli obiettivi strategici. Nel frattempo, lo sviluppo dei Dipartimenti aveva consolidato il ruolo di governo sulla Programmazione e la Direzione strategica aveva accentuato la necessità di differenziare le priorità degli interventi sanitari in base all'analisi del quadro epidemiologico. I Programmi sono stati istituiti in aree particolarmente critiche dell'assistenza, o per dare impulso allo sviluppo organizzativo di settori in cui occorreva modificare i livelli di integrazione e di responsabilità per migliorare la qualità dei servizi resi.

I Programmi, in quanto staff della Direzione sanitaria, integrano direttamente le funzioni di responsabilità sul governo clinico della Direzione strategica e costituiscono parte integrante e fondamentale per la pianificazione delle azioni dell'Ausl in definiti ambiti epidemiologici.

Durante il primo anno, 2003, è stata realizzata una esplorazione sistematica delle modalità di lavoro e delle finalità di tutte le posizioni di lavoro e delle finalità di tutte le posizioni di programma, al fine di riorganizzarne le funzioni secondo un disegno di unica afferenza alla Direzione sanitaria. Nel corso del 2004 questo modello è stato portato a compimento attraverso la identificazione delle relazioni che le Direzioni dei Programmi istituiscono con la Direzione strategica (da cui dipendono direttamente), le Direzioni distrettuali (area della Committenza aziendale), e le Direzioni dei dipartimenti (area del governo clinico).

L'Atto aziendale ha posto al centro della missione dei Programmi il contributo alla pianificazione strategica dei servizi dedicati a specifiche popolazioni *target* e/o problemi di salute, nonché la definizione di criteri per la valutazione degli esiti degli interventi terapeutici e di promozione dello stato di salute delle stesse popolazioni. Pertanto, le responsabilità assegnate alle Direzioni dei Programmi riguardano primariamente la realizzazione delle condizioni di equità nell'accesso alle opportunità di cura e di riabilitazione per la popolazione dei residenti nel territorio dell'Ausl di Cesena. Le aree di responsabilità delle Direzioni dei Programmi

Figura 1



si riconducono sinteticamente a tre fondamentali dimensioni.

1) *L'equità delle condizioni di accesso* alle opportunità di cura di tutto il territorio aziendale. L'analisi dei meccanismi di accesso esistenti potrà essere condotta attraverso strumenti di raccolta di informazioni (*focus group* di cittadini, ...) e la relazione attiva con la committenza e i vari nodi della rete ospedale/territorio.

2) *L'innovazione dei processi di intervento* in base all'analisi dei bisogni assistenziali prevalenti in aree di intervento omogenee. La costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) si connota come lo strumento in grado di rispondere ai bisogni individuati attraverso l'indagine epidemiologica della popolazione di riferimento. La costruzione di PDTA richiede uno scambio preventivo di conoscenze e competenze attraverso incontri/riunioni interni e/o scambio di professionisti esterni.

3) *La valutazione della qualità* delle prestazioni e dell'efficienza dei relativi processi. Si basa prevalentemente su due *set* di indicatori:

- a) indicatori di *outcome*, volti alla misurazione dello stato di salute della popolazione;
- b) indicatori volti al monitoraggio dell'efficacia dei risultati di salute e dell'efficienza organizzativa del PDTA.

Nella **tabella 1**, vengono sintetizzati gli obiettivi e le attività principali comuni alle Direzioni dei Programmi.

### 3. Le relazioni delle Direzioni dei Programmi all'interno dell'Azienda

Le Direzioni dei Programmi interagiscono principalmente con le seguenti articolazioni aziendali:

*Direzione strategica* – Area della pianificazione strategica; afferiscono alla Direzione sanitaria in funzione di staff con compiti di sostegno alla pianificazione strategica e alle scelte allocative in base all'analisi epidemiologica e alla valutazione di efficacia degli interventi. Rappresentano la Direzione nelle relazioni con il volontariato e le altre istituzioni pubbliche e private rilevanti per la popolazione di riferimento.

*Distretti* – Area della committenza; i Programmi contribuiscono alla funzione di committenza aziendale svolta dalle macroaree distrettuali, attraverso l'analisi epidemiologica della popolazione *target* (stato di salute e profilo di utilizzo dei servizi) e la definizione dei criteri di accesso ai PDTA. Un elemento significativo e caratteristico di questa relazione è nella definizione delle priorità, obiettivo al quale i Programmi concorrono attraverso l'analisi epidemiologica esperta, rimanendo estranei alle scelte allocative di sistema che hanno luogo nelle sedi deputate alle *policy* locali (Conferenza sociale e sanitaria).

*Dipartimenti* – Area del governo clinico e della programmazione delle attività; i Programmi si rapportano in modo prioritario con i Dipartimenti, che gestiscono i processi di lavoro orientati alle prestazioni e ai servizi per le popolazioni di riferimento, attraverso

**Tabella 1**

Obiettivi e le attività principali comuni alle Direzioni dei Programmi

Obiettivi di carattere generale	Attività principali
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definizione delle dimensioni dei problemi di salute attraverso l'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento.</li> <li>2. Adozione di criteri per stabilire le priorità assistenziali.</li> <li>3. Continua ricerca delle condizioni organizzative e tecniche ottimali per garantire l'efficacia e la qualità delle prestazioni e dei servizi resi.</li> <li>4. Individuazione di indicatori di riferimento sia per la valutazione della qualità delle prestazioni dei servizi che per la valutazione degli esiti degli interventi realizzati.</li> <li>5. Impulso all'innovazione tecnica e allo sviluppo tecnologico delle specifiche linee di produzione relative ai macropercorsi assistenziali.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relazione periodica di aggiornamento sul quadro epidemiologico di riferimento.</li> <li>2. Partecipazione attiva alla negoziazione di <i>budget</i> sul versante della Direzione strategica.</li> <li>3. Progettazione dei PDTA (percorsi diagnostico terapeutici); analisi e miglioramento dei macro processi con particolare riferimento alle problematiche dell'accesso, dell'utilizzo ottimale delle infrastrutture (tecnologie informative) e delle tecnologie implicate.</li> <li>4. Valutazioni di qualità e dei servizi erogati e correlazioni degli interventi con gli esiti.</li> </ol>



differenti aree, coordinati dalla Direzione del programma con l'obiettivo di definire un percorso univoco per il paziente neuroncologico. L'altro grande tema affrontato dal Programma Neuroscienze, è stato il percorso *stroke*. Gli obiettivi principali sono stati individuati nella standardizzazione dei procedimenti diagnostico terapeutici della fase acuta e del momento riabilitativo. Di conseguenza è stato disegnato e migliorato il percorso del paziente con ictus dal momento dell'ingresso in Pronto soccorso a quello della riabilitazione.

### 3.2. Programma Integrazione neuroscienze-salute mentale

Il Programma integrazione neuroscienze-salute mentale (**box 2**) svolge primariamente la funzione di integrazione tra la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna, la cui sede è a Cesena, e le strutture del Dipartimento di Salute mentale e del Dipartimento di Neuroscienze, in precedenza Programma Neuroscienze. Le collaborazioni tra Azienda sanitaria e Facoltà di Psicologia riguardano primariamente obiettivi di ricerca clinica nell'ambito della riabilitazione neurocognitiva dei traumi cerebrali di media gravità e

#### Box 1

Aree di Responsabilità generali del Programma Neuroscienze

Assicurare la pianificazione degli interventi per le popolazioni *target* affette da malattie del sistema nervoso, assicurando il più elevato stato di salute possibile e il minor grado di disabilità, attraverso il coordinamento dei servizi e dei settori implicati nel percorso assistenziale, degli interventi di educazione sanitaria, di prevenzione, di cura e riabilitazione. Garantire l'omogenea realizzazione su tutto il territorio aziendale delle determinazioni dell'Azienda e monitorare i risultati in termini di valutazioni di efficacia degli interventi attuati.

#### Box 2

Aree di responsabilità generali del Programma Integrazione neuroscienze-salute mentale

Assicurare la pianificazione di progetti di ricerca tesi allo sviluppo di conoscenze scientifiche e pratiche che possano contribuire allo sviluppo delle competenze necessarie per la promozione della salute psicofisica delle popolazioni del bacino d'utenza. Contribuire alla formazione e all'aggiornamento dei professionisti dell'Azienda nell'ambito delle discipline delle scienze cognitive e della psicologia clinica. Progettare ed implementare modelli di integrazione professionale degli psicologi dell'Azienda sia nelle strutture del territorio che in quelle dell'ospedale. Coordinare le attività di tipo didattico e di supporto alla formazione universitaria (tirocini) svolti in collaborazione con la Facoltà di psicologia dell'Università degli studi di Bologna; definire le relazioni scientifiche e culturali con le scuole pubbliche e private di specializzazione degli psicologi che hanno relazioni di collaborazione con la nostra azienda.

delle emianopsie; nell'ambito della salute dei giovani e degli anziani. In particolare su questi due temi il Programma Integrazione ha definito due protocolli di ricerca che sono tuttora in corso di svolgimento.

### 3.3. Programma Materno-infantile

L'attività del Programma Materno infantile (**box 3**) si è concentrata prevalentemente su due aree: il percorso dell'urgenza pediatrica e il percorso nascita. Per quanto riguarda l'urgenza è stata svolta una funzione di integrazione con l'U.o. di Medicina d'urgenza, con il Dipartimento di Medicina polispecialistica (di cui fa parte la pediatria), con il Dipartimento di Emergenza e con rappresentanze dei Pediatri di libera scelta del territorio. Il gruppo ha definito un progetto finalizzato a ridurre gli accessi pediatrici impropri P.s. e in Divisione pediatrica, attraverso lo sviluppo delle forme associative dei PLS e quindi dell'ampliamento delle fasce di apertura al pubblico degli studi pediatrici territoriali. Per quanto riguarda il Percorso nascita, ove gli indicatori di salute sono gran parte positivi, gli obiettivi sono stati orientati sul tema dell'assistenza alle donne immigrate e al progetto di omogeneizzare i percorsi di assistenza tra ospedale territorio.

### 3.4. Programma Dipendenze patologiche

Il Programma Dipendenze patologiche (**box 4**) stato individuato dalla Regione Emilia-Romagna con il Piano sanitario regionale 1999-2001, quale struttura funzionale delle Aziende sanitarie per il coordinamento dei Ser.T. (Servizi per le tossicodipendenze), e

Aggiornare il quadro epidemiologico della popolazione di riferimento, evidenziando gli specifici problemi di salute e descrivendo le modalità di utilizzo dei servizi che operano nell'ambito dei livelli assistenziali della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle specifiche patologie.

In base al quadro epidemiologico e ai problemi di salute evidenziati, promuovere interventi di prevenzione a tutela della salute del bambino; dell'adolescente; del bambino a rischio sociale.

In base alle modalità di utilizzo dei servizi descritte, contribuire a garantire l'accesso equo ai servizi dedicati alla salute della madre e dei bambini attraverso la progettazione di specifici interventi di miglioramento.

Collegare funzionalmente ed integrare i servizi territoriali ed ospedalieri allo scopo di migliorare la qualità attraverso l'unitarietà, l'interdisciplinarietà, la continuità degli stessi e con la definizione dei PDTA (percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali) per le patologie a maggiore integrazione e a maggior utilizzo di risorse.

Effettuare con periodicità la valutazione della qualità dei servizi resi e l'efficacia degli interventi effettuati sulla base di un insieme di specifici indicatori coerenti con gli obiettivi strategici dell'azienda nel settore di riferimento.

Promuovere e coordinare l'attività di formazione e ricerca clinica con particolare riguardo alla sperimentazione di innovazioni tecniche e assistenziali.

### Box 3

Aree di responsabilità generali del Programma Materno-infantile

Promuovere la tutela della salute delle persone affette da dipendenze patologiche, e delle loro famiglie, attraverso gli interventi di prevenzione, di riduzione del danno, di cura e di riabilitazione realizzati nell'ambito della rete dei servizi pubblici e privati.

Aggiornare il quadro epidemiologico della popolazione di riferimento, evidenziando gli specifici problemi di salute e descrivendo le modalità di utilizzo dei servizi che operano nell'ambito dei livelli assistenziali della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle dipendenze patologiche. Effettuare con periodicità la valutazione della qualità dei servizi resi e l'efficacia degli interventi effettuati sulla base di un insieme di specifici indicatori coerenti con gli obiettivi strategici dell'azienda nel settore di riferimento.

Contribuire a garantire l'accesso ai servizi dedicati alle persone affette da dipendenze patologiche, attraverso la definizione dei macro processi assistenziali e la progettazione di specifici interventi di miglioramento dei percorsi di cura, attraverso il coordinamento operativo e la valutazione dei progetti previsti dai Piani di zona triennali, attività svolte in collaborazione con tecnici dei Comuni, operatori di enti ausiliari, delle Cooperative sociali e Associazioni di volontariato. Definire il quadro della committenza con le Comunità del privato sociale in Area Vasta Romagna.

Collegare funzionalmente ed integrare gli interventi realizzati nell'ambito delle dipendenze patologiche con il Dipartimento di Salute mentale, l'Ospedale e il Dipartimento di Sanità pubblica, con particolare riferimento ai Piani per la salute.

Promuovere e coordinare l'attività di ricerca, di formazione, di aggiornamento e didattica.

### Box 4

Aree di responsabilità generali del Programma Dipendenze patologiche

di questi con il settore del privato sociale nell'area degli interventi di prevenzione e della cura delle tossicodipendenze. Il P.D.P. si avvale della collaborazione stabile degli Osservatori epidemiologici che raccolgono ed elaborano dati sulle caratteristiche dei consumi delle droghe tra i tossicodipendenti arruolati dai servizi. I progetti definiti dal P.D.P. nel 2004 riguardano: il fenomeno della comorbilità, soprattutto psichiatrica, del consumo problematico dell'alcol e dell'abuso-dipendenza delle cosiddette nuove droghe o droghe sintetiche.

### 3.5. Programma Oncologia

Lo scopo fondamentale del Programma Oncologia (**box 5**) è quello di coordinare i diversi percorsi oncologici (*screening day hospital*, cure palliative, Medicina nucleare, Neuroncologia), in relazione allo sviluppo del Istituto oncologico di Meldola (IRST) che assumerà le caratteristiche di centro *hub* per la ricerca e l'assistenza ultra specialistica in ambito oncologico per l'intero bacino romagnolo. La definizione dei percorsi specifici intra-aziendali è finalizzata sia a strutturare i secondi livelli diagnostici e terapeutici, che

**Box 5**

Aree di responsabilità generali del Programma Oncologia

Assicurare la pianificazione degli interventi per le popolazioni *target* affette da tumori solidi, assicurando il più elevato stato di salute possibile e il minor grado di disabilità attraverso il coordinamento dei servizi e dei settori implicati nel percorso assistenziale, degli interventi di educazione sanitaria, di prevenzione, di cura e riabilitazione.

Aggiornare il quadro epidemiologico della popolazione di riferimento, evidenziando gli specifici problemi di salute e descrivendo le modalità di utilizzo dei servizi che operano nell'ambito dei livelli assistenziali della prevenzione e della cura dei tumori solidi. Effettuare con periodicità la valutazione della qualità dei servizi resi e l'efficacia degli interventi effettuati sulla base di un insieme di specifici indicatori coerenti con gli obiettivi strategici dell'Azienda nel settore di riferimento.

Contribuire a garantire l'accesso ai servizi dedicati alle persone affette da tumori solidi, attraverso la definizione dei macro-processi assistenziali e la progettazione di specifici interventi di miglioramento dei percorsi di cura.

Presiedere allo sviluppo degli *screening* oncologici, garantendo la definizione di un modello organizzativo ottimale secondo criteri di qualità (efficacia ed efficienza), la massima partecipazione delle popolazioni bersaglio, la chiara definizione dei percorsi di accesso agli interventi di II livello.

Contribuire a delineare in Area Vasta le collaborazioni professionali e le sinergie istituzionali al fine di integrare la rete dei servizi secondo lo sviluppo di un modello a rete, sia per le finalità di carattere assistenziale che per gli scopi di ricerca e di valutazione degli interventi.

Promuovere e coordinare l'attività di ricerca, di formazione, di aggiornamento e didattica a livello aziendale.

comunque rimarranno «in casa», sia a predisporre i necessari collegamenti con i percorsi a più alta specializzazione (Neuroncologia, Medicina nucleare) che manterranno una forte osmosi con le attività di Meldola per le implicazioni nel campo della ricerca che li caratterizzano. Il Programma oncologia inoltre, nel corso del 2004 ha coordinato il progetto di riorganizzazione degli *screening*, che a partire dal gennaio 2005 comprendono anche lo *screening* dei tumori del colon retto.

### 3.6. Programma Disabilità acquisite dell'adulto

Il Programma Disabilità acquisite (**box 6**) ha definito un sistema di verifica sui ricoveri riabilitativi effettuati dai residenti dell'Ausl di Cesena nelle strutture private accreditate e pubbliche dell'area basato sulla definizione di specifici percorsi di cura. Il sistema di *gatekeeping* implementato ha consentito un peculiare recupero di risorse derivanti dalla riduzione dei ricoveri inappropriati. Questa politica è stata resa possibile dall'attivazione del reparto di Riabilitazione fisica di Cesenatico. Inoltre il programma ha definito, di concerto con la sede di Distretto coinvolto, un progetto per implementazione di un'area riabilitativa residenziale destinata a prendere in carico i pazienti in stato vege-

tativo permanente da esito di traumi recenti e che nell'arco dei 6-12 mesi successivi possono essere passibili di recuperare alcune funzioni. Il progetto è destinato a riqualificare lo stabilimento di un ex-ospedale periferico completandone la riconversione. L'Ospedale di Mercato Saraceno, infatti, è già sede di una lungodegenza, di un *country hospital* e di molteplici servizi ambulatoriali specialistici. La realizzazione di una struttura residenziale a valenza sanitaria extra-ospedaliera, con prevalente attività assistenziale riabilitativa, dedicata allo scopo, con personale adeguatamente formato, può rispondere a queste esigenze offrendo un completamento a quei percorsi di cura che, avviati fin dalla fase acuta, non trovano possibilità di attuazione nelle modalità di intervento codificate dalle strutture di II e III livello come previsto dalla rete *Hub&spoke* per le Gravi cerebrolesioni Emilia Romagna (GRACER).

### 3.7. Programma Presa in carico patologie geriatriche

Il Programma Presa in carico patologie geriatriche (**box 7**), è stato istituito nel corso del 2004, è il più giovane dei Programmi aziendali dell'Ausl di Cesena con tre specifici obiettivi:



Assicurare, su scala aziendale, la pianificazione degli interventi di riabilitazione, recupero e funzionale per le persone che, in conseguenza di traumi, malattie degenerative, neoplastiche o di interventi chirurgici, residuano una condizione di riduzione delle abilità motorie e di conseguenza dell'autonomia individuale di grado elevato.

Aggiornare il quadro epidemiologico della popolazione di riferimento, evidenziando gli specifici problemi di salute e descrivendo le modalità di utilizzo dei servizi che operano nell'ambito dei livelli assistenziali della prevenzione dei traumi e della cura della malattie e delle altre condizioni invalidanti. Effettuare con periodicità la valutazione della qualità dei servizi resi e l'efficacia degli interventi effettuati, sulla base di un insieme di specifici indicatori coerenti con gli obiettivi strategici dell'Azienda nel settore di riferimento.

Contribuire a garantire l'equità nell'accesso ai servizi dedicati alle persone con gravi disabilità acquisite, attraverso la definizione dei macro processi assistenziali e la progettazione di specifici interventi di miglioramento dei percorsi di riabilitazione di recupero funzionale secondo gli indirizzi regionali (progetto Gracer).

Collegare funzionalmente ed integrare gli interventi riabilitativi realizzati nell'ambito ospedaliero e territoriale con il Dipartimento delle Neuroscienze, e il Dipartimento di Sanità pubblica, con particolare riferimento ai Piani per la salute.

Contribuire a delineare in Area Vasta le collaborazioni professionali e le sinergie istituzionali al fine di integrare la rete dei servizi secondo lo sviluppo di un modello a rete, sia per le finalità di carattere assistenziale che per gli scopi di ricerca e di valutazione degli interventi. Definire le linee strategiche della committenza aziendale nei confronti delle strutture private accreditate.

Promuovere e coordinare l'attività di ricerca, di formazione, di aggiornamento e didattica a livello aziendale.

**Box 6**

Aree di Responsabilità generali del Programma  
Disabilità acquisite dell'adulto

Assicurare la razionalizzazione degli interventi sanitari diretti alle patologie epidemiologicamente più rilevanti in età geriatrica, progettando modelli assistenziali e gestionali, anche di tipo sperimentale, per la presa in carico delle persone anziane e dei loro familiari, affetti da patologie cronico-degenerative.

Aggiornare il quadro epidemiologico della popolazione di riferimento, evidenziando gli specifici problemi di salute e descrivendo le modalità di utilizzo dei servizi che operano nell'ambito dei livelli assistenziali della cura e della prevenzione secondaria delle patologie degenerative di interesse geriatrico. Effettuare con periodicità la valutazione della qualità dei servizi resi e l'efficacia degli interventi realizzati sulla base di un insieme di specifici indicatori coerenti con gli obiettivi strategici dell'Azienda nel settore di riferimento.

Contribuire a garantire l'equità d'accesso alle persone anziane portatrici di patologie degenerative attraverso l'implementazione di modelli gestionali della presa in carico tesi al migliore utilizzo della rete dei servizi e delle competenze specialistiche presenti nel territorio dell'Azienda; nonché attraverso la definizione dei macro-processi assistenziali e la progettazione di specifici interventi di miglioramento dei percorsi di cura.

Collegare funzionalmente ed integrare gli interventi terapeutici e riabilitativi svolti nelle strutture ospedaliere, di lungodegenza e territoriali pubbliche e private con il Servizio assistenza anziani al fine di assicurare l'integrazione con il sociale e con il Dipartimento di Sanità pubblica, con particolare riferimento ai Piani per la salute.

Contribuire a delineare in Area Vasta le collaborazioni professionali e le sinergie istituzionali al fine di integrare la rete dei servizi secondo lo sviluppo di un modello a rete, sia per le finalità di carattere assistenziale che per gli scopi di ricerca e di valutazione degli interventi.

Promuovere e coordinare l'attività di ricerca, di formazione, di aggiornamento e didattica a livello aziendale.

**Box 7**

Aree di responsabilità generali del Programma  
Presa in carico patologie geriatriche

1) migliorare l'utilizzo delle risorse di lungo-degenza e di residenza sanitaria assistita;

2) definire i percorsi di diagnosi e presa in carico dei pazienti anziani affetti da demenza. Questo obiettivo è connesso ad una im-

perfetta articolazione del sistema di offerta per questa patologia nel territorio di Cesena;

3) innovare i modelli di presa in carico dell'anziano portatore di quadri patologici complessi e necessitanti di interventi ad in-

tegrazione sanitaria e sociale. In relazione al secondo obiettivo, alla direzione del Programma è stata affiancata la Direzione infermieristica aziendale.

#### 4. Successi e difficoltà attuative

L'esperienza dei Programmi dell'Ausl di Cesena, ha una storia tutto sommato breve, avendo avuto origine nel corso del 2003. Considerazioni veramente conclusive sono pertanto del tutto premature, ma i *feedback*, che derivano dall'unico anno di attività dei Programmi (solo il 2005 è stato caratterizzato dalla presenza attiva ai tavoli delle negoziazioni di *budget*), possono e devono consentire di migliorarne le performance. Come è stato illustrato nella prima parte del lavoro, la funzione di tali articolazioni organizzative, che abbiamo definito di *committenza interna*, si estrinseca soprattutto nell'influenzare le strutture gestionali, i Dipartimenti. Per questa ragione i fattori critici del successo dei Programmi sono da rintracciarsi nell'ambito di:

1) relazioni interne all'Azienda, ed in particolare con la Direzione strategica, i Distretti e i Dipartimenti;

2) tempistica e dinamiche del ciclo annuale di programmazione, dalla definizione delle linee guida al *budget*, fino all'assegnazione degli obiettivi di risultato alla dirigenza.

Per quanto riguarda le relazioni interne all'azienda, la definizione del mandato da parte della Direzione strategica è parso l'elemento più importante nel caratterizzare l'azione dei Programmi. Nelle situazioni in cui la definizione del mandato è stata oggettivamente più chiara e determinata, anche perché proveniva da riferimenti regionali (come nel caso del P. Dipendenze patologiche e del P. Materno infantile), si è potuto operare in un contesto di riferimento stabile che ha facilitato le relazioni funzionali con i Distretti e i Dipartimenti. I Programmi con queste caratteristiche hanno svolto una funzione di descrizione e di monitoraggio epidemiologico dei problemi di salute di riferimento e, per loro natura, sono più distanti dalle problematiche gestionali. All'opposto, in quelle situazioni in cui la definizione dei PDTA o

l'esercizio delle funzioni di *gate-keeping* da parte dello stesso Direttore del programma, che contemporaneamente è anche il Direttore di un'unità operativa, ha posto non pochi problemi di «competizione» sia nei confronti delle strutture di committenza locale, i Distretti, che nei confronti dei Dipartimenti. Queste dinamiche hanno generato, talvolta, attriti, conflitti, ma hanno anche contribuito alla «messa in tensione» dell'organizzazione su alcuni obiettivi sfidanti. È il caso della progettazione dell'area residenziale riabilitativa aziendale, che sembrerebbe essere stata accelerata da questa tensione. Il problema del riutilizzo dell'ala di un ex-ospedale periferico era infatti rimasto irrisolto per almeno otto anni, nonostante le forti pressioni da parte dell'amministrazione comunale per il pieno utilizzo della struttura.

Per quanto concerne le dinamiche di *budget*, il ruolo dei Programmi è stato affermato nelle ultime negoziazioni secondo le seguenti modalità. In primo luogo le Direzioni dei Programmi hanno prodotto un documento contenente la descrizione del quadro epidemiologico della popolazione di riferimento e di indicazioni per la strutturazioni di PDTA e di sviluppo professionale (formazione, ricerca). Tali documenti sono stati inviati, nel corso della preparazione al *budget*, dalla Direzione sanitaria ai Dipartimenti insieme alle Linee guida strategiche. Questa modalità avrebbe dovuto consentire di utilizzare le indicazioni dei Programmi per la definizione di progettualità che i Dipartimenti avrebbero portato al tavolo della negoziazione con la Direzione strategica. In realtà, tranne poche eccezioni e quei casi in cui vi era coincidenza tra il ruolo di programma e il ruolo di gestione, l'analisi epidemiologica e le indicazioni di strutturare i PDTA hanno trovato scarso riflesso. Le cause sembrano legate a due motivazioni principali: le relazioni sono pervenute alcune settimane prima la fase di *pre-budget*, mentre probabilmente sarebbe stato indispensabile che la precedessero di alcuni mesi, utilizzabili anche per incontri e tavoli di lavoro congiunti tra Programmi e Dipartimenti. L'altra causa è stata l'assenza, in alcuni casi, di un messaggio chiaro da parte della Direzione strategica sulla necessità di far coincidere le indicazioni dei Programmi con gli obiettivi che avrebbero dovuto essere assegnati alle strutture gestionali. In

ogni caso, pur in considerazione dei limiti che sono stati evidenziati, l'impatto dei Programmi sulle dinamiche della programmazione di *budget* del 2005 è stato rilevante. In particolare l'azione dei Programmi è stata molto evidente nel perseguimento, ed in alcuni casi nella realizzazione, dei seguenti obiettivi aziendali:

- 1) costituzione del Dipartimento di Neuroscienze (preceduto da un Programma di Neuroscienze);
- 2) rimodulazione dei Percorsi di riabilitazione per i pazienti con esiti di gravi traumi;
- 3) progettazione di un sistema territoriale di accoglienza per ridurre l'affluenza dei casi pediatrici in Pronto soccorso;
- 4) definizione dei percorsi per gli utenti tossicodipendenti con comorbilità psichiatrica;
- 5) attivazione di 2 ricerche in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna;
- 6) riorganizzazione degli *screening* oncologici.

Un bilancio, non definitivo, ma certamente utile ad identificare una agenda di lavoro per lo sviluppo dei Programmi aziendali, porta a tracciare i seguenti fattori quali altrettante questioni cruciali da affrontare nel medio periodo e per rendere più incisiva la dinamica aziendale che abbiamo definito di *committenza interna*.

Nell'Ausl di Cesena l'impiego dell'epidemiologia per la programmazione dei servizi e degli interventi sanitari ha scontato due rilevanti problemi: quello della *disponibilità dei dati*, e quello dell'*integrazione* tra articolazioni organizzative preposte alla implementazione dei flussi informativi e articolazioni organizzative che tali informazioni devono utilizzare. Per quanto riguarda la disponibilità dei dati, non vi è stato un difetto quantitativo, quanto piuttosto qualitativo. La maggior parte dei prodotti dei sistemi informativi aziendali riguardano dati di attività e tempi di attesa. In alcuni casi, queste informazioni hanno condotto, attraverso la lettura della domanda, ad una sovrarappresentazione dei bisogni e, quel che forse è più significativo, hanno favorito in modo acritico scelte di orientamento della produzione in assenza di

una reale validazione degli interventi promossi sul piano dell'efficacia, o quanto meno dell'appropriatezza. Quanto all'auspicata integrazione tra Sistemi informativi, Programmi ed Unità operativa di Epidemiologia e comunicazione, si è riscontrata una difficoltà di messa in rete delle informazioni che in molti casi è dipesa anche dalla scarsa capacità dei Programmi di interrogare in modo pertinente il S.I., o di concorrere adeguatamente alla progettazione dei flussi per le proprie necessità. Infine, è opportuno menzionare che si è riscontrato un fattore di resistenza di tipo comportamentale nei confronti del ricorso all'epidemiologia per la identificazione dei bisogni. Infatti, mentre sul piano teorico-concettuale gli operatori e i decisori gestionali (direttori di U.o. e di Dipartimento) hanno sempre espresso favore e apprezzamento per questa prospettiva, sul piano pratico vi sono state non poche difficoltà ad accettare il principio che alcuni interventi potevano essere ridimensionati, o addirittura superati, per effetto della individuazione di bisogni di maggiore rilevanza. Ancora troppo forte è stata la tendenza ad accettare le conseguenze della lettura dei bisogni solo quando si presentava in coerenza con gli indirizzi di sviluppo già individuati dai responsabili dei servizi operativi. È quello che si potrebbe definire un utilizzo strumentale dell'epidemiologia che finisce per sostenere scelte operate in relazione a fattori legati fin dall'origine agli orientamenti, e talvolta anche alle preferenze, dei professionisti.

Questa ultima considerazione rimanda al potenziale *conflitto di interessi* che si stabilisce quando, ed è la regola, il Direttore del Programma è anche un referente della produzione. Naturalmente le dimensioni aziendali non possono consentire di adottare scelte di tipo diverso, ovvero di individuare dirigenti professionali esclusivamente impegnati in una funzione di *committenza* settoriale. Del resto, uno dei valori aggiunti della scelta organizzativa dei Programmi aziendali consiste nel portare alcune figure professionali tecniche sul piano della epidemiologia valutativa. In alcuni momenti il doppio ruolo, essere responsabile della produzione e nello stesso tempo svolgere funzioni di programmazione che vanno oltre il dominio del proprio ambito gestionale, ha generato dinamiche conflittuali che hanno finito per indebolire, e non sem-

pre appropriatamente, il ruolo della committenza. Si può affermare che hanno funzionato meglio Programmi le cui direzioni occupano, nella gestione diretta della produzione, un ruolo, certamente importante, ma periferico rispetto alle altre funzioni oggetto dell'azione del Programma. È il caso, ad esempio del Programma materno-infantile, diretto dal Direttore dell'U.o. di Neuropsichiatria infantile, il cui ambito epidemiologico valutativo si estende ad una molteplicità di strutture territoriali ed ospedaliere. Ma hanno funzionato bene anche i Programmi del tutto coincidenti con un preciso dominio tecnico professionale, è il caso delle Dipendenze patologiche, in cui la Direzione del Programma e quella della produzione (Direzione del Ser.T.) si sovrappongono.

Ancora sui ruoli è emersa una difficoltà nel definire, sia in termini di missione che di operatività, la separazione delle aree di responsabilità dei Programmi da quelle dei Dipartimenti e ancor più dei Distretti. Infatti, questi ultimi, in particolare, hanno una posizione di preminenza nell'area della committenza che non agevola la comprensione e la distinzione di ruoli dedicati alla programmazione interna. La Direzione, al momento della strutturazione dei Programmi, intercettando quello che sarebbe stato un problema di funzionamento pratico, ha cercato di definire nel modo più chiaro la specificità (e le differenze) tra i due ruoli di committenza: quella dei Distretti, che interfaccia la Conferenza sociale e sanitaria dei Comuni e svolge un ruolo nell'ambito delle politiche sanitarie locali, e quella dei Programmi, che interfaccia i Dipartimenti e svolge un ruolo più rivolto all'interno teso ad influenzare la modalità della produzione dei servizi (definizione dei PDTA) o ad orientarne gli obiettivi in relazione alle priorità dei bisogni o all'appropriatezza degli interventi. Sebbene sul piano teorico i due ruoli di committenza abbiano addirittura le potenzialità di sviluppare reciproche sinergie, ancora una volta sul piano pratico sono state non poche le occasioni di sovrapposizione e, conseguentemente, conflitto tra ruoli. Ciò è accaduto quasi inevitabilmente quando le aree di responsabilità dei Programmi li spingevano ad agire al di fuori dei confini dell'Azienda. È accaduto sistematicamente nei casi in cui i processi di produzione dei servizi fanno capo a soggetti

esterni (privato accreditato, strutture residenziali per anziani). In queste condizioni i Programmi si sono trovati necessariamente nella posizione di dover agire una responsabilità condivisa con i Distretti e quindi a competere per decisioni che riguardavano l'impianto gestionale della produzione. Nei confronti dei Dipartimenti una delle difficoltà ad agire il ruolo di Programma è dipeso dalla debolezza degli strumenti a disposizione per poter incidere sugli obiettivi della produzione. Su questo punto si rende necessario prevedere una più stretta collaborazione con la Direzione strategica nella definizione degli obiettivi specifici assegnati ai Dipartimenti in fase di negoziazione di *budget*.

Infine, l'ultima, forse più significativa criticità del funzionamento dei Programmi nella nostra esperienza, attiene la difficoltà di disegnare e attuare nuovi PDTA. Si tratta di un compito la cui natura è complessa, necessita della collaborazione di molteplici livelli di responsabilità e richiede una disponibilità verso l'innovazione che è tutt'altro che scontata. In particolare, nella progettazione dei percorsi, è cruciale l'identificazione e conseguentemente la modulazione delle porte di ingresso (accesso ai servizi). La dipendenza da fattori strutturali rivelatisi di difficile mobilitazione, ad esempio i sistemi di prenotazione, o in altri casi l'aleatorietà delle modalità di accesso, di fatto non riconducibili ad una unica porta (è il caso dei servizi per gli anziani), hanno reso inefficace l'azione di programmazione dei percorsi. Al fine di evitare futuri insuccessi sulla strutturazione dei PDTA, si rende necessaria una maggiore selezione degli obiettivi in termini di fattibilità, scartando a priori quelli non consentiti da ostacoli strutturali, o quanto meno prevedendo adeguati interventi per rimuovere tali ostacoli prima di attivare i processi di reingegnerizzazione dei processi assistenziali. Altro elemento su cui occorre intervenire per rendere più efficace il disegno dei PDTA è l'accesso alle informazioni critiche che consentano di individuare i percorsi reali (o spontanei) dei pazienti al fine di poter effettivamente proporre correttivi miglioramenti.

In conclusione, le difficoltà e le criticità, connesse all'implementazione dei Programmi con funzioni di committenza interna, non sono certo mancate. Tuttavia, si ritiene che tale scelta organizzativa, in contesti adeguati

dal punto di vista dei sistemi informativi e dell'affermazione della funzione dei dipartimenti come responsabili della produzione, abbia importanti potenzialità per lo sviluppo del governo clinico delle aziende sanitarie.

### Note

1. Lo Sviluppo della Matrice Organizzativa: Processi e Programmi.

L'Ausl di Cesena individua nella definizione dei processi il cardine dello sviluppo organizzativo, del miglioramento qualitativo e della valutazione dei propri risultati strategici (posizionamento dell'Azienda). ...

Accanto alle tradizionali posizioni gestionali, quindi, si dovrà tendere ad individuare responsabilità di processo trasversali al livello delle linee di produzione, per implementare l'efficienza delle soluzioni organizzative e garantire l'unitarietà dei processi stessi. Con riferimento a specifici problemi di salute, e per popolazioni *target* determinate, dovranno essere individuate responsabilità di programma con valenza aziendale, o sovraaziendale. I Programmi, che si pongono al livello della pianificazione e del controllo strategici, devono assicurare il coordinamento dei servizi e dei settori implicati nel percorso assistenziale auspicato per le relative popolazioni *target*, garantire l'omogenea realizzazione su tutto il territorio aziendale delle determinazioni dell'Azienda e monitorare i risultati in termini di valutazioni di efficacia degli interventi attuati.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

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

### Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

### Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

#### 1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

#### Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

#### Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

#### Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

#### Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

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

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

# La programmazione delle attività territoriali: un'analisi comparata per la valutazione della qualità

LAURA MARAN

*The paper analyses and compares the «Health District Activities Plans» (HDAPs), of Emilia Romagna districts. The Plans are intended to express health demands and needs of local community and to describe the services put in place to meet them. The analysis has been stimulated by the need of Emilia Romagna Regional Authority to verify the state of the art of its Health Districts and to identify the best practices in use. The aim of this study has been the practical identification and translation of the «accountability of actions» concept in analysing and benchmarking the HDAPs and, finally, in suggesting a HADP model. Although some unavoidable limits, we think that it benefits from the methodological transparency, the empirical basis and the communicative possibilities to an extended audience.*

## Nota sull'autore

Laura Maran è dottoranda presso il Dipartimento di Economia Istituzioni e Territorio – Università di Ferrara

## 1. Introduzione: contesto e problematica

Nel corso degli ultimi decenni, la crescente complessità riguardo al tema della salute, ha richiesto di affiancare alla logica di governabilità formale o *government* quella di governo sostanziale condiviso o *governance*<sup>1</sup>.

La sostenibilità economica dei sistemi sanitari nazionali, ha poi portato ad un intenso periodo di riforma in molti Paesi OECD<sup>2</sup>.

Conseguentemente, l'esigenza di dotarsi di adeguati strumenti di programmazione diviene un fatto fondamentale e si lega indissolubilmente alla possibilità di dare contenuto ai principi di equità, appropriatezza, accesso e qualità (Zanetti M. *et al.*, 1996).

L'evoluzione dei servizi del Sistema sanitario italiano è stata recentemente caratterizzata da alcune dinamiche significative tra le quali citiamo:

- la focalizzazione sull'integrazione socio-sanitaria (D.L.vo 229/1999, L. 328/2000),
- la ripartizione di competenze tra enti e livelli diversi di governo, in applicazione dei principi di sussidiarietà e decentramento (in particolare, L. cost. 3/2001, detta anche riforma del Titolo V della seconda parte della Costituzione).

Tra i modelli di *welfare* regionali, diversificatisi a seguito della riforma del Titolo V, quello emiliano-romagnolo rappresenta il *framework* socio-politico dell'analisi svolta, e si caratterizza per l'enfasi data:

- 1) alla centralità della Regione nel suo ruolo di coordinamento e guida delle politiche locali,
- 2) all'integrazione socio-sanitaria, da perseguire a livello di governo locale, per ga-

## SOMMARIO

1. Introduzione: contesto e problematica
2. Ruolo e finalità dei Programmi delle attività territoriali
3. Obiettivi e metodologia
4. L'esperienza: *benchmarking* dei PAT esistenti
5. Definizione del modello di PAT: linee-guida di contenuto
6. Osservazioni conclusive: limiti e vantaggi dell'analisi

rantire la realizzazione del principio di sussidiarietà.

La **figura 1** mostra, a grandi linee, come l'Emilia-Romagna abbia interpretato e risolto, nell'ambito della propria autonomia istituzionale, il dettato normativo del D.L.vo 229/1999 ed i complessi rapporti tra politiche (racchiuse negli ellissi), soggetti della programmazione (rappresentati nei rettangoli laterali) e strumenti della programmazione (definiti nei rettangoli del corpo centrale di figura 1).

In quest'interpretazione, i soggetti della programmazione rappresentano, contemporaneamente anche i livelli di governo e le linee tratteggiate delimitano gli strumenti di programmazione che afferiscono alle due grandi politiche:

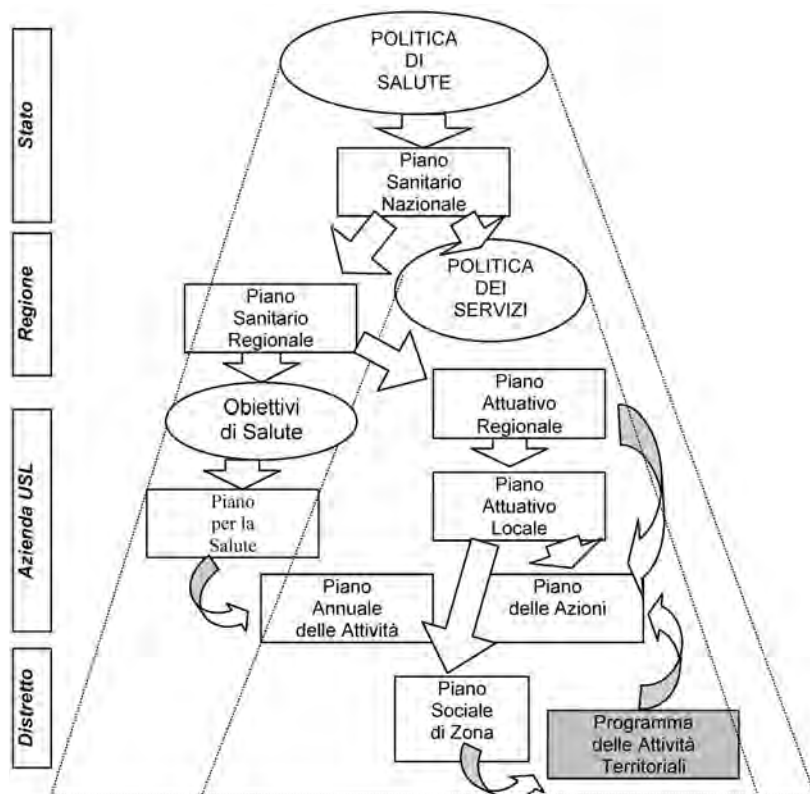
- della salute, più ampia e strategicamente delineata a livello nazionale,
- dei servizi, più specifica e ricompresa nella prima, ma di pertinenza più strettamente regionale.

**Figura 1**

Livelli di programmazione

Fonte: rielaborazione da Curcetti et al. (2001) e da Martini et al. (2004)

La figura 1, se letta orizzontalmente, instaura una corrispondenza biunivoca tra stru-



menti di programmazione e livelli di governo ai quali vengono elaborati, se letta verticalmente, delinea:

- una gerarchia degli obiettivi e degli strumenti della programmazione, laddove il vertice rappresenta la strategia e la base l'operatività,
- una gerarchia dei soggetti della programmazione ovvero dei livelli di governo, laddove si ponga maggiore enfasi sugli ambiti politico-territoriali di riferimento.

Le frecce disegnano le interrelazioni formali tra gli strumenti di programmazione ed inevitabilmente si riferiscono anche a collegamenti di tipo verticale, tra livelli di governo diversi, rafforzando la catena di coordinamento e controllo che unisce il vertice alla base del modello.

Non vengono invece esplicitate in figura 1 le modalità di collegamento orizzontale, allo stesso livello di governo, perché per loro natura, definiscono la tipologia ed il volume delle comunicazioni scambiate orizzontalmente non solo dai soggetti già definiti, ma anche da e tra soggetti «altri» che hanno un interesse nella politica della salute o dei servizi ma che, per motivi di chiarezza grafica, non sono stati rappresentati.

In ogni caso, l'adozione dell'uno o dell'altro strumento di programmazione presuppone sempre delle interazioni politiche e sociali che, fondandosi sul mutuo aggiustamento degli interessi, sulla condivisione degli obiettivi, sulla ricerca del consenso e sullo sviluppo di una capacità di governo interattivo, non sono facilmente formalizzabili.

In Emilia-Romagna, con la dicitura di «integrazione socio-sanitaria», si intende l'insieme di tutti i collegamenti orizzontali che contribuiscono a realizzare la logica della *governance*. Tale logica diviene tanto più importante quanto più, operativamente, si scende al livello di governo locale, quindi al distretto socio-sanitario e al Programma delle attività territoriali (PAT) quale strumento di programmazione negoziata degli interventi del distretto con i soggetti «altri» che insistono sullo stesso ambito politico-territoriale.

In particolare, il ruolo del distretto assume rilievo come sede privilegiata per l'espressione dei bisogni di salute della popolazione locale, e la programmazione delle sue attivi-



tà quale momento di autonomia gestionale e di condivisione degli obiettivi con i soggetti del terzo settore.

Di fatto, la negoziazione delle scelte operative all'interno del Programma delle attività territoriali, implica anche una riflessione *ex-ante* ed *ex-post* sull'ampio e complesso spettro di fattori che incidono sulla tutela della salute (Noack, 1987; McKeown, 1979), e che rendono qualsiasi scelta politico-economica non indifferente rispetto all'efficacia e all'efficienza degli interventi (Noack, 1987; McKeown, 1991).

La principale problematica emersa in Emilia-Romagna è stata l'assenza di un modello omogeneo di Programma delle attività territoriali, per tutti i distretti, che rispondesse in modo coerente alle loro esigenze di comprensione e governo della locale domanda di salute.

Il § 2 motiva la scelta del PAT, quale oggetto specifico di analisi, sia in relazione alla sua valenza operativa, sia in relazione al ruolo del distretto socio-sanitario nel sistema del *welfare* regionale. Il § 3 introduce l'obiettivo della ricerca e la metodologia con cui è stato perseguito, con particolare riferimento alla letteratura economico-aziendale e alle metodologie d'indagine nelle scienze sociali.

Lo sviluppo dell'obiettivo consta di due fasi fondamentali. In una prima fase, descritta al § 4, viene costruito un sistema di valutazione dei PAT esistenti che chiamiamo *benchmarking* perché finalizzato a selezionare quelli dai contenuti qualitativamente «eccellenti». In una seconda fase, sviluppata al § 5, viene configurata l'ipotesi vera e propria di un modello di PAT. Il § 6 evidenzia, infine, vantaggi e svantaggi dell'analisi con particolare riguardo alla sua applicazione operativa.

## 2. Ruolo e finalità dei Programmi delle attività territoriali

Il Programma delle attività territoriali è stato scelto come oggetto di analisi, in primo luogo, perché rappresenta uno strumento gestionale per la realizzazione di quello che Buchanan (1999: S74) definisce «principio di *accounting for actions*»: «vi è la necessità di giustificare la ragionevolezza di un certo intervento/azione o di una scelta politica rispetto al contesto di riferimento»<sup>3</sup>.

In secondo luogo, la scelta del PAT si deve al fatto che esso è redatto e ricondotto alla responsabilità del distretto socio-sanitario, il quale riveste un ruolo di primo piano nel sistema del *welfare* regionale. Il distretto, infatti, è sia un'unità dell'Azienda UsI, dotata di autonomia economico-finanziaria, sia un'unità di decentramento geografico e funzionale, chiamata a realizzare il principio di sussidiarietà (artt. 3-quater e 3-quinquies del D.L.vo 229/1999).

Il PAT risulta funzionale al distretto nel concretizzare:

a) una logica di *government*, che si traduce nell'autonomia di governo della domanda di salute, nell'esercizio della funzione di committenza e dell'integrazione socio-sanitaria (artt. 3-quater e 3-quinquies del D.L.vo 229/1999),

b) una logica di *governance*, che attiene all'appropriata allocazione delle risorse, al controllo della qualità dei servizi ed al coinvolgimento dei professionisti e della comunità nella loro gestione (artt. 3-quater e 3-septies del D.L.vo 229/1999).

## 3. Obiettivi e metodologia

L'obiettivo dell'analisi è di definire un'ipotesi di contenuti omogenei per un modello di PAT, che risolva le criticità legate all'eterogeneità dei Programmi delle Attività Territoriali già esistenti.

Di fatto, l'eterogeneità presente nella predisposizione dei PAT impedisce l'utilizzo di tali strumenti nei processi di comparazione interaziendale, funzionali all'integrazione del processo di programmazione regionale.

L'obiettivo del lavoro trova rispondenza anche nel fabbisogno specifico espresso dalla Regione e riconducibile alle esigenze di:

- verificare quale «interpretazione» era stata data allo strumento PAT dai distretti emiliano-romagnoli a due anni dalla sua sperimentazione;
- ottenere un quadro sinottico confrontabile delle realtà sottese;
- realizzare un'ulteriore riflessione su linee-guida di omogenea compilazione.

La coerenza, tra l'obiettivo dell'analisi e le esigenze della Regione rende possibile la

definizione del modello finale di PAT quale risultato di una preventiva valutazione dei PAT sperimentali esistenti.

Pertanto, sono individuabili due momenti di ricerca:

– uno relativo alla costruzione del modello di valutazione dei PAT esistenti, per il quale si rimanda al § 4,

– l'altro relativo alla costruzione del modello di contenuti del PAT, tenuto conto delle migliori evidenze emerse dalla fase precedente e per il quale si rimanda al § 5.

La metodologia seguita ha preso avvio da una revisione della letteratura sui metodi qualitativi per l'analisi empirica<sup>4</sup>, sulla programmazione aziendale e sugli strumenti economico-aziendali per le aziende pubbliche (Borgonovi, 2004; Farneti, 1995; Del Vecchio, 2001; Zangrandi, 1994). Tra questi, il *benchmarking* competitivo<sup>5</sup>, rivolto ai documenti programmatici, è stato individuato come la tipologia di analisi più adatta alla realizzazione dell'obiettivo di ricerca, per due ordini di fattori:

1) la definizione di una struttura logica di interpretazione e valutazione del campione di documenti non attiene alla semplice comparazione, ma ne reinterpreta e categorizza i contenuti in funzione del modello da costruire;

2) la volontà di individuare i contributi «eccellenti» da inserire nel modello è strettamente empirica, perché considera i PAT esistenti.

Naturalmente, il caso in esame ha richiesto opportuni adattamenti, in relazione:

– allo sviluppo e all'utilizzo del *benchmarking* soprattutto all'interno dell'impresa privata e non tanto in ambito sanitario o socio-sanitario,

– alla sua applicazione a documenti programmatici e non alle realtà organizzative.

La metodologia si è sviluppata attraverso le seguenti fasi:

- selezione del campione da analizzare;
- scelta del metodo per l'analisi dei contenuti dei PAT esistenti;
- definizione ed attribuzione di un valore numerico ai parametri di valutazione della «qualità» dei contenuti;
- calcolo del *benchmark* di valutazione;
- scelta finale dei contenuti del modello.

#### 4. L'esperienza: *benchmarking* dei PAT esistenti

##### 4.1. Selezione del campione di riferimento

L'analisi è stata sviluppata nell'anno che va da maggio 2004 a maggio 2005<sup>6</sup> ed ha avuto come oggetto i Programmi delle attività territoriali sperimentali dei distretti socio-sanitari emiliano-romagnoli, compilati nel 2003 con riferimento all'anno 2004.

I PAT sono stati raccolti mediante richiesta inoltrata dalla Regione alle diverse Ausl e da queste ai distretti di competenza.

La **tabella 1** mostra che, data l'articolazione del territorio regionale in 40 «distretti», sono pervenuti 30 documenti denominati «PAT» e rappresentativi di 39 distretti. Non c'è corrispondenza biunivoca tra numero di distretti e numero di PAT poiché, in alcuni casi, i contenuti di un PAT coprivano più distretti di una stessa Azienda Usl (ad esempio nei casi delle Ausl C, D, E, J, K, M).

Sono anche pervenuti, ad integrazione, 10 «Altri documenti», di cui 1 Piano attuativo locale, 4 Piani delle azioni, 2 Piani per la salute, 1 Piano sociale di zona e 2 verbali delle

**Tabella 1**

Documenti pervenuti

Fonte: Distretti afferenti alle Ausl di Bologna Sud, Nord, Città (le tre Ausl di Bologna sono state attualmente unificate), Cesena, Ferrara, Forlì, Imola, Modena, Parma, Piacenza, Ravenna, Reggio Emilia, Rimini

Distretti di:	N. distretti per Ausl	N. PAT	Altri documenti	Totale
Ausl A	3	3	0	3
Ausl B	2	2	2	4
Ausl C	2	2	0	2
Ausl D	2	1	0	1
Ausl E	3	1	2	3
Ausl F	1	1	0	1
Ausl G	1	Non pervenuto	3	3
Ausl H	7	7	0	7
Ausl I	4	4	1	5
Ausl J	4	1	2	3
Ausl K	3	1	0	1
Ausl L	6	6	0	6
Ausl M	2	1	0	1
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>40</b>

sedute deliberative degli interventi socio-sanitari. Tuttavia, è necessario precisare che il campione di riferimento è costituito dai soli 30 PAT, considerando quali semplici informazioni integrative quelle contenute negli altri documenti.

Al fine di assicurare l'imparzialità del processo di analisi, si è provveduto a rendere anonime le aziende/i distretti a cui i documenti sono riferiti, indicandoli con una lettera alfabetica.

#### 4.2. Specificazione delle macro-aree, delle categorie e dei parametri e loro valutazione

Una prima lettura dei Programmi delle attività territoriali, ne ha evidenziato un'estrema eterogeneità formale e contenutistica. L'avvio del processo di *benchmarking* per la selezione dei PAT «eccellenti» ha dunque richiesto una previa omogeneizzazione dei loro contenuti<sup>7</sup>.

Essa è avvenuta definendo innanzitutto delle macro-aree di analisi, con caratteristiche di esaustività, indipendenza reciproca e mutua esclusività. In relazione al dettato normativo del D.L.vo 229/1999 sono state individuate come *macro-aree*:

- la *mappatura del territorio* (per la descrizione delle condizioni di contesto);
- l'*attività svolta* (per la descrizione della produzione diretta del distretto);
- la *programmazione* (per la descrizione della prospettiva programmatoria usata).

All'interno delle tre macro-aree:

- a) sono state individuate delle categorie analitiche di contenuto;
- b) sono stati determinati parametri specifici per la valutazione di qualità.

La **tabella 2** sintetizza le macro-aree, le categorie ed i parametri; inoltre evidenzia che ogni categoria di contenuto è stata valutata sulla base di tutti i parametri della macro-area di riferimento.

Il gruppo di progetto ha predefinito *ex-ante* una scala di valutazione dell'importanza relativa finale delle macro-aree che, implicitamente, stabilisce un sistema di pesi numerici da attribuire ai parametri rispetto alla macro-area.

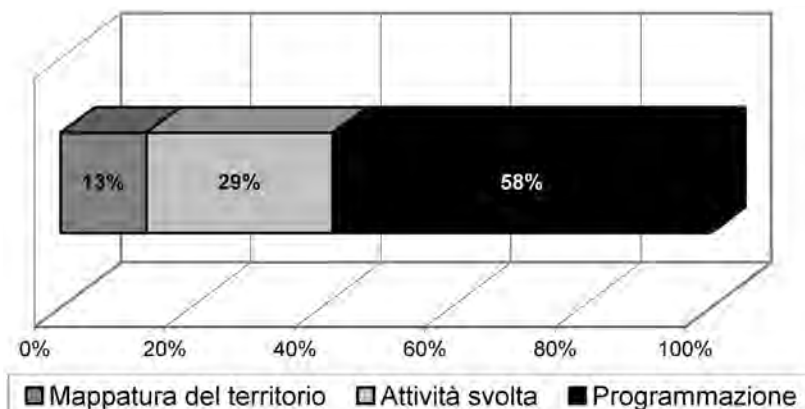
In altre parole sono stati preliminarmente risolti due ordini di problemi:

- 1) definire un'ipotesi di valutazione dell'importanza relativa finale delle macro-aree, tenuto conto del ruolo e delle finalità del PAT;
- 2) definire di conseguenza un sistema di pesi numerici da attribuire ai parametri.

La soluzione al primo problema è rappresentata in **figura 2**, dove viene esplicitata percentualmente l'ipotesi definitoria iniziale della scala di valutazione dell'importanza relativa delle macro-aree. La lunghezza complessiva della barra rappresenta il 100% cioè la valutazione complessiva finale della qualità di un possibile PAT, mentre i singoli segmenti prefigurano l'ipotetica importanza percentuale delle macro-aree di analisi del PAT.

**Tabella 2**  
Macro-aree, categorie e parametri di valutazione

Macro-aree di analisi	Categorie di contenuto	Parametri di valutazione
Mappatura del territorio	Dati generali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza/ assenza di indicatori sull'azienda e/o sul distretto,</li> <li>- sistematica rappresentazione dei dati/ indicatori,</li> <li>- rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità,</li> <li>- completezza dei dati/ indicatori</li> </ul>
	Dati socio-demografici	
	Dati epidemiologici	
Attività svolta	Assistenza primaria e continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza/ assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura org.va in M.O., U.O.,</li> <li>- presenza/ assenza di indicatori di attività erogata,</li> <li>- presenza/ assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione residente e non,</li> <li>- presenza/ assenza dei indicatori di mobilità passiva,</li> <li>- presenza/ assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità),</li> <li>- presenza/ assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda e/o sul distretto,</li> <li>- sistematica rappresentazione dei dati/ indicatori di attività,</li> <li>- rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità,</li> <li>- presenza/ assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto</li> </ul>
	Integrazione socio-sanitaria	
	Specialistica ambulatoriale	
	Area ospedaliera	
	Salute mentale	
	Sanità pubblica	
	Farmaceutica	
Programmazione	Assistenza primaria e continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza/ assenza di obiettivi descrittivi e/o quantitativi, sul distretto e/o sull'azienda</li> <li>- presenza/ assenza dell'indicazione delle azioni in relazione agli obiettivi,</li> <li>- presenza/ assenza di criteri di verifica degli obiettivi,</li> <li>- rappresentazione di tipo formale oppure sostanziale (supportata da dati epidemiologici, statistici, economici, ecc.) degli obiettivi,</li> <li>- rappresentazione generica/ specifica (articolata in sub-obiettivi) degli obiettivi,</li> <li>- presenza/ assenza di dati prospettici di consumo dei servizi,</li> <li>- presenza/ assenza di dati economico-finanziari sul costo di realizzazione degli obiettivi e sulle risorse materiali/ umane disponibili,</li> <li>- sistematica rappresentazione dei dati/ obiettivi</li> <li>- presenza/ assenza di un ulteriore corredo di analisi delle criticità,</li> <li>- presenza/ assenza della previsione di strumenti di valutazione delle scelte "make/buy"</li> </ul>
	Integrazione socio-sanitaria	
	Specialistica ambulatoriale	
	Area ospedaliera	
	Salute mentale	
	Sanità pubblica	
	Farmaceutica	



**Figura 2**

Importanza relativa delle macro-aree di analisi: ipotesi definitoria iniziale

Come mostrato in figura 2, la natura programmatoria del PAT emerge dall'importanza percentualmente maggiore assegnata alla macro-area «programmazione». Tra le due rimanenti macro-aree, la scelta è stata quella di valorizzare «attività svolta» più della «mappatura del territorio» perché la programmazione delle attività del distretto si regge maggiormente sulla conoscenza degli attuali volumi di offerta piuttosto che degli indici socio-demografici ed epidemiologici della mappatura del territorio, i quali inquadrano il contesto di riferimento ma sono modificabili solo nel lungo periodo.

A questo punto, anche il secondo problema di definizione di un sistema di pesi numerici da attribuire ai parametri risulta implicitamente risolto. Infatti, dato:

- il numero di categorie di contenuto per macro-area,
- il numero di parametri di valutazione della qualità per macro-area,

- l'importanza relativa percentuale delle tre macro-aree,

si tratta semplicemente di ripercorrere il seguente schema logico a partire dalla definizione dei pesi dei singoli parametri:

- a) trasformare l'importanza relativa (percentuale) di macro-area in un risultato numerico assoluto;
- b) ottenere il risultato numerico assoluto come somma aggregata dei pesi attribuiti ai parametri per le categorie di contenuto.

Pertanto, il peso di ogni singolo parametro dipende:

- 1) verso l'esterno, dall'importanza relativa (percentuale) della macro-area di riferimento;
- 2) verso l'interno (cioè all'interno di una macro-area) dalla rilevanza (peso) che il gruppo di progetto gli attribuisce nel valutare la qualità delle categorie di contenuto, rispetto agli altri parametri di macro-area, ma sempre subordinatamente al punto 1.

Se consideriamo una data macro-area, un parametro al suo interno può assumere:

- peso pari a 0 se non presente sulla relativa categoria di contenuto;
- peso variabile tra 0,5 e 4 se presente, come nell'esempio mostrato in **tabella 3** per la macro-area «attività svolta».

Conseguentemente, il risultato numerico assoluto di macro-area è dato da:

$Macro - area = \sum_{i=0}^{i=n} C_i$ <p style="text-align: right;"><i>con n = numero di categorie della macro-area</i> <i>C<sub>i</sub> = categorie di contenuto</i></p>
$C_i = \sum_{y=0}^{y=m} P_y$ <p style="text-align: right;"><i>con m = numero di parametri della macro-area</i> <i>P<sub>y</sub> = parametri di valutazione</i></p>
<p>L'importanza relativa di macro-area è ricalcolata sui risultati numerici assoluti ottenuti nel campione di PAT, dove</p>
$PAT = \sum Macro - area_x$ <p style="text-align: right;"><i>con x = numero di macro-aree</i></p>
<p>per verificarla rispetto all'ipotesi iniziale.</p>

#### 4.3. Definizione del *benchmark* di valutazione

Nell'applicazione della logica del *benchmarking*, si associa alla valutazione numerica assoluta un ulteriore strumento di analisi, la scala *benchmark*, la cui importanza è legata alla capacità di relativizzare, rispetto alla definizione di *range* di «qualità», i risultati della ricerca.

Nell'analisi in oggetto, sono state definite tre scale *benchmark*, una per ogni macro-area, di seguito denominate semplicemente *benchmark* di riferimento<sup>8</sup>, al fine di selezionare i PAT.

Il gruppo di progetto ha definito:

- a) tre *range* di valori per ogni *benchmark*: basso, medio, alto;
- b) un limite minimo ed uno massimo per ogni *benchmark*.

I limiti minimo e massimo sono stati calcolati come risultato della macro-area (somma dei risultati delle categorie ottenuta, a sua volta, come somma dei punteggi dei parametri) considerando:

- per il limite minimo, l'assenza degli elementi sulle categorie<sup>9</sup>,
- per il limite massimo, la presenza degli elementi di macro-area su tutte le categorie di contenuto.

Il limite minimo e massimo del *benchmark* rappresentano anche, rispettivamente, il valore inferiore del *range* «basso», e quello superiore del *range* «alto».

Gli altri valori di *range* sono stati calcolati prendendo a riferimento la media empirica di macro-area, sul campione dei PAT, ed aggiungendo o togliendo a questa un 25%.

Il *benchmark* di qualità complessiva è stato ottenuto, nei suoi *range* e limiti, per somma dei risultati dei *benchmark* di macro-area, come mostrato in **tabella 4**.

#### 4.4. Discussione dei risultati dell'analisi

Il processo di *benchmarking* si conclude con la selezione dei PAT «eccellenti», la quale avviene incrociando i risultati dei singoli PAT con i *range* di «qualità» definiti dal *benchmark*.

In **figura 3**, ogni istogramma<sup>10</sup> rappresenta la valutazione numerica complessiva di un PAT (somma dei risultati ottenuti dalle macro-aree); le linee orizzontali definiscono i *range* del *benchmark* di qualità complessiva. Per ogni istogramma viene evidenziata anche la composizione interna delle valutazioni attribuite alle macro-aree di analisi: si può complessivamente rilevare che la mappatura del territorio è ovunque sviluppata, in maniera abbastanza omogenea, mentre le differenze di valutazione si giocano sull'attività svolta e sulla programmazione (macro-aree critiche).

L'eccellenza (cioè la capacità di raggiungere il *range* di qualità «alto») appartiene a tre soli PAT e nessuno di essi raggiunge il limite massimo poiché, come già sottolineato, la valutazione numerica complessiva di un PAT è stata eseguita in relazione al campione, mentre la fissazione del limite massimo del *benchmark* è stata predefinita come la presenza degli elementi di macro-area su tutte le categorie di contenuto.

Un approfondimento di analisi sulle macro-aree critiche consente di tracciare la matrice cartesiana di **figura 4**: tale matrice incrocia i risultati ottenuti dai vari PAT su attività svolta e su programmazione; le linee perpendicolari sono le medie empiriche delle due macro-aree sul campione. Dalla lettura del grafico, si potrebbe ipotizzare che quanti non hanno la capacità di descrivere in maniera esaustiva la propria offerta (o produzione diretta), non sono in possesso dei requisiti per effettuare un'efficace programmazione, anche se la mappatura del territorio effettuata risulta buona.

In realtà, la relazione lineare evidenziata dalla matrice rispetto alle macro-aree critiche (attività svolta e programmazione) va accuratamente soppesata, considerando che entrambe sono il frutto di una valutazione esercitata sulle stesse categorie di contenuto. La rilevazione più interessante, invece, risulta essere che la maggior parte dei PAT, rispetto alla programmazione (descritta lungo l'asse delle ascisse) e all'attività svolta (descritta lungo l'asse delle ordinate), si colloca al di sotto della media.

Tabella 3

Determinazione del risultato di macro-area e di categoria

\* Per le categorie di contenuto asteriscate, i seguenti parametri di valutazione: – presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva, – presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda/sul distretto risultano assenti, perché non valutabili

**MACRO-AREA «Attività svolta»**  
**Importanza % ipotetica = 29%**

Categorie di contenuto	Parametri di valutazione	Pesi dei parametri	
		Assenza	Presenza
<i>Assistenza primaria e continuità assistenziale *</i>	Presenza/assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura organizzativa in M.O., U.O.	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di attività erogata	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione non residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità)	0	0,8
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda	0	0,5
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sul distretto	0	0,5
	Sistematica rappresentazione dei dati/indicatori di attività	0	1
	Rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità	0	4
	Presenza/assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto	0	3
<i>Integrazione socio-sanitaria *</i>	Presenza/assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura organizzativa in M.O., U.O.	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di attività erogata	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione non residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità)	0	0,8
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda	0	0,5
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sul distretto	0	0,5
	Sistematica rappresentazione dei dati/indicatori di attività	0	1
	Rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità	0	4
	Presenza/assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto	0	3
<i>Specialistica ambulatoriale</i>	Presenza/assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura organizzativa in M.O., U.O.	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di attività erogata	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione non residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità)	0	0,8
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda	0	0,5
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sul distretto	0	0,5
	Sistematica rappresentazione dei dati/indicatori di attività	0	1
	Rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità	0	4
	Presenza/assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto	0	3
<i>Area ospedaliera</i>	Presenza/assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura organizzativa in M.O., U.O.	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di attività erogata	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione non residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità)	0	0,8
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda	0	0,5
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sul distretto	0	0,5
	Sistematica rappresentazione dei dati/indicatori di attività	0	1
	Rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità	0	4
	Presenza/assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto	0	3

**segue Tabella 3**

Determinazione del risultato di macro-area e di categoria

\* Per le categorie di contenuto asteriscate, i seguenti parametri di valutazione: – presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva, – presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda/sul distretto risultano assenti, perché non valutabili

**MACRO-AREA «Attività svolta»**  
**Importanza % ipotetica = 29%**

Categorie di contenuto	Parametri di valutazione	Pesi dei parametri	
		Assenza	Presenza
<i>Salute mentale *</i>	Presenza/assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura organizzativa in M.O., U.O.	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di attività erogata	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione non residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità)	0	0,8
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda	0	0,5
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sul distretto	0	0,5
	Sistematica rappresentazione dei dati/indicatori di attività	0	1
	Rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità	0	4
	Presenza/assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto	0	3
<i>Sanità pubblica *</i>	Presenza/assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura organizzativa in M.O., U.O.	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di attività erogata	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei servizi del distretto da parte della popolazione non residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità)	0	0,8
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda	0	0,5
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sul distretto	0	0,5
	Sistematica rappresentazione dei dati/indicatori di attività	0	1
	Rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità	0	4
	Presenza/assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto	0	3
<i>Farmaceutica *</i>	Presenza/assenza di una descrizione dell'articolazione della struttura org.va in M.O., U.O.	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di attività erogata	0	1
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei farmaci da parte della popolazione residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo dei farmaci da parte della popolazione non residente	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di mobilità passiva	0	0,8
	Presenza/assenza di indicatori di consumo complessivo (tenuto conto della mobilità)	0	0,8
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sull'azienda	0	0,5
	Presenza/assenza dell'indicazione dei tempi di attesa sul distretto	0	0,5
	Sistematica rappresentazione dei dati/indicatori di attività	0	1
	Rappresentazione dei dati in modo puramente descrittivo oppure funzionale alla fissazione di obiettivi e all'individuazione di criticità	0	4
	Presenza/assenza di un'allocazione delle risorse per tipologia di servizio offerto	0	3

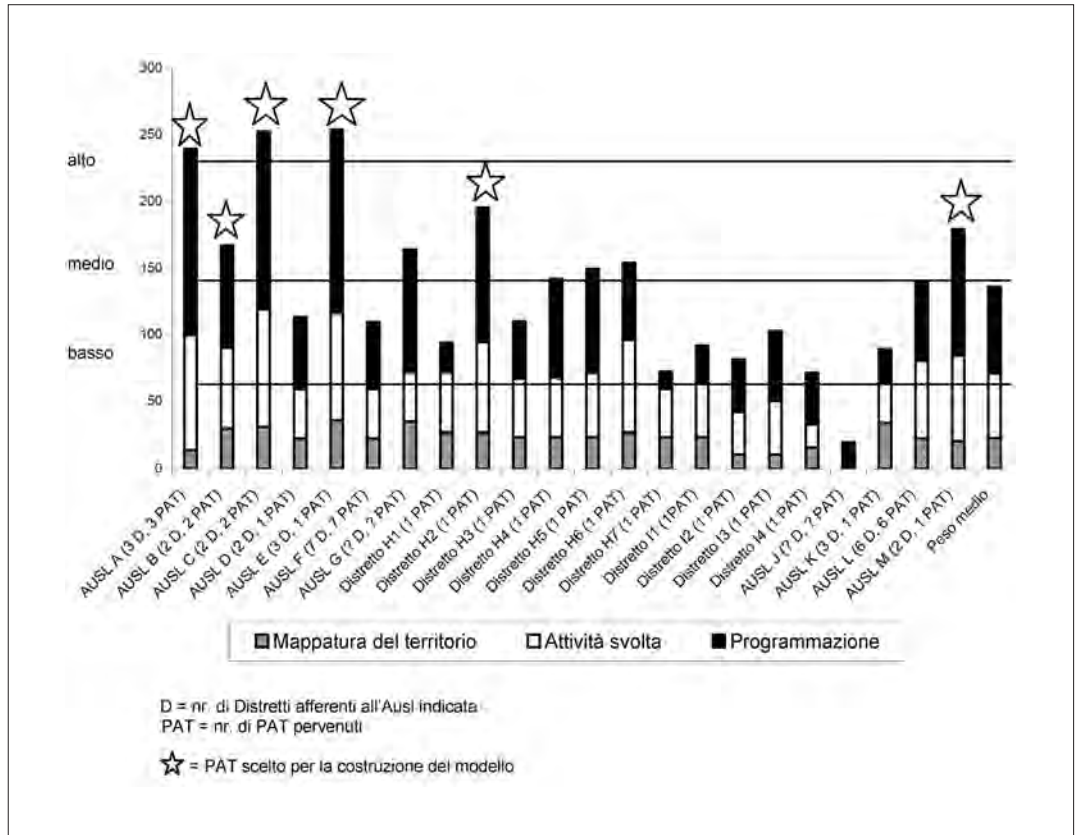
**Tabella 4**

Benchmark di macro-area e loro range

Range	Benchmark mappatura del territorio	Benchmark attività svolta	Benchmark programmazione	Benchmark qualità complessiva
Basso	0*-11	0*-21	20*-54	20-86
Medio	11,3-26	21,3-54	54,3-102	87-182
Alto	26,3-39**	54,3-90**	102,3-160**	183-289
* Limite minimo del benchmark di macro area. ** Limite massimo del benchmark di macro area.				

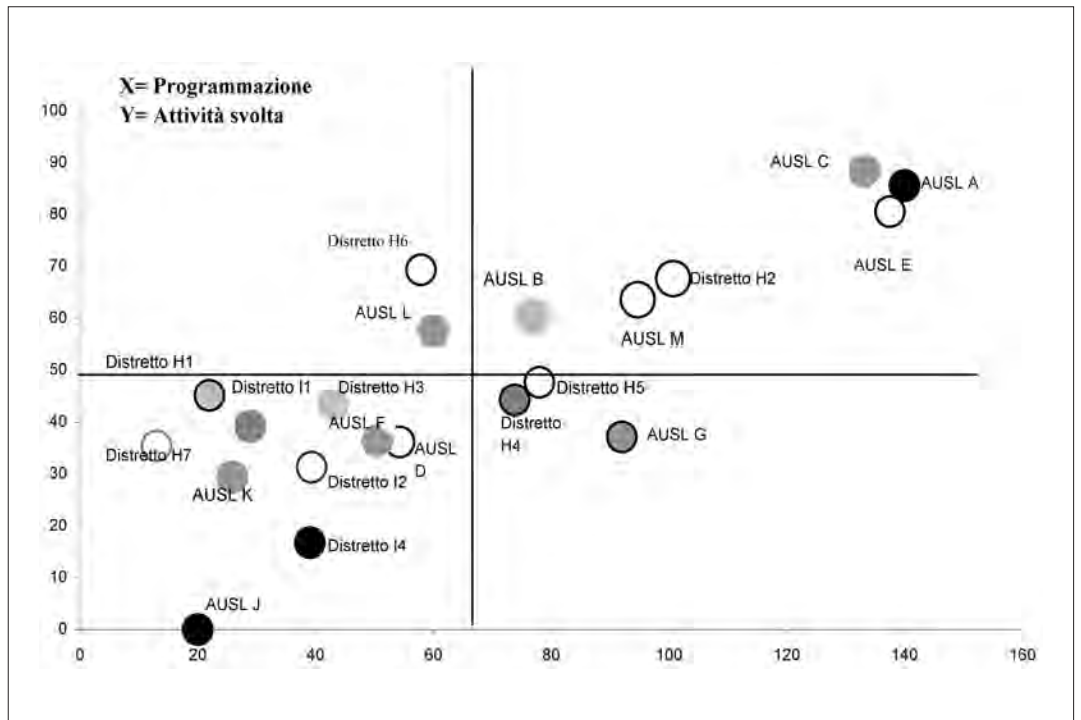
**Figura 3**

Valutazione di qualità complessiva e composizione dei punteggi



**Figura 4**

Valutazione di qualità dei PAT: mappa di posizionamento





## 5. Definizione del modello di PAT: linee-guida di contenuto

La costruzione del sistema di valutazione della qualità dei Programmi delle Attività Territoriali esistenti, così come descritto al § 4, è risultata di fondamentale importanza per conseguire l'obiettivo finale, consistente nella definizione di un'ipotesi di contenuti omogenei per un unico modello di PAT.

Infatti, sono stati scelti, su indicazione convenzionale del gruppo di progetto, sei PAT «eccellenti», i cui contenuti sono divenuti oggetto del modello.

La struttura formale del PAT che viene proposto ricalca, in generale, le macro-aree dell'analisi:

- mappatura del territorio;
- attività svolta;
- programmazione;
- allegati.

### 5.1. Mappatura del territorio

La mappatura del territorio dovrebbe consentire di determinare agevolmente la migliore localizzazione dei servizi e di stimare il «bisogno atteso», cioè non espresso, ma prevedibile, sulla base dei *trend* di evoluzione della popolazione e dei fattori epidemiologici. Nell'impossibilità di valutare contemporaneamente tutti i fattori implicati sarebbe opportuno rappresentare:

a) le omogeneità territoriali, per convergenza di alcuni indicatori socio-demografici, particolarmente significativi (es. residenti, densità, indici di invecchiamento/vecchiaia/dipendenza, tasso di natalità/fecondità);

b) la tipologia e il livello di decentramento dei servizi attuali (esprimendo indici di attività/servizio in funzione della popolazione residente o del bacino di potenziali utenti);

c) l'accessibilità dei servizi, intesa come vicinanza all'offerta specifica, tenuto conto dei trasporti pubblici e della mappa *clusterizzata* degli indici epidemiologici più critici, per incidenza, sul territorio.

### 5.2. Attività svolta

L'attività svolta dovrebbe riportare:

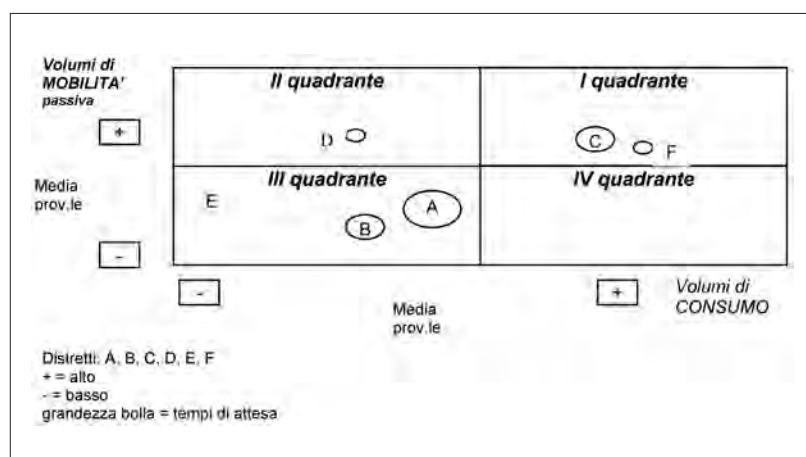
a) la descrizione della produzione diretta del distretto suddivisa nelle seguenti categorie:

- Assistenza Primaria e continuità assistenziale;
- Integrazione socio-sanitaria;
- Specialistica ambulatoriale (in produzione diretta);
- Area ospedaliera (in produzione diretta);
- Salute mentale;
- Sanità pubblica;
- Farmaceutica.

Per ogni categoria sarebbe opportuno individuare alcuni indicatori dei volumi di attività erogata, dei volumi di consumo dei servizi da parte della popolazione residente e non residente, dei volumi di mobilità passiva e dei tempi di attesa;

b) la descrizione ed il monitoraggio di alcune categorie critiche (che dalla lettura dei PAT «eccellenti» sono risultate essere l'assistenza specialistica, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza farmaceutica), attraverso matrici di volume di consumo/volume di mobilità passiva come quella rappresentata in **figura 5** (oppure matrici di spesa farmaceutica pro-capite/ DDD die pro-capite, per l'assistenza farmaceutica). Questo specifico strumento, mediato dalle matrici BCG e McKinsey di programmazione strategica (Boxwell Jr., 1994; Porter, 1985), può essere variamente declinato prescegliendo due, o al massimo tre, variabili significative rispetto al fenomeno di interesse<sup>11</sup>. Il valore assunto dalle variabili determina il posizionamento dei vari distretti in uno dei quattro quadranti

**Figura 5**  
Strategie d'azione attraverso la matrice consumo/mobilità



della matrice. Ad ogni quadrante può essere associata una certa strategia d'azione per correggere il *trend* in atto. Eccettuato il terzo quadrante, dove i valori di consumo e mobilità sono bassi, un eventuale posizionamento negli altri quadranti richiede di agire alternativamente sul consumo o sulla mobilità, se troppo elevati. Agire significa sforzarsi di trovare una variabile «causa» che, se opportunamente manovrata, consente di risolvere la situazione di squilibrio. Nel caso in esame, le leve da manovrare potrebbero essere i tempi di attesa, oppure il livello di offerta dei servizi;

c) un inquadramento della compatibilità delle risorse, indicante:

- valore e costi della produzione per categoria;
- composizione percentuale dei costi per categoria;
- calcolo dei costi pro-capite e consuntivi percentuali;
- valutazione dei costi pro-capite e consuntivi percentuali sopra o sotto media provinciale: nel primo caso, la valutazione potrebbe sostanziare un obiettivo di rientro economico-finanziario.

### 5.3. Programmazione

La sezione del PAT riservata alla programmazione dovrebbe contenere:

a) i criteri guida per la definizione degli obiettivi, per ogni tipologia di attività/servizio, distinguendo fra obiettivi di:

- interesse regionale,
- risposta a criticità rilevate nell'attività attuale,
- investimento/ sviluppo,
- particolare interesse sociale;

b) la rappresentazione tabellare, per area di attività/ servizio di:

- obiettivi,

- peso (rispetto al raggiungimento della strategia),
- azioni,
- criteri di verifica,
- verifica della compatibilità/copertura economica.

### 5.4. Allegati

Gli allegati, infine, dovrebbero costituire il raccordo specifico del PAT con il Piano sociale di zona, nell'area di integrazione socio-sanitaria (famiglia, infanzia e adolescenza, anziani, disabili, immigrati, poveri, affetti da dipendenza, altro) e rappresentare la risposta «buy» alla domanda non soddisfatta dal «make», secondo lo schema della **tabella 5**.

## 6. Osservazioni conclusive: limiti e vantaggi dell'analisi

In un contesto di razionalità limitata, analizzare processi di programmazione implica «tentare di agire sul futuro» e selezionare ed utilizzare le informazioni disponibili oggi per compiere scelte che avranno una consapevole ripercussione su uno scenario prospettico, coerentemente ipotizzabile, data l'esperienza attuale<sup>12</sup>.

Il distretto socio-sanitario, per un principio di sussidiarietà e decentramento, è direttamente coinvolto nella definizione dei processi di programmazione dei propri servizi. La loro corretta espressione incide direttamente sulla domanda di salute della popolazione di riferimento e sulla capacità di programmazione strategica di altri soggetti sopra-ordinati (di livello aziendale o regionale), nonché sulla concreta espressione della logica di *governance*.

L'obiettivo di definizione di un'ipotesi di contenuti per un modello di PAT, ha risposto sia al bisogno del distretto di strutturare il proprio principale documento di program-

**Tabella 5**

Determinazione del gap fra domanda e offerta, colmabile con soluzioni *buy*

Area di attività	Popolaz. di rif. (target)	Strumento (es. convenz. accordo di fornitura)	Offerta desiderata	Offerta attuale	Gap di offerta colmabile	Previsione di spese (per personale, materiali, infrastrutture)	Previsione della copertura finanziaria

mazione, sia all'esigenza della Regione di definire lo stato dell'arte dei PAT esistenti.

Possiamo ricondurre lo sviluppo dell'obiettivo dell'analisi a due fasi ben distinte: la costruzione di un sistema di valutazione dei PAT esistenti e la costruzione vera e propria del modello di PAT.

Seppure l'analisi svolta presenti alcuni limiti riconducibili

a) al fatto di fondarsi sulla rappresentazione documentale e non reale del processo di programmazione e del contesto di riferimento,

b) alla forte disomogeneità, formale e contenutistica, dei PAT e, di conseguenza alla necessità di categorizzare i dati per macroaree e categorie di contenuto, prima di esercitare su di essi una valutazione, secondo un opportuno sistema di codifica,

sono numerosi i benefici che derivano dallo studio.

In relazione alla costruzione del sistema di valutazione dei PAT esistenti, si possono annoverare tra i vantaggi:

– la trasparenza, chiarezza e condivisibilità del processo di *benchmarking* e dei suoi risultati;

– la possibilità di ripetere lo stesso processo anche su altre tipologie di documenti di programmazione, una volta esplicitate le categorie di contenuto, i parametri di valutazione ed il peso da attribuire loro;

– il coinvolgimento di un ampio gruppo di professionalità, operanti in strutture diverse, quindi la possibilità di beneficiare di un ampio spettro di punti di vista sui PAT e la loro valutazione.

In relazione alla definizione del modello di PAT, i vantaggi possono essere ricondotti:

– al miglioramento dell'operatività del distretto socio-sanitario, nell'inquadrare i dati della propria programmazione;

– all'ampia e diretta applicabilità del modello in svariati contesti: il fatto che non fornisca prescrizioni ma strumenti di approfondimento e di indagine, per la fissazione di obiettivi, lo rende di estrema duttilità.

La risposta tracciata con il modello può rappresentare il punto di partenza per un'efficace programmazione, che soddisfi le esigenze di comunicazione interna ed esterna.

Nel caso di studio, i risultati ottenuti hanno consentito alla Regione di predisporre le linee-guida di compilazione dei PAT per l'anno 2005.

## Note

1. L'espressione «governance» identifica la capacità di creare consenso e condivisione sulla soluzione di un problema, mobilitando più soggetti interessati e rinunciando alla «best solution» individuata dall'unica razionalità tecnico-economica, come presupposto da una logica di «government». Per approfondimenti, si vedano Borgonovi (2004), pp. 37-41; Anselmi (1995).
2. Si confrontino OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (2002); Vagnoni (2005): pp. 36-41.
3. Buchanan (1999). Nel ciclo di programmazione e controllo il PAT si colloca come strumento di fissazione di obiettivi di tipo operativo e a breve termine, questi sono strettamente correlati sia alla programmazione strategica a lungo termine dei Piani sociali di zona (per gli interventi di integrazione socio-sanitaria), sia alla valutazione dei risultati assistenziali che viene effettuata, in Emilia-Romagna, tramite il Bilancio di missione aziendale (art. 6, L. reg. 29/2004). Sul concetto di programmazione strategica ed operativa e sulle loro interrelazioni, si veda Bergamin Barbato (1991).
4. In particolare Bailey (1995); Bierstedt (1957) e Lundberg (1939), mentre Gouldner (1962) valorizza l'uso di metodi qualitativi piuttosto che quantitativi, fatta salva l'esplicitazione dei valori utilizzati nella ricerca.
5. Per la definizione e l'applicazione del *benchmarking* si vedano, in particolare, Barretta, Vagnoni (2005); Camp (1995); Foglietta (2005).
6. Il gruppo di progetto è costituito da Fosco Foglietta, Direttore generale dell'Azienda Usl di Ferrara, Clara Curcetti, Dirigente del Servizio assistenza distrettuale pianificazione e sviluppo dei Servizi sanitari Regione Emilia-Romagna, Maria Pia Lazzarato, Direttore generale dell'Azienda Usl di Parma, Maria Chiara Tassinari, Direttore del Distretto Centro-Nord Azienda Usl di Ferrara, Stefano Carlini, Responsabile dell'Unità operativa Programmazione e controllo di gestione Azienda Usl di Ferrara e da Laura Maran, Dottoranda in Economia Aziendale e degli Intermediari Finanziari, Dipartimento di Economia istituzionali e territorio, Università di Ferrara.
7. La metodologia di *content analysis* descritta e sviluppata trova le sue basi teoriche in Bailey (1995); McNeil (1999); Humphrey, Lee (2004).
8. C.E. Bogan, M.J. English (1994), *Benchmarking for Best Practices: Winning Through Innovative Adaptation*, McGraw Hill, New York, riportano la seguente definizione di *benchmark*: «A standard of excellence or achievement against which other similar things

- must be measured or judged», dunque, «lo standard rispetto al quale misurare o giudicare».
9. Il limite minimo del *benchmark* è «0» per mappatura del territorio ed attività attuale, salvo che per la «Programmazione», dove è «20», perché un PAT, per quanto incompleto, deve citare almeno alcuni obiettivi, altrimenti non esisterebbe.
  10. Il numero di istogrammi in figura 4 è inferiore al campione analizzato di 30 PAT, in quanto si è scelto di visualizzare un solo punteggio sia per i PAT aziendali (un unico documento contenente i dati di tutti i distretti) sia per i PAT distrettuali che, rispetto all'Ausl di riferimento, sono identici per forma e per tipologia di contenuti. Nel caso dell'Ausl G, mancando il PAT, la valutazione è stata formulata sulla base degli altri documenti «non PAT» inviati.
  11. Si confrontino Lega (2000); Ippolito, Tremante, Viggiani (2003): p. 116. Gli Autori considerano quali variabili di interesse il «valore medio dei pesi relativi Drg» e i «Ricavi su (costi diretti + costi intermedi)», con tutti i limiti del caso.
  12. Si confrontino Simon (1961), in merito alle decisioni in contesti di razionalità limitata e Miolo Vitali (1993), in merito ai cicli di programmazione e controllo e alle loro interrelazioni nei processi di scelta all'interno delle aziende.

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

- ANSELMINI L. (1995), «Il modello aziendale del nuovo SSN», *Mecosan*, 16.
- BAILEY K.D. (1995), *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- BARRETTA A., VAGNONI E. (2005), *Il benchmarking in ambito sanitario*, Cedam, Padova.
- BERGAMINI BARBATO M. (1991), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, Torino.
- BIERSTEDT R. (1957), *The Social Order*, McGraw Hill, New York.
- BORGONOVINI E. (2004), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BOXWELL R.J. JR. (1994), *Benchmarking for Competitive Advantage*, McGraw Hill, New York.
- BUCHANAN D.A. (1999), «The Logic of Political Action: an Experiment with the Epistemology of the Particular», *British Journal of Management*, vol. 10, pp. S73-S88.
- CAMP R.C. (1995), *Business Process Benchmarking: Finding and Implementing Best Practices*, Quality Press, Milwaukee, WI.
- CURCETTI C., PASINI P. (a cura di) (2001), «Il programma delle Attività Territoriali», Seminario regionale, 12 ottobre 2001, Rimini.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- FARNETTI G. (1995), *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica: il sistema, i principi, i valori*, Giappichelli, Torino.
- FOGLIETTA F. (2005), «Il contributo del benchmarking alla gestione delle risorse umane nel settore amministrativo», in A. Barretta, E. Vagnoni, *Il benchmarking in ambito sanitario*, Cedam, Padova.
- GOULDNER A.W. (1962), «Anti-Minotaur: The Mith of a Value-free Sociology», *Social Problems*, 9 (Winter), pp. 199-213.
- HUMPHREY C., LEE B. (2004), *The real life guide to Accounting Research – A behind-the-scene view of using qualitative research methods*, Elsevier, London.
- IPPOLITO A., TREMANTE G., VIGGIANI V. (2003), «Le matrici di posizionamento: uno strumento innovativo per le aziende sanitarie», *Mecosan*, 47, pp. 113-124.
- LEGA F. (2000), «L'applicazione delle matrici di portafoglio nella pianificazione strategica delle strutture ospedaliere», *Mecosan*, 34.
- LUNDBERG G.A. (1939), *Foundations of Sociology*, Macmillan, New York.
- MARTINI M., RICCÒ D., PRANDI F., COSMI L., DEL VECCHIO M. (2004), «Un'analisi in chiave strategica dei meccanismi operativi. Il caso AUSL Reggio Emilia», *Mecosan*, 50.
- MCKEOWN T. (1991), *The Origins of Human Disease*, Blackwell, Oxford.
- MCNEIL P. (1999), *Research Methods*, Routledge, London.
- MIOLO VITALI P. (1993), *Il sistema delle decisioni aziendali: analisi introduttiva*, Giappichelli, Torino.
- NOACK H. (1987), «Concepts of health and health promotion», in T. Abelin, Z.J. Brzeninski, V.D. Carstairs, *Measurement in health promotion and protection. European Series no. 2*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- OECD, DIRECTORATE FOR EMPLOYMENT, LABOUR AND SOCIAL Affairs (2002), *OECD Health Working Papers*, Head of Publications Service OECD, Paris.
- PORTER M.E. (1985), *The Competitive Advantage*, The Free Press, New York, trad. it. (1987), *Il vantaggio competitivo*, Comunità, Milano.
- SIMON H.A. (1961), *Administrative Behavior*, Macmillan, New York, trad. it (1993), *Il comportamento amministrativo*, Il Mulino, Bologna.
- VAGNONI E. (2005), *La direzione delle aziende sanitarie – Criticità di contesto, economicità e tutela della salute*, Franco Angeli, Milano.
- ZANETTI M., MONTAGUTI U., RICCIARELLI G., CELIN D., PIERONI G., CASADIO E., CURCIO RUBERTINI B., ZAPPI A. (1996), *Il medico e il management – guida ragionata alle funzioni gestionali*, Accademia Nazionale di Medicina, Modena.
- ZANGRANDI A. (1994), *Autonomia ed economicità nelle aziende pubbliche*, Giuffrè, Milano.

# NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Stefano Baraldi

## IL BALANCED SCORECARD NELLE AZIENDE SANITARIE

MCGRAW-HILL, MILANO, 2005, PP. 587, € 32,00

*A più di dieci anni dalla sua nascita, il balanced scorecard è ormai riconosciuto come una delle tecniche che ha saputo influenzare lo sviluppo del pensiero manageriale. La capacità di ridurre le barriere che, nelle organizzazioni complesse, si frappongono tra le strategie e la loro realizzazione ha favorito la diffusione del modello di Kaplan e Norton in ogni genere di contesto aziendale. Ancora una volta la sanità si trova di fronte alla sfida dell'innovazione. Da un lato, la crescente pressione verso un continuo miglioramento delle proprie performance spinge inevitabilmente le aziende sanitarie a guardare con interesse e curiosità verso strumenti innovativi come il balanced scorecard. Dall'altro, non sempre l'innovazione «paga» o risulta concretamente praticabile. Questo libro vuole offrire al lettore la possibilità di uscire da questa condizione di incertezza, «calando» la logica del balanced scorecard nella peculiarità delle organizzazioni sanitarie, proponendo una metodologia per la sua concreta implementazione, analizzando da vicino l'esperienza di alcune aziende sanitarie «pioniere».*

**INDICE** PRESENTAZIONE - INTRODUZIONE - A. I SISTEMI DI MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E IL BALANCED SCORECARD - 1. L'EVOLUZIONE DEI SISTEMI DI MISURAZIONE - 2. IL BALANCED SCORECARD - 3. GRAZIE E DISGRAZIE DEL BALANCED SCORECARD - B. IL BALANCED SCORECARD: ISTRUZIONI PER L'USO - 4. LE FASI PER LO SVILUPPO DEL BALANCED SCORECARD - 5. LA CREAZIONE DEL CONSENSO - 6. LA PROGETTAZIONE LOGICA - 7. LO SVILUPPO DELL'ARCHITETTURA INFORMATIVA - 8. LA (DIFFICILE) INTEGRAZIONE NEI PROCESSI MANAGERIALI - 9. LA FASE DI «MANUTENZIONE» E DI SVILUPPO DEL BALANCED SCORECARD - 10. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL CAMBIAMENTO - C. IL BALANCED SCORECARD NELLE AZIENDE SANITARIE - 11. IL BSC NELLE AZIENDE SANITARIE - 12. IL BSC NELLA SANITÀ ITALIANA: UN'ANALISI SUL CAMPO - D. ALCUNE ESPERIENZE AZIENDALI. INTRODUZIONE - 13. A.O. SAN CARLO BORROMEO - 14. ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA - 15. AZIENDA USL BOLOGNA NORD - 16. A.O. UNIVERSITARIA SAN MARTINO - 17. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE - 18. AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI ISONTINA - 19. ENTE OSPEDALIERO CANTONALE DELLA SVIZZERA ITALIANA - 20. IL PROGETTO HOSPITAL REPORT IN ONTARIO - 21. AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE DI BUSTO ARSIZIO - 22. OSPEDALE PEDIATRICO BAMBIN GESÙ - CONCLUSIONI

Antonio Barretta, Emidia Vagnoni (a cura di)

## IL BENCHMARKING IN AMBITO SANITARIO

CEDAM, PADOVA, 2005, PP. 225, € 19,50

*Il presente volume raccoglie le relazioni del convegno «Il benchmarking in ambito sanitario» svoltosi il 24 settembre 2004 presso la Certosa di Pontignano dell'Università degli studi di Siena. L'ampia diffusione di iniziative di benchmarking nel contesto delle aziende sanitarie pubbliche rende tale tematica di grande attualità sia perché, essendo le esperienze in oggetto relativamente recenti, i momenti di riflessione e confronto sono ricercati tanto dagli accademici quanto da coloro che si cimentano operativamente in tale tecnica. Il vo-*

*lume si prefigge di contribuire alla divulgazione e al trasferimento delle esperienze di benchmarking realizzate nelle diverse realtà analizzate e presentate. I primi quattro contributi raccolti nel volume si soffermano sugli aspetti metodologici di una iniziativa di benchmarking in ambito sanitario. Essi costituiscono una sorta di lettura propedeutica ai successivi scritti che si soffermano sulla presentazione e l'analisi critica di specifiche esperienze operative. La varietà di esperienze analizzate fornisce una panoramica sufficientemente rappresentativa dei numerosi processi di benchmarking varati in ambito sanitario in Italia.*

**INDICE** 1. BENCHMARKING E MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE NELLA GESTIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE - 2. IL BENCHMARKING E L'APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO - 3. IL BENCHMARKING ED IL PROCESSO DI PRODUZIONE DI NUOVE CONOSCENZE - 4. I RISCHI E LE OPPORTUNITÀ DELLA COMPARAZIONE INTERAZIENDALE IN SANITÀ - 5. LA POTENZIALITÀ DELLA CONTABILITÀ ECONOMICO-PATRIMONIALE PER IL CONFRONTO DI PERFORMANCE TRA AZIENDE SANITARIE: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA - 5. BENCHMARKING E «BILANCIAMENTO» QUALITÀ-COSTI. UN'ESPERIENZA NAZIONALE RELATIVA ALLE AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE - 7. LA COMPARAZIONE DEGLI INDICATORI DI EFFICIENZA FRA AZIENDE SANITARIE IN TOSCANA - 8. L'OSSERVATORIO REGIONALE DEI COSTI DELLE STRUTTURE SANITARIE TOSCANE - 9. IL CONTRIBUTO ALLA GESTIONE DEL BENCHMARKING ALLA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE NEL SETTORE AMMINISTRATIVO - 10. DATA BENCHMARKING NEI SERVIZI INNOVATIVI DI ASSISTENZA AI MALATI DI ALZHEIMER IN TOSCANA - 11. IL BENCHMARKING SULL'EFFICIENZA IN SANITÀ: DIFFICOLTÀ OPERATIVE E POSSIBILI STRATEGIE PER SUPERARLE

Paolo Bersani, Paolo Frascisco

**AZIENDE SANITARIE E CITTADINO: COMUNICARE CON IL BILANCIO SOCIALE**

IL SOLE 24 ORE, MILANO, 2005, PP. 243, € 25,00

*In questo volume si affronta il tema della specificità del bilancio sociale per le Aziende sanitarie locali, richiamando dapprima le linee di funzionamento di un'azienda sanitaria e le caratteristiche del bilancio sociale per poi percorrere, alla luce di una concreta realizzazione (case study dell'Asl 12 di Biella che, precorrendo i tempi, già da anni predispose il bilancio sociale), i temi entro i quali il documento può essere sviluppato.*

**INDICE** 1. IL FUNZIONAMENTO DI UN'AZIENDA SANITARIA - 2. IL BILANCIO SOCIALE: CARATTERISTICHE GENERALI - 3. IL BILANCIO SOCIALE PER LE AZIENDE SANITARIE

Fabrizia Fontana

**CLINICAL GOVERNANCE: UNA PROSPETTIVA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2005, PP. 209, € 22,00

*La clinical governance si è diffusa nel Regno Unito, a cominciare dall'avvento del governo laburista nella seconda metà degli anni '90, come cambiamento radicale del NHS. Questa emergente forma di governo della sanità riconduce al centro del sistema la qualità dei servizi sanitari, rimasta in ombra dopo un decennio di prevalente attenzione al controllo della spesa. La clinical governance si basa su due dimensioni fondanti: la concezione di sistema e l'integrazione delle istituzioni, delle strutture organizzative e degli strumenti clinici e gestionali. Questo libro affronta l'analisi e la valutazione della clinical governance sviluppata dal Regno Unito nella prospettiva gestionale e organizzativa, tenendo costantemente presente la sua diffusione nel nostro Servizio sanitario nazionale. A tale scopo sono state valutate le condizioni istituzionali, organizzative e culturali, e le esperienze maturate nell'impiego degli strumenti di governo clinico nel Ssn. Particolare attenzione è stata dedicata al processo di implementazione della clinical governance e dei suoi strumenti. L'impostazione data a questo lavoro ha richiesto delle categorie concettuali, degli strumenti analitici e progettuali tipici delle discipline di gestione delle imprese e di quelle organizzative.*

**INDICE** INTRODUZIONE - 1. I MODELLI ISTITUZIONALE DELLA CLINICAL GOVERNANCE - 1.1. INTRODUZIONE; IL MODELLO ISTITUZIONALE NEL REGNO UNITO - 1.2. LA CLINICAL GOVERNANCE NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO - 1.3. LA CONVERGENZA DEI SISTEMI SANITARI VERSO LA CLINICAL GOVERNANCE - 1.4. CONCLUSIONI - 2. QUALITÀ E CLINICAL GOVERNANCE

NANCE: VERSO UNA VISIONE SISTEMICA DELLA QUALITÀ - 2.1. INTRODUZIONE - 2.2. LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ IN SANITÀ - 2.3. GLI STRUMENTI DI MANAGEMENT DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI - 2.4. LA CLINICAL GOVERNANCE COME APPROCCIO SISTEMICO ALLO SVILUPPO DELLA QUALITÀ - 3. LE DIMENSIONI DELLA CLINICAL GOVERNANCE - 3.1. LA CLINICAL GOVERNANCE COME SINTESI MULTIDISCIPLINARE - 3.2. IL CLINICAL RISK MANAGEMENT 3.3. L'AUDIT CLINICO - 3.4. LE LINEE GUIDA CLINICHE - 4. LE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER LO SVILUPPO DELLA CLINICAL GOVERNANCE - 4.1. INTRODUZIONE - 4.2. LA SOLUZIONE DIPARTIMENTALE - 4.3. LE SOLUZIONI DIPARTIMENTALI E LA CLINICAL GOVERNANCE - 4.4. L'ORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI: UN POSSIBILE SCHEMA DI RIFERIMENTO - 4.5. TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO NEI SISTEMI SANITARI: I LIMITI DELL'IMPERATIVO TECNOLOGICO - 4.6. LE SOLUZIONI ICT PER LA CLINICAL GOVERNANCE: VERSO I CLINICAL INFORMATION SYSTEMS - 4.7. CONCLUSIONI - 5. IMPLEMENTAZIONE DELLA CLINICAL GOVERNANCE E GESTIONE DEL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO - 5.1. INERZIA E CAMBIAMENTO - 5.2. IL PARADIGMA SISTEMICO - 5.3. LA TEORIA DELLE CONTINGENZE STRUTTURALI - 5.4. LA TEORIA ECOLOGICA DELLE POPOLAZIONI ORGANIZZATIVE - 5.5. IL PARADIGMA EVOLUTIVO - 5.6. IL PARADIGMA STRATEGIA-STRUTTURA - 5.7. IL NEOISTITUZIONALISMO - 5.8. IL BUSINESS PROCESS REENGINEERING - 5.9. IL CAMBIAMENTO NELLE ORGANIZZAZIONI PROFESSIONALI - 5.10. IL GOVERNO DEL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO - 5.11. IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO NELLE AZIENDE SANITARIE - 5.12. UN MODELLO DI ANALISI PER IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO NELLE AZIENDE SANITARIE - 5.13. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - 6. CONCLUSIONI

Sabina Nuti (a cura di)

**INNOVARE IN SANITÀ.**

**ESPERIENZE INTERNAZIONALI E SISTEMA TOSCANO A CONFRONTO**

EDIZIONI ETS, PISA, 2005, PP. 228, € 15,00

*Il lavoro in sanità costituisce, per chi lo svolge, una grande responsabilità ma, allo stesso tempo, è un'opportunità unica per essere vicino agli altri. Con questa consapevolezza la Regione Toscana assieme al management delle aziende sanitarie ha realizzato alcuni importanti cambiamenti: primo fra tutti l'attivazione in tutti i contesti della cultura del miglioramento. Oggi, infatti, l'opposizione da ricercare non è più tra conservazione e innovazione, ma tra buona conservazione di cose che funzionano, e che per questo sono da mantenere, e miglioramento di quanto può essere fatto meglio. Si tratta dunque di proporre un cambiamento che sia variabile dipendente del miglioramento. Il presente volume raccoglie le idee e le esperienze realizzate dai direttori generali, sanitari e amministrativi del sistema sanitario toscano che hanno partecipato al «Laboratorio Management e Sanità» della Scuola Superiore Sant'Anna nell'ambito del percorso formativo nel corso del 2004 e presenta le conoscenze acquisite con stage di studio in piccoli gruppi, presso istituzioni sanitarie all'estero.*

**INDICE** PREFAZIONE, RICCARDO VARALDO - PREMESSA, ENRICO ROSSI - PRESENTAZIONE, SABINA NUTI - PARTE PRIMA. LA GESTIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI - 1. IL SISTEMA INFORMATIVO A SUPPORTO DELL'INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DI VIC, SPAGNA, ALESSANDRO SCARAFUGGI, ANNA BONINI - 2. LA GESTIONE DELLA FASE DI DIMISSIONE E L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE: L'ESPERIENZA DEL CALIFORNIA PACIFIC MEDICAL CENTER, CECILIA URBANO - 3. I PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI NELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE. UN MODELLO OPERATIVO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE UNIVERSITARIO DI MONACO, ANTONIO DELVINO - 4. L'ORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA DI BASE: L'ESPERIENZA DELLA MUTUA DE TERRASSA, SPAGNA, VAIRO CONTINI, CHIARA GHERARDESCHI - 5. ALCUNE CONSIDERAZIONI DI SINTESI, ALDO ANCONA - PARTE SECONDA. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE - 1. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE IN ONTARIO, CANADA, ENRICO DESIDERI, ALESSIA MACCHIA - 2. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE, SABINA NUTI - 3. ALCUNE CONSIDERAZIONI DI SINTESI, ADALSTEINN BROWN - PARTE TERZA. IL SISTEMA DI APPROVVIGIONAMENTI E DISTRIBUZIONE BENI IN SANITÀ - 1. L'ESPERIENZA HUMANITAS, MILANO, MARIA TERESA DE LAURETIS - 2. L'AGENZIA DI DISTRIBUZIONE DEI BENI DI CONSUMO, ANNA ANCILLOTTI, MASSIMO BRAGANTI, ANNALISA BRAMBINI - 3. ALCUNE CONSIDERAZIONI DI SINTESI, MARIO DEL VECCHIO - PARTE QUARTA. LA GESTIONE DELL'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA E DEL PERCORSO EMERGENZA - 1. L'ESPERIENZA CANADESE DEL PRONTO SOCCORSO, CRISTINA BURIANI, ALESSIA MACCHIA - 2. L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA: L'ORGANIZZAZIONE DELL'HUMANITAS, MILANO, MONICA FRASSINETI - 3. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E I SISTEMI DI MOTIVAZIONE DEL PERSONALE: L'ESPERIENZA DEL CALIFORNIA PACIFIC MEDICAL CENTER DI SAN FRANCISCO, SALVATORE CALABRETTA - 4. ALCUNE CONSIDERAZIONI DI SINTESI SULLA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE IN SANITÀ, ANNA EMANUELA TANGOLO - PARTE QUINTA. LA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA NELLE ISTITUZIONI SANITARIE - 1. LA GESTIONE DELLA RICERCA IN SANITÀ: L'ESPERIENZA DEL CALIFORNIA PACIFIC MEDICAL CENTER DI SAN FRANCISCO, ILDE COIRO - 2. L'ESPERIENZA

DEI TEACHING HOSPITALS SPAGNOLI, BRANKA VUJOVIC, ANNA BONINI - 3. ALCUNE CONSIDERAZIONI DI SINTESI RELATIVE ALLA GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICERCA NELLE ISTITUZIONI SANITARIE, ANDREA DES DORIDES

Rossella Di Marzo, Luigi Gui (a cura di)

**PROPOSTE PER L'INTEGRAZIONE NEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2005, PP. 160, € 14,00

*Il volume trae origine da un'esperienza di ricerca e formazione condotta dall'Azienda Ulss di Belluno con operatori e professionisti che lavorano nei servizi, assieme a ricercatori e docenti provenienti dal mondo accademico; esso si offre come strumento di comprensione e di concreta indicazione di percorsi d'integrazione degli interventi sociali e sanitari. In particolare viene posta attenzione alle modalità di costruzione di una cultura dell'integrazione fra professionisti e ad uno specifico modello organizzativo del lavoro sociale e sanitario coerente con tale obiettivo: l'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD). In tal senso, l'UVMD può presentare la modalità di accesso del cittadino alla rete dei servizi e lo strumento di valutazione/risposta appropriata a diritti/bisogni di salute della persona, si presenta come una significativa dimensione inter-professionale che richiede la condivisione e la strutturazione di una logica valoriale di riferimento, coerente con l'individuazione delle modalità operative ed organizzative in grado di aderirvi. Attraversando i concetti di lavoro di rete e di community care in questo volume viene rielaborata l'esperienza di formazione per orientare nuove modalità di lavoro, centrate sull'integrazione dei saperi, sulla capacità di riflettere da prospettive e competenze diverse sulla medesima complessità del lavoro sociale, infine, su pratiche valutative che abbraccino la globalità dell'esperienza di benessere o di disagio dalle persone cui il sistema dei servizi si rivolge. L'esperienza condotta a Belluno dall'Ulss, quindi, fa da cornice per argomentazioni più generali che possono risultare paradigmatiche anche per altri contesti geografici e fornire utili indicazioni per coloro che hanno responsabilità nel campo dell'organizzazione, della formazione e dell'azione professionale nei servizi sociali e sanitari.*

**INDICE** PRESENTAZIONE, ALBERTO VIELMO - INTRODUZIONE, ANGELO TANZARELLA - PARTE I. IL PROGETTO FORMATIVO - 1. QUALI RECUPERI DI PROFESSIONALITÀ IN SETTORI MULTIDISCIPLINARI? GIULIANO GIORIO - 1.1. TRASFORMAZIONI ALL'UNIVERSITÀ - 1.2. UN NUOVO RUOLO PER LE «SCIENZE SOCIALI» - 1.3. NUOVE PROFESSIONALITÀ «UMANE» AL SERVIZIO DI OGNI «PERSONA UMANA» - 2. GENESI E COORDINATE DI UN PROGETTO, RITA BRESSANI - 2.1. PREMessa - 2.2. IL RIFERIMENTO ALLO SVILUPPO DEL LAVORO DI COMUNITÀ - 2.3. IL COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE - 2.4. CABINA DI REGIA E PROTOCOLLO D'INTENTI - 2.5. BREVI NOTE CONCLUSIVE - 3. PERCORSI DI FORMAZIONE DI SENSO E DI AZIONE, BARBARA BELLOTTO - 3.1. ALCUNE PREMesse SUL TEMA DELLA FORMAZIONE - 3.2. SAPERE PROFESSIONALE E FORMAZIONE - 3.3. LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SOCIO-SANITARI: RIADATTAMENTO E RIORIENTAMENTO - 3.4. INTEGRAZIONE E FORMAZIONE 3.5. UNA OPPORTUNITÀ DI FORMAZIONE INTEGRATA. L'ESPERIENZA DI BELLUNO - 3.6. IL PROCESSO FORMATIVO; UNA FORMAZIONE CHE PRODUCE - PARTE II. LE RETI E LA COMUNITÀ - 1. LA RETICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI: ANNOTAZIONI DI MERITO, ROSEMARY SERRA - 1.1. PREMessa - 1.2. UNA STRATEGIA D'INTERVENTO: IL LAVORO DI RETE - 1.3. PRESUPPOSTI CONCETTUALI E RICADUTE OPERATIVE - 1.4. FILOSOFIA DI RETE, REALTÀ DEI SERVIZI, PRASSI OPERATIVE: ALCUNI NODI CENTRALI - 1.5. IL CONTESTO ITALIANO DI RIFERIMENTO - 1.6. QUALCHE RIFLESSIONE CONCLUSIVA - 2. IL LESSICO DELLA COMMUNITY CARE, BRUNO BORTOLI - 2.1. CENNI SULLA EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI COMUNITÀ E SUOI RIFLESSI SULLE POLITICHE SOCIALI - 2.2. I SERVIZI DI COMMUNITY CARE - 2.3. IL CASE MANAGEMENT - 2.4. ALTRE FUNZIONI COMUNI - 2.5. IL CARE MANAGEMENT NELL'ESPERIENZA BRITANNICA DI COMMUNITY CARE - PARTE III. L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE - 1. INQUADRAMENTO NORMATIVO E ORGANIZZATIVO DELL'UVMD, RAFFAELLO MAGGIAN - 1.1. SERVIZI SOCIALI; PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE - 1.2. NORMATIVA DELLA REGIONE VENETO - 1.3. L'UNITÀ OPERATIVA DISTRETTUALE - 1.4. UVMD: UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE - 2. LE FORME DELLA REALIZZAZIONE DELL'UVDM, ROSSSELLA DI MARZO - 2.1 L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ - 2.2. COSTRUZIONE DI UN REGOLAMENTO - 3. COMPETENZE PROFESSIONALI, PIÙ CARICO MENO PESO, LUIGI GUI - 3.1. IL CORAGGIO DI CAMBIARE - 3.2. UN LAVORO INTEGRATO E CONDIVISO - 3.3. LA CADUTA DELL'AUTOSUFFICIENZA



John Wright, Peter Hill

**LA GOVERNANCE CLINICA**

curatori dell'edizione italiana: c. favaretti, p. de pieri, f. fontana, g.m. guarrera, f. debiasi, e. baldantoni  
MCGRAW-HILL, MILANO, 2005, PP. 305, € 28,00

*La governance clinica ha mutato il nostro approccio nel garantire che i pazienti ricevano la migliore assistenza possibile. Offre una cornice che permette di collegare qualità, verifica, ritorno informativo, efficacia clinica, riduzione degli errori e gestione dei rischi, pratica professionale basata su prove di efficacia, coinvolgimento del paziente e formazione permanente degli operatori. La clinical governance non è quindi «il governo sui clinici» e neppure il «governo da parte dei clinici», ma è uno dei terreni più importanti nei quali i diversi professionisti e le organizzazioni sanitarie devono mettere a frutto le loro competenze (evidence-based), possono sviluppare i rispettivi ambiti di autonomia e sono chiamati dagli altri stakeholder (i pazienti, i finanziatori, le comunità locali) a rispondere delle loro scelte e del loro modo di operare.*

**INDICE** INTRODUZIONE - PRAFAZIONE - PRESENTAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA - LA GOVERNANCE CLINICA NELL'ESPERIENZA DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO - 1. INTRODUZIONE - 2. LA GOVERNANCE CLINICA: DAI PRINCIPI ALLA PRATICA - 3. I VALORI CARDINE IN MEDICINA - 4. L'EFFICACIA CLINICA NELLA PRATICA E LA MEDICINA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA - 5. FORMAZIONE PERMANENTE - 6. MONITORARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA: RIDURRE GLI ERRORI E MIGLIORARE GLI STANDARD - 7. LINEE GUIDA CLINICHE E CAMBIAMENTO DELLA PRATICA CLINICA - 8. COMUNICAZIONE, DOCUMENTAZIONE CLINICA E RECLAMI DEI PAZIENTI - 9. ESITI SULLA SALUTE E MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI - 10. LAVORARE IN GRUPPO - 11. LAVORARE IN UN SERVIZIO SANITARIO REGOLATO - FONTI ELETTRONICHE DI PROVE DI EFFICACIA

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni:

1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

2) i manoscritti devono rispettare gli standard di struttura, abstract, note, tabelle, riferimenti bibliografici precisati di seguito.

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

### Invio del manoscritto

Il manoscritto dovrà essere presentato alla rivista sia su copia cartacea sia su file.

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

CERGAS, Università L. Bocconi, Viale Isonzo, 23 - 20135 Milano

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: [mecosan@uni-bocconi.it](mailto:mecosan@uni-bocconi.it)

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

### Esempio: 1. La programmazione nelle aziende

#### 1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

### Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

#### Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

BRUNETTI G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Milano: Franco Angeli.

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenze (a cura di), *Technology and Productivity: the Uneasy Alliance*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 195-226.

#### Articoli in riviste

MENEGUZZO M., DELLA PIANA B. (2002) «Knowledge management e p.a. Conciliare l'inconciliabile?», *Azienda pubblica*, 4-5, pp. 489-512.

#### Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, Paris: OECD.

#### Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

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

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

# SPOGLIO RIVISTE

## MECCANISMI DI MERCATO

F. T. SCHUT, W. P. M. M. VAN DE VEN  
*Rationing and competition in the Dutch health-care system*  
Health Economics, vol. 14, n. S1, September 2005, pp. 59-74

M. M. BELLANGER, P. R. MOSSÉ  
*The search for the Holy Grail: combining decentralized planning and contracting mechanisms in the French health care system*  
Health Economics, vol. 14, n. S1, September 2005, pp. 119-132

K. G. M. VOLPP, J. D. KETCHAM, A. J. EPSTEIN, S. V. WILLIAMS  
*The effects of price competition and reduced subsidies for uncompensated care on hospital mortality*  
HSR, vol. 40, n. 4, August 2005, pp. 1056-1077

## ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

C. SURARATDECHA, S. SAITHANU, V. TANGCHAROENSATHIEN  
*Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand*  
Health Policy, vol. 73, Issue 3, 2005, pp. 272-284

M. CHERNEW, D. M. CUTLER, P. S. KEENAN  
*Increasing Health Insurance Costs and the Decline in Insurance Coverage*  
HSR, vol. 40, n. 4, August 2005, pp. 1021-1039

M. J. AL, T. L. FEENSTRA, B. A. VAN HOUT  
*Optimal allocation of resources over health care programmes: dealing with decreasing marginal utility and uncertainty*  
Health Economics, vol. 14, n. 7, July 2005, pp. 655-668

M. JOHRI, L. J. DAMSCHRODER, B. J. ZIKMUND-FISHER, P. A. UBEL  
*The importance of age in allocating health care resources: does intervention-type matter?*  
Health Economics, vol. 14, n. 7, July 2005, pp. 669-678

## ECONOMIA DEL FARMACO

J. CAMINAL, J. ROVIRA  
*Antibiotic prescription in primary health care: clinical and economic perspectives (Catalonia, Spain)*  
European Journal of Public Health, vol. 15, n. 3, June 2005, pp. 276-281

G. Z. ZARIC, B. J. O'BRIEN  
*Analysis of a pharmaceutical risk sharing agreement based on the purchaser's total budget*  
Health Economics, vol. 14, n. 8, August 2005, pp. 793-804

S. SIMOENS, K. DE BRUYN, M. BOGAERT, G. LAEKEMAN  
*Pharmaceutical Policy regarding Generic Drugs in Belgium*  
Pharmacoeconomics, vol. 23, n. 8, 2005, pp. 755-766

## VALUTAZIONE ECONOMICA DELL'ATTIVITÀ SANITARIA

G. FATTORE, A. TORBICA, M. MANGONE  
*Analisi dei costi di quattro strategie terapeutiche nella gestione di pazienti con broncopneumopatia (BPCO) moderata o severa: un'applicazione del metodo bootstrap*  
Pharmacoeconomics, vol. 7, n. 2, 2005, pp. 135-143

E. MOSSIALOS, S. ALLIN, K. KARRAS, K. DAVAKI  
*An investigation of Caesarean section in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience*  
European Journal of Public Health, vol. 15, n. 3, June 2005, pp. 288-295

J. J. POLDER, W. J. MEERDING, L. BONNEUX, P. J. VAN DER MAAS  
*A cross-nazionale perspective on cost of illness. A comparison of studies from The Netherlands, Australia, Canada, Germany, United Kingdom and Sweden*  
The European Journal of Health Economics, vol. 6, n. 3, September 2005, pp. 223-231

B. SANDER, M. GYLDMARK, F. G. HAYDEN, J. MORRIS, E. MUELLER, R. BERGEMANN  
*Influenza treatment with neuraminidase inhibitors. Cost-effectiveness and cost-utility in healthy adults in the United Kingdom*  
The European Journal of Health Economics, vol. 6, n. 3, September 2005, pp. 244-252

M. KERRIGAN, N. HOWLADER, M. T. MANDELSON, R. HARRISON, E. C. MANSLEY, S. D. RAMSEY  
*Cost and survival of patients with colorectal cancer in a Health Maintenance Organization and a Preferred Provider Organization*  
Medical Care, vol. 43, n. 10, October 2005, pp. 1043-1048

G. VIRGILIO, S. MALL, R. TRISOLINI, E. STIVANELLO, A. DONATINI  
*Valutazione economica ed organizzativa di un sistema integrato di assistenza traumi nella regione Emilia-Romagna*  
Politiche Sanitarie, anno 6, n. 2, Aprile-Giugno 2005, pp. 78-91

R. HARRIS, T. ASHTON, J. BROAD, G. CONNOLLY, D. RICHMOND  
*The effectiveness, acceptability and costs of a hospital-at-home service compared with a acute hospital care: a randomised controlled trial*  
Journal of Health Services Research & Policy, vol. 10, n. 3, July 2005, pp. 158-166

**ANALISI DEI SISTEMI SANITARI**

R. AXELSSON, S. BIHARI-AXELSSON

*Intersectoral problems in the Russian organisation of public health*  
Health Policy, vol. 73, Issue 3, 2005, pp. 285-293

K. M. PEDERSEN, T. CHRISTIANSEN, M. BECH

*The Danish health-care system: evolution – not revolution – in a decentralized system*  
Health Economics, vol. 14, n. S1, September 2005, pp. 41-58

E. MOSSIALOS, S. ALLIN, K. DAVAKI

*Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia*  
Health Economics, vol. 14, n. S1, September 2005, pp. 151-168

M. M. WILEY

*The Irish health system: developments in strategy, structure, funding and delivery since 1980*  
Health Economics, vol. 14, n. S1, September 2005, pp. 169-186

G. FRANCE, F. TARONI, A. DONATINI

*The Italian health-care system*  
Health Economics, vol. 14, n. S1, September 2005, pp. 187-202

G. LOPEZ-CASASNOVAS, J. COSTA-FONT, I. PLANAS

*Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'*  
Health Economics, vol. 14, n. S1, September 2005, pp. 221-236

L. FERRARI

*Committenza e produzione in ambito sanitario: il modello dell'Emilia Romagna ed un'analisi critica dell'esperienza dell'Azienda usl di Parma*  
Organizzazione Sanitaria, n. 1, Gennaio-Marzo 2005, pp. 14-22

HOPCKINS S., N. SPEED

*The decline in 'free' general practitioner care in Australia: reasons and repercussions*  
Health Policy, vol. 73, Issue 3, 2005, pp. 316-351

L. FIORAVANTI, F. SPANDONARO

*Una valutazione multidimensionale delle performance dei Sistemi Sanitari Nazionali*  
Sanità Pubblica e Privata, n. 4, Luglio-Agosto 2005, pp. 30-40**PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

T. ENSOR, J. RONO

*Impact of organizational change on the delivery of reproductive services: a review of the literature*  
Health Planning and Management, vol. 20, n. 3, Jul.-Sept. 2005, 209-226

J. FARMER, C. WEST, B. WHYTE, M. MACLEAN

*Primary health-care teams as adaptive organizations: exploring and explaining work variation using case studies in rural and urban Scotland*  
Health Services Management Research, vol. 18, n. 3, August 2005, pp. 151-164

F. WINDMEIJER, H. GRAVELLE, P. HOONHOUT

*Waiting list, waiting times and admissions: an empirical analysis at hospital and general practice level*  
Health Economics, vol. 14, n. 9, September 2005, p. 971

B. A. MARK, D. W. HARLESS, M. McCUE

*The impact of HMO penetration on the relationship between nurse staffing and quality*  
Health Economics, vol. 14, n. 7, July 2005, pp. 737-754

L. L. WILLIAMS

*Impact of Nurses' Job satisfaction on Organizational Trust*  
Health Care Management, vol. 30, n. 3, July-September 2005, pp. 203-211

B. S. BLOOM

*Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 21, n. 3, 2005, p. 380**CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI**

S. SOLBIATI, C. DE CAPITANI, A. PORTIOLI STAUDACHER, G. BANFI

*La gestione della qualità nelle aziende ospedaliere: studio comparativo e modelli di riferimento*  
Sanità Pubblica e Privata, n. 4, Luglio-Agosto 2005, pp. 41-52

S. SUTHUMMANON, V. K. OMACHONU, M. AKCIN

*Applying activity-based costing to the nuclear medicine unit*  
Health Services Management Research, vol. 18, n. 3, August 2005, pp. 141-150

L. KUNTZ, A. VERA

*Transfer pricing in Hospitals and efficiency of Physicians: the case of Anesthesia Services*  
Health Care Management, vol. 30, n. 3, July-September 2005, pp. 262-269

H. MISTRY, M. BUXTON, L. LONGWORTH, J. CHATWIN, R. PEVELER

*Comparison of general practitioner records and patient self-report questionnaires for estimation of costs*  
The European Journal of Health Economics, vol. 6, n. 3, September 2005, pp. 261-266

J. HALAMKA, J. M. OVERHAGE, L. RICCIARDI, W. RISHEL, C. SHIRKY, C. DIAMOND

*Exchanging Health Information: local distribution, National Coordination*  
Health Affairs, vol. 24, n. 5, September-October 2005, pp. 1170-1179**INNOVAZIONE TECNOLOGICA**

P. LEHOX, J. DENIS, S. TALLIEZ, M. HIVON

*Dissemination of Health Technology Assessments: identifying the visions guiding an evolving policy innovation in Canada*  
Journal of Health Politics, Policy and Law, vol. 30, n. 4, August 2005, pp. 603-642

K. STEIN, K. DALZIEL, R. GARSIDE, E. CASTELNUOVO, A. ROUND  
*Association between methodological characteristics and outcome in health technology assessments which includes case series*  
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 21, n. 3, 2005, pp. 277-287

R. HILLESTAD, J. BIGELOW, A. BOWER, F. GIROSI, R. MEILI, R. SCOVILLE, R. TAYLOR  
*Can Electronic Medical Record Systems transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings and Costs*  
Health Affairs, vol. 24, n. 5, September-October 2005, pp. 1103-1117

D. S. BELL, M. A. FRIEDMAN  
*E-Prescribing and the Medicare Modernization Act of 2003*  
Health Affairs, vol. 24, n. 5, September-October 2005, pp. 1159-1169

D. W. BATES  
*Physicians and Ambulatory Electronic Health Records*  
Health Affairs, vol. 24, n. 5, September-October 2005, pp. 1180-1189

D. GANS, J. KRALEWSKY, T. HAMMONS, B. DOWD  
*Medical Groups' Adoption of Electronic Health records and Information Systems*  
Health Affairs, vol. 24, n. 5, September-October 2005, pp. 1323-1333

È in distribuzione il CD-ROM contenente  
la copia esatta della raccolta completa  
dei fascicoli di **MECOSAN 2004**

in un unico CD-ROM,  
in formato PDF,  
al prezzo di **€ 250,00**  
oppure, per coloro  
che sono già abbonati  
a **MECOSAN 2004**, **€ 130,00**.

Per coloro  
che hanno già sottoscritto  
l'abbonamento al supplemento  
**MECOSAN click 2004**  
il CD-ROM contenente l'intera  
annata arretrata 2004,  
sarà inoltrato in regalo.



Roma, marzo 2005

## CEDOLA D'ORDINE **MECOSAN click 2004** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2005

Spediz. in abb. post., c. 1, art. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04) - Roma

Spett. **SIPIS** s.r.l.

Viale Parioli, 77 - 00197 Roma - Tel. 06.80.73.368 - 06.80.73.386 - Fax 06.80.85.817 - E-mail: sipised@tin.it

● Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato

### **MECOSAN click 2004**

- al prezzo di  **€ 250,00**  
 **€ 130,00** (in quanto già abbonato a **Mecosan 2004** cartaceo)  
 **GRATIS** (in quanto abbonato al supplemento **Mecosan click 2004**)

● Pertanto:

- accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**  
 ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata  
Barrare la casella che interessa

Cognome e nome ..... Via .....

C.a.p. .... Località ..... Prov. ....

..... li .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Rassegna Giuridico Farmaceutica

**RAGIU FARM**

Rivista bimestrale  
di dottrina, giurisprudenza, documentazione  
di interesse farmaceutico

N. 4 della Collana «Quaderni di ricerca giuridica»

**il farmaco  
la farmacia  
ed il farmacista  
*nella  
attuale realtà  
sanitaria*  
n. 4**

*scritti in memoria di Marcello Marchetti*

a cura di **Luigi D'Elia** e **Luigi Sanfilippo**

00197 Roma - Viale Parioli, 77 - Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817 - E-mail: sipised@tin.it

Rivista bimestrale - Anno XV  
Supplemento al n. 86  
Spediz. in abb. postale, art. 1, c. 1,  
D.L. n. 353/03, conv. in L. n. 46/04

**Ragiufarm** - Direttore responsabile: **Luigi D'Elia** - Condirettore: **Luigi Sanfilippo**  
Pubblicazione registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 279 in data 9 maggio  
1991. Edita da **SIPIS**, Soc. edit. iscritta al n. 285 del Registro nazionale della stampa il 22 settembre  
1982 e al Registro degli operatori di comunicazione (ROC) con il n. 80

**Costo dell'abbonamento per l'anno 2005: € 250,00**

# MECOSAN

## CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovutole, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (SANPAOLO IMI, Ag. n. 59 Roma, cod. BBAN: A 01025 03282, c/c 100000000178), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2005 è fissato in:

**€ 250,00 per l'abbonamento ordinario**

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

- per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
- per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
- per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
- per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2005 per l'estero è fissato come segue: € 250,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 350,00, per il resto del mondo (più spese postali).

---

**La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.**

---

## ANNATE ARRETRATE

**Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:**

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 226,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 226,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 226,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 226,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 226,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 226,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 226,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 226,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 226,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 226,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 250,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 250,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 250,00 *

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 2.558,50, anziché € 3.010,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.**

\* Disponibile anche in CD-rom.