

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XV – N. 59 LUGLIO-SETTEMBRE 2006

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3** La mancanza di fiducia, male oscuro (non troppo) della sanità
Elio Borgonovi

SAGGI

- 9** La standardizzazione della rendicontazione sociale: l'approccio delle aziende sanitarie
Daniele Alesani, Marco Tieghi, Sabrina Gigli
- 33** I sistemi integrati di assistenza traumi nella Regione Emilia-Romagna: analisi comparativa
G. Virgilio, S. Mall, R. Trisolini, A. Donatini, E. Stivanello

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 57** La sostenibilità finanziaria del sistema sanitario negli Stati Uniti: il programma Medicare
Francesco Spadafora
- 73** L'approccio multiprofessionale al paziente in assistenza domiciliare integrata: la terapia farmacologica
G. Berti, G. Alberti, P.P. Faronato, P. Corziali, C. Dario
- 89** Benchmarking di performance e processo: il caso dei laboratori ospedalieri di analisi
Paolo Zanaboni, Emanuele Lettieri, Cristina Masella, Marcello Crivellini
- 107** Indicatori per la morbosità farmaco correlata prevenibile. Uno studio pilota
M.M. Gianino, G. Foti, S. Lorelli, R. Russo, G. Renga
- 119** Vincere la sfida della governance: l'introduzione della Balanced Scorecard all'Asl di Pavia
Domenico Ferrari, Luca Merlini
- 137** Le riforme europee dei sistemi di cura: il caso della Germania, della Gran Bretagna, della Svizzera, dell'Italia e della Francia
Daniel Simonet

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 149** Novità bibliografiche
- 154** Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario d'economia delle amministrazioni pubbliche - Università Bocconi di Milano - Direttore dell'Istituto di Pubblica Amministrazione e Sanità

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

Gioio 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. 02.59.362.600
Fax 02.59.362.598
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.

La mancanza di fiducia, male oscuro (non troppo) della sanità

ELIO BORGONOVÌ

Il successo delle fiction televisive che hanno come protagonisti i medici e il mondo della sanità, come «Medici in prima linea», stimola alcune riflessioni utili ad interpretare la realtà del sistema di tutela della salute. Innanzitutto segnala l'interesse del grande pubblico sul tema della salute che con frequenza e intensità maggiore o minore tocca tutte le persone nel corso della vita. In secondo luogo si tratta di fiction di azione che mettono bene in evidenza la forte carica emotiva sempre presente nei problemi di salute, da parte sia di chi ha i problemi e si trova in stato di bisogno (pazienti e persone loro vicine) sia di chi ha il compito e la responsabilità di cercare di risolvere tali problemi. Ciò che attrae e appassiona i telespettatori è il complesso gioco delle relazioni, sentimenti, valori che si intrecciano in ogni episodio. Relazioni che a volte sono di tipo positivo, mentre altre volte sono di tipo negativo e ostacolano il conseguimento dei risultati. Una terza dimensione che merita di essere sottolineata è quella del complesso intreccio tra motivazioni e valori, professionalità, condizioni organizzative di contesto che concorrono a successo/insuccesso degli interventi. A volte sono determinanti gli uni, a volte invece gli altri, ma i messaggi sempre presenti che vengono canalizzati sono quelli della grande complessità di questo mondo e della crucialità del lavoro di équipe, dell'azione congiunta e coordinata. Anche quando ci sono «protagonisti singoli», il ruolo della squadra e della organizzazione che ruota attorno ad essi non è mai marginale, mentre in altri casi è direttamente protagonista la squadra, l'équipe.

Infine, si ritiene opportuno sottolineare come in genere le situazioni presentate siano drammatiche, critiche, particolari e come il fattore «fiducia» appaia il più delle volte determinante. Fiducia nella tecnologia, fiducia nella propria professionalità e nella determinazione dei protagonisti a «non darsi mai per vinti», fiducia nell'aiuto degli altri, fiducia nella capacità di reazione dei pazienti, fiducia nell'effetto positivo che la vicinanza di persone care può determinare nei pazienti, fiducia (che confina o si traduce in speranza e in desiderio/volontà di sfidare e di andare oltre la razionalità) nel manifestarsi di eventi improbabili e straordinari, di «fortunate coincidenze» che consentono di risolvere «casi disperati».

Per ritornare dalla fiction alla realtà, e in particolare alla realtà del sistema di tutela della salute, occorre ricordare quella che si presenta come una contraddizione. Nella realtà, la parte di gran lunga preponderante dell'attività riguarda situazioni che si possono definire «normale e prevedibile evoluzione dello stato di salute delle persone» per le quali vi sono chiare e consolidate modalità di intervento, ossia metodiche di diagnosi, cura, riabilitazione efficaci nel risolverle. La contraddizione nasce dal fatto che il sistema sembra, si dimostra, o viene percepito come inadeguato o insoddisfacente proprio nel gestire l'attività quotidiana finalizzata a far recuperare, mantenere e promuovere lo stato di benessere fisico e psichico delle persone. Contraddittorio, e per certi versi perfino paradossale, è il fatto che nella realtà, anche italiana, spesso si è in grado di gestire con successo situazioni gravi, critiche e drammatiche, mentre si hanno casi di insuccesso, con conseguenze anche drammatiche come la morte, nella gestione delle attività che dovrebbero essere di routine. Ad esempio superficiali controlli con conseguenti errori di diagnosi nel pronto soccorso, errori «non

ammissibili sul piano della professionalità» durante lo svolgimento di interventi chirurgici per patologie comuni e normali o di bassa e media complessità, ritardi «ingiustificabili» in rapporto al livello di conoscenze accumulate e alle procedure definite, nelle diagnosi e nella effettuazione degli interventi.

In questo editoriale, tuttavia, ci si propone di approfondire la tematica della fiducia, o meglio del progressivo indebolimento della fiducia tra i vari soggetti, che sembra essere il male oscuro del sistema. O, forse, non si tratta del male oscuro, bensì di un male noto e concludato cui però sinora non si è stati in grado di porre rimedio. In effetti, per evitare facili ma superficiali generalizzazioni, è opportuno precisare che, nelle parti del sistema in cui vi è un elevato livello di fiducia, esso funziona meglio e permane un più elevato livello di soddisfazione, mentre nelle parti in cui vi è un basso livello di fiducia si manifestano maggiori e crescenti difficoltà.

Il problema si presenta innanzitutto nei rapporti medico (e altro professionista) e paziente. Una normativa e una organizzazione che hanno accentuato le funzioni burocratiche e formali del medico di medicina generale hanno contribuito ad indebolire la fiducia nella sua professionalità. Fenomeno, questo, favorito dal prevalere della cultura della specializzazione e della medicina «strumentale» che ha portato a dare minore valore rispetto al passato alla conoscenza generale della persona, della sua storia di salute, dell'ambiente in cui vive (competenze tradizionali del medico di medicina generale sul territorio) e alla capacità di inquadramento diagnostico generale del paziente e di sintesi degli accertamenti specialistici (medico di medicina generale nell'ospedale). È sintomatico l'abbandono dei termini «medico di fiducia» e «medico di famiglia» e che, molto spesso, al manifestarsi di certi sintomi, si preferisca ricorrere direttamente allo specialista. Anche le critiche e autocritiche, a volte fondate altre volte meno, sulla perdita di professionalità e sulla mancanza di una adeguata attività di aggiornamento e di formazione continua, rivolta in generale a tutti i medici (e non solo a quelli di medicina generale sul territorio e nell'ospedale), infermieri, tecnici ed altri professionisti contribuiscono a indebolire il rapporto di fiducia con il paziente. La società cerca di sostituire questo rapporto personale con:

- a) la fiducia nei confronti delle strutture di offerta (ospedali, centri diagnostici, altre strutture), che quando sono organizzate con sistemi e con controlli di qualità, sono in grado di garantire uniformi, ed elevati, standard di qualità indipendentemente dal medico, altro professionista, o équipe presente in un dato momento;*
- b) la fiducia nella informazione data da centri specializzati di «consulenza medica» o che le persone cercano su internet, su portali specializzati, secondo la cultura del «fai da te» che si va diffondendo nella società: tale cultura può essere di grande aiuto per molte esigenze, ma può anche essere pericolosa nel campo della salute.*

Non si vuole essere eccessivamente critici nei confronti della tendenza a sostituire la fiducia «personale» con una fiducia per certi aspetti «anonima» verso strutture nelle quali «qualcuno», responsabile dell'impegno e del prestigio della struttura, seleziona e mette in campo medici e altri professionisti altamente professionali, né si vuole negare il valore dell'informazione, specie nel caso in cui essa sia controllata e scientificamente validata e certificata. Si intende, però, richiamare l'attenzione sul fatto che la fiducia nelle strutture professionali e di qualità si costruisce nel tempo garantendo costanti risposte positive alle esigenze dei pazienti e si fonda, indirettamente, sulla fiducia nei confronti dei medici e degli altri professionisti che operano nelle strutture. Un po' come accade nelle fiction televisive nelle quali i pazienti vengono a contatto con ospedali e strutture che non conoscevano prima e ne escono pieni di fiducia perché «hanno incontrato medici, infermieri e altro personale che non solo hanno operato con professionalità, ma sono stati anche in grado di ascoltarli e capirli».

Il rapporto fiduciario si è indebolito anche nell'altra direzione. Infatti, la diffusione di notizie su casi di «malasanità», e soprattutto l'enfasi data ad essa, e delle garanzie contro la mal-

practices (azioni di risarcimento), hanno minato anche il rapporto di fiducia del medico nei confronti dei pazienti. Il timore di essere chiamati a rispondere di «assistenza inadeguata», non di rado spinge i medici a privilegiare un approccio difensivo rispetto ad un approccio curativo. I medici prescrivono accertamenti, farmaci, terapie e controlli non solo perché li ritengono utili, ma per difendersi da eventuali citazioni. Ciò, oltre a produrre negativi effetti sulla spesa, ha anche, come detto, riflessi negativi nel rapporto di fiducia con i pazienti.

Un secondo ambito nel quale si osserva una crisi di fiducia riguarda il rapporto tra professionisti e aziende sanitarie nelle quali essi operano. Per esigenze oggettive collegate alla crescente complessità organizzativa, ai vincoli finanziari (specie nelle aziende pubbliche) e alle pressioni competitive (specie nelle aziende private, ma in misura crescente anche per quelle pubbliche) e per scelte manageriali collegate a politiche aziendali, sono stati introdotti sistemi di programmazione e controllo, valutazione delle performance, analisi dei costi, ecc. Il rapporto si concentra sempre più sugli obiettivi da raggiungere, sistemi «oggettivi» e impersonali di valutazione (che sono positivi per quanto riguarda i loro effetti di responsabilizzazione e di rafforzamento di comportamenti professionali riducendo lo spazio per comportamenti «personalistici» o «baronali» come si usa dire nel mondo medico), ma non di rado trascura gli aspetti di motivazione e di attenzione alle relazioni personali che sono elementi fondamentali nelle scelte di chi opera in questo settore (aspetto negativo). Se gli strumenti di governo di aziende complesse non vengono discussi e condivisi con coloro che sono a contatto con i pazienti, con le situazioni di salute cui dare risposte, essi sono percepiti come imposizioni e come ostacoli alla valorizzazione della professionalità e non come un aiuto a fare emergere e a premiare i migliori professionisti (tramite il metodo del confronto dei risultati, del rapporto quantità e qualità dei servizi e risorse). Mettendo in guardia ancora una volta contro i rischi delle generalizzazioni, si ricordano i casi di aziende che chiedono ai medici di «impegnarsi ad effettuare un certo numero di interventi in un certo periodo», il che spinge ad una logica interventista anche se non vi è un bisogno reale, o che stabiliscono tempi standard «da rispettare rigorosamente» per vari tipi di attività. Ciò riduce l'identificazione dei professionisti con le aziende e genera la convinzione che le aziende siano più interessate al raggiungimento di obiettivi di produttività, di costi, di tassi di operatività che non alla salute dei pazienti. Tutto questo determina un calo di fiducia.

Sul fronte opposto vanno segnalate quelle aziende (pubbliche e private) che sono riuscite a fondare il loro successo e prestigio proprio sulla capacità di coniugare gli strumenti di gestione con la salvaguardia ed anzi la valorizzazione delle motivazioni, delle attese dei professionisti. Aziende che sono riuscite a trasmettere il messaggio che il raggiungimento degli obiettivi aziendali e il successo non sono perseguiti limitando gli spazi di autonomia dei professionisti, ma al contrario riconoscendo e premiando professionalità reali e penalizzando la mancanza di professionalità reale. Aziende che riescono a dimostrare concretamente, non con dichiarazioni e programmi «che restano sulla carta», che gli obiettivi della buona gestione coincidono in larga parte con gli obiettivi individuali dei suoi professionisti e che entrambi possono essere raggiunti solo riconoscendo sempre la centralità del paziente, sono in grado di generare e mantenere elevato il senso di identificazione e la fiducia.

Le considerazioni sopra svolte possono essere ulteriormente specificate con riferimento ai rapporti tra medici e altri professionisti e manager. Nei casi in cui questi ultimi agiscono o sono percepiti come «interpreti e garanti» degli obiettivi aziendali in contrapposizione alle caratteristiche «professionali» delle attività, poco attenti e poco sensibili alle specificità del settore, si rompe il rapporto di fiducia reciproca. Ognuna delle componenti cerca di affermare e difendere il proprio ruolo, ambiti di competenze, spazi di autonomia e non si impegna a ricercare ed individuare convergenze e sinergie. La mancanza di fiducia genera così un effetto di «entropia organizzativa» che impiega e disperde energie nel confronto (e spesso scontro e conflitto) tra professionisti e manager, il che riduce le energie e le risorse (esempio il tempo) che possono essere dedicate ai pazienti.

Una adeguata formazione dei manager del sistema di salute, stili di direzione guidati da logiche di collaborazione, condivisi sistemi di clinical governance intesa nella sua accezione (una delle tante) di coinvolgimento dei professionisti nelle decisioni aziendali sono condizioni-strumenti per salvaguardare il livello di fiducia e favorire processi di miglioramento.

Oltre che nei rapporti tra persone, anche rapporti tra istituzioni si è assistito negli ultimi anni a una progressiva erosione della fiducia. Le aziende sanitarie, che con le riforme del 1991/93 erano diventate elemento centrale del sistema dotate di un elevato livello di autonomia, negli anni successivi si sono dimostrate spesso incapaci di raggiungere i propri obiettivi e di mantenere l'equilibrio operativo (incapacità di rispondere alla domanda come dimostrano le code, le liste d'attesa, la mobilità in uscita in molti casi) ed economico. Questo a causa di fattori e vincoli esterni ma anche, a volte soprattutto, a causa di fattori interni. Indipendentemente dalle cause (che peraltro sono diverse da Regione a Regione e per le diverse aziende), ciò ha determinato la caduta di fiducia nel modello aziendale e in particolare da parte delle Regioni e degli enti locali. Molte Regioni hanno reagito, anche perché a loro volta sottoposte a crescenti pressioni generate da inadeguati trasferimenti di fondi dallo Stato e dalle difficoltà finanziarie e politiche di destinare proprie risorse al sistema salute, introducendo forme di indirizzo e di controllo più rigide sulle aziende. Si sono moltiplicati interventi di «centralismo regionale» che in molti casi si sono tradotti nella accettazione da parte delle aziende di una specie di «determinismo gestionale». In altre parole, molte aziende hanno ritenuto di avere ristretti spazi di azione per influenzare i propri livelli di efficacia, efficienza ed economicità e si sono limitate ad applicare, «professionalmente» o «burocraticamente», a seconda dei casi, gli indirizzi, le direttive e le decisioni regionali. Le aziende, da soggetti dotati di significativa autonomia nell'ambito del «gruppo regionale», si sono progressivamente caratterizzate come soggetti «esecutori e che applicano in periferia le decisioni» della Regione-capogruppo. Le Regioni che hanno saputo mantenere più elevato il livello di autonomia delle aziende e il correlato patrimonio di «fiducia istituzionale» si sono dimostrate più attive, dinamiche e innovative, al contrario delle Regioni in cui il patrimonio di fiducia è stato più fortemente intaccato.

Le difficoltà delle aziende sanitarie e la riduzione degli spazi di autonomia hanno avuto a loro volta, in un numero rilevante di situazioni, effetti collaterali negativi nei rapporti con gli enti locali. Piani sanitari e dei servizi adottati per razionalizzare le aziende senza un confronto con il territorio, conflitti sulle competenze, le modalità di gestione e il finanziamento di servizi in cui sono presenti componenti sanitarie e socio-assistenziali sono non di rado diventati terreno di scontro tra Comuni, Province da un lato ed aziende sanitarie dall'altro. Alcune delle conseguenze sono state la creazione di barriere burocratiche, la separazione e a volte la duplicazione di servizi con la perdita dei vantaggi delle sinergie e il manifestarsi di sprechi.

Le dinamiche del «decentramento alle Regioni» che per vari aspetti è «rimasto in mezzo al guado» hanno, a loro volta, contribuito a deteriorare i rapporti di «fiducia istituzionale» tra Stato e Regioni. Il non rispetto da entrambe le parti degli impegni assunti con l'accordo dell'agosto 2001, gli scontri sul ripianamento dei disavanzi registrati a consuntivo, la conflittualità spesso presente nella Conferenza Stato-Regioni, hanno portato ad una situazione, che appare oggi più accentuata rispetto al passato, nella quale lo Stato attribuisce alle Regioni la mancata assunzione delle proprie responsabilità e l'incapacità di mantenere fede agli obblighi e agli impegni del rispetto del patto di stabilità e della compatibilità economica generale, e le Regioni accusano lo Stato di interferenze surrettizie nelle proprie competenze tramite l'uso dei vincoli finanziari e di altro tipo.

Sono peraltro venuti segnali di più decisa volontà di giocare a fondo la partita della autonomia e delle assunzioni di responsabilità sul piano della razionalizzazione del sistema di offerta e del finanziamento, anche ricorrendo a tributi e a risorse proprie, accettando la sfida dei benefici e dei costi politici correlati.

Le Regioni che saranno in grado di governare con funzionalità ed efficienza il loro sistema di offerta conseguiranno benefici superiori ai costi anche sul piano del consenso politico, al contrario delle Regioni che non saranno in grado di fare ciò.

Nell'analisi del sistema di tutela della salute, come in generale di tutti i sistemi complessi pubblici e privati, occorre tenere ben distinti tre livelli:

- a) il livello di soddisfazione;*
- b) l'individuazione delle cause;*
- c) le prospettive di miglioramento.*

Sul livello di soddisfazione dei pazienti incidono sia la strutturale tensione al miglioramento della salute, sia il rapporto tra attese e realtà. Il progresso della scienza, la più ampia informazione e, non secondario, le promesse di miglior salute e l'effetto «annuncio» da parte dei politici, hanno innalzato il livello delle attese più velocemente della capacità del sistema di dare risposta reale. Anche se complessivamente il livello e la qualità dell'assistenza sono migliorati costantemente e oggi sono sicuramente superiori a dieci anni fa, il livello di soddisfazione sembra essere diminuito o, comunque, basso. Ciò accade anche di fronte ad analisi che dimostrano come i livelli e la qualità dell'assistenza in Italia non siano inferiori a quelli di altri Paesi e per quelle Regioni italiane nelle quali si sono avuti tangibili miglioramenti.

Passando all'analisi delle cause, ci si limita a ricordare come esse siano molteplici, interne ed esterne al sistema, dovute a politiche della salute inadeguate nei contenuti e nei tempi, ai vincoli finanziari, all'impatto delle nuove tecnologie, alle carenze di competenze manageriali o professionali, ai comportamenti degli stessi pazienti.

Esse sono state più volte analizzate in editoriali e in molti articoli di Mecosan.

Per quanto riguarda le prospettive per il futuro va sottolineata la necessità di risolvere il nodo del decentramento alle Regioni (da completare con l'autonomia finanziaria), della responsabilità del finanziamento (da parte dello Stato per i LEA, aggiuntivo da parte delle Regioni, tramite fondi integrativi generali o finalizzati, come quello ipotizzato per la non autosufficienza, la compartecipazione diretta dei pazienti), degli investimenti nelle nuove tecnologie e in generale nell'innovazione dei servizi, della introduzione di nuovi sistemi di qualità, di gestione del rischio, dei sistemi di programmazione-controllo-valutazione dei risultati, dei modelli di clinical governance. Tutto però rischia di essere inutile, o meno efficace di quanto auspicato, senza una decisa azione per ricostituire un clima e un contesto di maggiore fiducia tra persone e tra istituzioni.

La fiducia genera e facilita la collaborazione e le sinergie, la mancanza di fiducia determina sprechi, ritardi, contrasti non derivanti da fatti reali, ma da errate e strumentali interpretazioni dei comportamenti di altri e, soprattutto, contribuisce a rendere difficili, e a volte impraticabili, soluzioni semplici.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2006: € 260,00

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 dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, 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 2006 è fissato in:

€ 260,00 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 2006 per l'estero è fissato come segue: € 260,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 360,00, 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)	€ 250,00 *
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 250,00 *
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 250,00 *
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 250,00 *
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 250,00 *
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 250,00 *
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 250,00 *
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 250,00 *
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 250,00 *
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 250,00 *
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 260,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 260,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 260,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 260,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 3.009,00, anziché € 3.540,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.

La standardizzazione della rendicontazione sociale: l'approccio delle aziende sanitarie

DANIELE ALESANI, MARCO TIEGHI, SABRINA GIGLI

Present paper is by an empirical investigation conducted via documentary analysis and interviews to project managers with social reporting initiatives. It demonstrates that the widespread declared endorsement of the GBS standard -the generally reckoned national social reporting (SR) standard for private and public organisations- by HOs is not bounded by an effective implementation of its requirements. The interviews show that organisations formulate generic endorsement declaration of GBS standard in their documents partly «instrumentally», trying to gain external credibility for their initiatives, partly trying to align with a perceived «stylistic requirement» for their SR. Projects managers turned out to have strongly differentiated levels of consciousness about important standard's prescriptions and assessed the GBS standard's points of strength and weakness, calling for a sector-specific GBS document but evoking their self determination and independency in shaping their SR.

Note sugli autori

Daniele Alesani è ricercatore CERGAS Università Bocconi e assistente area Pubblica Amministrazione e Sanità della SDA Bocconi
Sabrina Gigli e Marco Tieghi sono rispettivamente ricercatore e professore ordinario di Economia Aziendale presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Bologna

Attribuzione

Il presente contributo è frutto del lavoro congiunto degli autori. Tuttavia la responsabilità dei singoli paragrafi è da attribuire come segue: Daniele Alesani §§ 2.1, 2.3, 4.2: La relazione sociale, 5; Sabrina Gigli, §§ 1.2, 4.1, 4.2: L'identità aziendale; Marco Tieghi §§ 1, 4.2: Le riclassificazioni economiche, 6.

1. Introduzione: la rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie pubbliche: una panoramica del fenomeno

L'affermarsi in ambito pubblico di strumenti informativi e gestionali da tempo diffusi nel mondo delle imprese si è ormai esteso agli strumenti di rendicontazione sociale. Anche in sanità è ormai significativo il numero di aziende che hanno deciso di dotarsi di strumenti di rendicontazione sociale o che sono state o fra breve saranno tenute ad adottarli.

Al riguardo, il panorama nazionale appare oggi caratterizzato da due situazioni distinte: da un lato vi sono le aziende che hanno volontariamente deciso di adottare un loro «bilancio sociale»; dall'altro vi sono le aziende che sono state chiamate a redigere strumenti per certi versi simili sulla base di disposizioni regionali.

Con riferimento a quest'ultima situazione, il caso oggi più eclatante è sicuramente quello della Regione Emilia-Romagna, che ha introdotto l'obbligo di redazione e presentazione annuale di un «Bilancio di missione» alle proprie aziende sanitarie con la L. reg. n. 29 del dicembre 2004 e, dopo una prima sperimentazione condotta da cinque Ausl «pilota» che ha portato già nel 2005 alla predisposizione dei primi «prototipi», nella tarda primavera del 2006 si è avuta la redazione e la presentazione del primo (o – per le Ausl pilota – del secondo) bilancio di missione da parte di tutte e undici le Ausl emiliane e romagnole.

Anche la Regione Umbria ha in corso di sviluppo un progetto volto a far predisporre alle proprie aziende sanitarie pubbliche un «bilancio sociale», sulla base di determinate

SOMMARIO

1. Introduzione: La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie pubbliche: una panoramica del fenomeno
2. L'approccio dichiarato alla standardizzazione nel caso GBS
3. Quale approccio alla standardizzazione nella rendicontazione sociale?
4. L'analisi del posizionamento effettivo rispetto allo standard GBS
5. Gli approcci seguiti nell'utilizzo degli standard per la rendicontazione sociale in sanità
6. Verso lo standard GBS per la sanità pubblica? Prospettive e possibili rischi

linee guida e sembra che altre Regioni stiano guardando con interesse verso questo tipo di iniziative.

Nel caso della Regione Emilia-Romagna il «modello di bilancio di missione» che le aziende sanitarie territoriali devono assumere come riferimento è stato definito dalla Regione stessa attraverso l'adozione delle linee guida predisposte da uno specifico gruppo di progetto, di cui hanno fatto parte anche i Direttori generali delle aziende pilota. Quindi, pur con i necessari ambiti di flessibilità interpretativa, è stato predisposto uno standard regionale al quale le Ausl devono riferirsi. È poi attualmente in corso un'analoga iniziativa progettuale, volta a definire il modello e le linee guida da adottare per le cinque aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie.

Nel caso della Regione Umbria sono in corso le attività del «Centro interaziendale per la realizzazione del bilancio sociale nelle aziende sanitarie», appositamente costituito per mettere a punto il modello di rendicontazione che sarà in seguito applicato dalle singole aziende.

Tutto ciò premesso, è opportuno chiarire che il presente contributo non intende entrare nel merito né del ruolo attribuito dalle due Regioni citate rispettivamente al «bilancio di missione» e al «bilancio sociale», né delle finalità da esse perseguite attraverso tali strumenti. Allo stesso modo esula dal presente contributo la tematica delle opportunità offerte e dei problemi indotti sui sistemi informativi aziendali/sovra-aziendali dall'adozione di strumenti di rendicontazione sociale¹.

Ci preme invece rilevare che le iniziative regionali in atto hanno portato e porteranno alla individuazione di modelli di rendicontazione specifici, che finiscono a tutti gli effetti per assumere la funzione di «standard di riferimento» per le aziende sanitarie pubbliche delle rispettive Regioni, mentre così non è per le aziende che hanno deciso spontaneamente di dotarsi di un bilancio sociale (o di altro strumento «similare»). Per queste ultime, infatti, l'assenza di uno standard obbligatoriamente imposto, unitamente all'attuale assenza di standard di riferimento specifici per l'ambito sanitario, pongono interessanti questioni circa le opzioni esercitabili e quelle effettivamente esercitate nell'adottare e «configurare» il bilancio sociale su base aziendale.

Abbiamo quindi deciso di occuparci esclusivamente dei documenti prodotti da questa «categoria» di aziende.

In particolare, il contributo si propone di analizzare l'approccio adottato nell'applicazione degli standard di rendicontazione sociale, con particolare riferimento allo standard del GBS (Gruppo di studio sul Bilancio sociale), di identificare e confrontare le finalità dichiarate e quelle effettivamente riscontrate nei documenti predisposti dalle aziende sperimentatrici e di evidenziare le problematiche emergenti dall'esperienza applicativa.

In questa prospettiva, il contributo intende offrire un'analisi e alcune valutazioni che ci auguriamo possano essere utili per coloro che sono interessati a meglio comprendere quali siano le dinamiche in atto sul tema degli standard di rendicontazione sociale applicata all'ambito sanitario pubblico del nostro Paese.

2. Quale approccio alla standardizzazione nella rendicontazione sociale?

2.1. Gli standard di rendicontazione sociale

Ad oggi, esiste una molteplicità di standard e principi di riferimento redatti a livello nazionale ed internazionale. Al fine di offrire una panoramica generale, è possibile classificare i principali standard² in relazione ad alcuni specifici elementi qualificanti (per ulteriori approfondimenti cfr. Hinna, 2004):

– il *contenuto*. Lo standard può regolare alternativamente le caratteristiche del processo di rendicontazione sociale (AA1000, Copenhagen Charter, c.d. *standard di rendicontazione*), la struttura oppure il contenuto specifico stesso dei documenti (LGB, SA8000, Q-RES, GRI, GBS, c.d. *standard di redazione*) o avere ad oggetto entrambi i *focus* citati (Linee guida M.I., modello dell'Istituto europeo sul Bilancio sociale, CSR-SC);

– i *portatori di interesse*. Alcuni standard di redazione sono specificamente orientati verso precise e particolari tematiche (SA8000 per il rispetto dei diritti dei lavoratori, LGB per gli impatti sulla comunità locale), mentre altri hanno una valenza più ampia, tale da risultare utile per una pluralità di *stakeholder*;

– il settore di applicazione. Gli standard di rendicontazione sono in linea generale applicabili uniformemente alle differenti classi di aziende, mentre gli standard di redazione sono concepiti per una determinata realtà, solitamente quella dell'impresa di produzione (LGB, SA8000, GBS, GRI), ed hanno eventualmente dato vita a successivi adattamenti per le aziende e gli enti del settore pubblico o *non profit* (rispettivamente nei casi del GBS e del GRI); altri standard sono specifici di alcuni settori (Linee guida M.I per la pubblica amministrazione, Q-RES per le aziende del settore *non-profit*).

L'analisi empirica dei documenti e le interviste con i responsabili interni della rendicontazione sociale evidenziano (tabella 1) che le aziende sanitarie pubbliche si sono ispirate a un gruppo ristretto di standard, redatti sia a livello nazionale (GBS, IBS), che internazionale (AA1000, GRI).

Il quadro di riferimento che emerge dall'analisi segnala da un lato la volontà da parte delle aziende sperimentatrici di guardare oltre i confini nazionali e testimonia dall'altro anche l'esigenza delle aziende di avere punti di riferimento specificamente idonei, sia in relazione agli aspetti di contenuto, che al processo di rendicontazione.

2.2. Lo standard GBS: evoluzione e adattamento alle aziende del settore pubblico

Il modello di bilancio sociale emergente dagli standard GBS è il modello di rendicontazione generalmente seguito nelle esperienze «volontarie» di rendicontazione sociale delle aziende sanitarie, e rappresenta pertanto l'oggetto dell'analisi empirica realizzata nel presente contributo.

Al fine di contestualizzare lo standard GBS come oggetto di studio è necessario riportare alcune indicazioni sulla sua genesi e i suoi principali tratti evolutivi.

Il Gruppo di studio per la statuizione dei principi di redazione del bilancio sociale³ nasce nel 1998, sulla spinta di un convegno internazionale sul tema della responsabilità sociale promosso dall'Università di Messina; ad esso hanno aderito liberi professionisti, consulenti, docenti universitari e ricercatori, con l'intento di creare uno strumento di collegamento e confronto tra tutti gli interessati

alle tematiche del bilancio sociale, al fine di realizzare dei punti di riferimento per la redazione del documento da parte delle aziende.

Dal momento della sua costituzione ad oggi, il GBS ha pubblicato una serie di documenti di ricerca e di standard. I primi sono gli esiti di studi e ricerche aventi per oggetto specifiche problematiche inerenti la forma e i contenuti della rendicontazione sociale.

Gli standard del GBS identificano i principi che reggono il processo di rendicontazione ed offrono uno studio della struttura del documento di *reporting*, elencando i contenuti minimi di un bilancio sociale ed indicando le possibili vie di ampliamento ed integrazione degli stessi. Più precisamente, i documenti di standard sono suddivisi in:

- standard di base, in cui si definiscono le linee guida applicabili ad ogni tipologia di aziende;
- standard di approfondimento, inerenti ad aspetti specifici del documento;
- standard di adattamento, riferiti alle possibili modalità di adeguamento degli standard di base alle diverse realtà aziendali;
- standard di modifica, che presentano le modifiche frutto del processo di adattamento periodico degli standard di base in linea con il mutevole ambiente di riferimento e i *feedback* provenienti dalle prassi applicative.

Nel 2001 è stato emanato lo standard di base, denominato «Principi di redazione del bilancio sociale», a partire dal quale nel 2004 è stato pubblicato lo standard di adattamento riferito all'ambito pubblico, intitolato «La rendicontazione sociale nel settore pubblico». Sulla base di quest'ultimo standard di

Tabella 1

Gli standard di riferimento richiamati dai documenti di bilancio sociale

STANDARD DI RIFERIMENTO RICHIAMATO	AZIENDE
Gruppo di Studio sul Bilancio sociale	Asl di Biella, Asl Chiavari, Asl Firenze, Asl Monza, Asl di Lecco; Asl di Lucca; Asl Omega, A.O. Padova, Asl Roma D, Asl Trapani, Asl Viareggio
Accountability 1000	Asl di Biella, Asl Chiavari, Asl Monza, Asl Roma D, Asl Lucca
Global Responsibility Initiative	Asl di Biella, Asl Chiavari, Asl Monza
Istituto europeo sul Bilancio Sociale	Asl Città di Milano (certificazione conformità), Asl Chiavari, Asl Monza
Q-RES	Asl Chiavari

adattamento è stato avviato un ulteriore percorso di avvicinamento ai singoli comparti del sistema pubblico che porterà alla redazione di appositi documenti di ricerca e standard di adattamento per le Regioni, gli enti locali, le aziende sanitarie, le università.

Lo standard di base del GBS definisce il bilancio sociale, propone i principi di redazione del documento e definisce la struttura ed i contenuti dello stesso valevoli per ogni tipologia di azienda.

Lo standard definisce il bilancio sociale come «documento autonomo rispetto al bilancio d'esercizio, redatto periodicamente, di natura consuntiva, con carattere pubblico e sottoscritto dall'organo di governo». La finalità del documento è quella di «fornire un quadro complessivo delle performance dell'azienda, aprendo un processo interattivo di comunicazione e valutazione da parte di tutti i portatori di interessi».

Lo standard illustra poi i principi fondamentali che devono guidare l'elaborazione del bilancio sociale, assicurando così la qualità del processo di formulazione e l'attendibilità delle informazioni in esso contenute⁴.

Nella parte successiva, il documento regola la struttura ed il contenuto che deve assumere il bilancio sociale. Tre sono le parti in cui la stessa si articola:

- 1) identità aziendale;
- 2) produzione e distribuzione del valore aggiunto;
- 3) relazione sociale.

Nella prima parte devono essere illustrati l'assetto istituzionale e proprietario, l'evoluzione della *governance*, i principali elementi che ne definiscono la storia, l'evoluzione, la dimensione, la collocazione sul mercato e l'assetto organizzativo. Successivamente si devono esplicitare i valori di riferimento, ossia i principi etici ed i codici deontologici effettivamente seguiti, assunti dall'azienda per guidare le scelte strategiche, le linee politiche ed i comportamenti operativi di chi vi opera. Devono poi essere descritte: la missione (le principali finalità che l'azienda intende perseguire in campo economico e sociale); la strategia (intesa come la definizione degli obiettivi di medio-lungo termine e delle scelte in termini di programmi, iniziative, azioni e risorse necessarie al loro conseguimento);

le politiche (da intendersi come obiettivi di breve termine e scelte di indirizzo).

La seconda parte propone la metodologia propria dello standard ed è dedicata alla determinazione del valore aggiunto generato dall'azienda ed alla sua distribuzione tra i portatori di interesse. Tale grandezza, derivante da una specifica riclassificazione del conto economico, viene assunta come indicatore della nuova ricchezza prodotta e distribuita dall'impresa tra tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, hanno contribuito alla sua generazione⁵.

Nella terza sezione del documento è prevista l'illustrazione qualitativa e quantitativa dei risultati ottenuti dall'azienda, in relazione agli impegni assunti ed ai programmi realizzati, nella prospettiva delle differenti categorie di *stakeholder*. In questa sezione devono essere indicati i fatti e le informazioni quantitative e qualitative, le comparazioni, i giudizi degli *stakeholder* ed ogni altro dato utile a descrivere le relazioni esistenti tra gli assunti e gli esiti. Chiudono la sezione gli obiettivi di miglioramento per l'anno successivo, riferiti sia al processo di rendicontazione sociale che alle performance dell'azienda, oltre ad eventuali pareri o giudizi formulati da parti terze, incaricate di verificare la qualità del processo di rendicontazione sociale e la sua rispondenza agli assunti metodologici stabiliti.

Il secondo documento GBS rilevante per le aziende sanitarie pubbliche è lo standard di adattamento per il settore pubblico⁶.

In considerazione della molteplicità di amministrazioni alle quali lo standard si rivolge, lo stesso rappresenta necessariamente, come dichiarato esplicitamente dagli estensori, un documento di indirizzo generale che sarà declinato ulteriormente attraverso la predisposizione di documenti di ricerca e standard di approfondimento specifici per le differenti categorie di amministrazioni.

Nei fatti, il documento predisposto per l'elaborazione del bilancio sociale ripropone una struttura di base e dei contenuti allopponibile con quella dello schema generale dello standard del 2001.

Si riaffermano infatti i principi che devono informare la redazione del bilancio sociale, e si ripropone l'articolazione del documento in tre sezioni: identità; produzione e distribuzione del valore aggiunto; relazione sociale.

Nella prima sezione, sull'identità, si chiarisce che l'unità rendicontante può essere la singola amministrazione ma anche e preferibilmente il «gruppo pubblico»: la rendicontazione deve considerare non solo le attività direttamente gestite dall'azienda, ma anche quelle amministrate attraverso organismi sui quali l'azienda pubblica esercita un'influenza rilevante, in relazione a contratti, partecipazioni, concessioni, accordi o altre forme di «relazione». Ogni legame e partecipazione devono poi essere dettagliatamente illustrati in termini di ambiti, contenuti e durata del rapporto.

I contenuti dello «scenario di riferimento» sono rimodulati rispetto allo standard originario nei seguenti punti:

- caratteristiche della comunità di riferimento;
- ambiti operativi, ovvero aree di intervento in cui l'azienda opera e descrizione della relativa domanda potenziale;
- gamma delle produzioni, ossia beni e servizi erogati;
- eventuali vincoli impliciti o espliciti che possono modificare ed influenzare nel futuro la missione, le strategie e le politiche aziendali.

Come ulteriore adattamento al settore pubblico, nella parte relativa al sistema di *governance*, si prevedono l'illustrazione della composizione degli organi di governo e le indicazioni relative alla durata del loro mandato, alle professionalità dei soggetti, ai loro emolumenti e l'organigramma aziendale.

La prima sezione si conclude con i principi ed i valori di riferimento. Il documento di standard precisa che nel contesto di riferimento i principi ed i valori provengono direttamente dalle legge o dai regolamenti, oppure da forme di autoregolamentazione e possono essere declinati in relazione alle singole aree di intervento.

La sezione relativa al valore aggiunto rimane fondamentalmente inalterata. È peraltro introdotto il concetto di valore aggiunto creato per «area di intervento» significativa, con lo scopo di valutare l'efficienza allocativa e la proporzionalità tra costi sostenuti e benefici prodotti per gli *stakeholder* (per approfondimenti cfr. Ricci 2006). Inoltre, si nota l'inserimento di specifici contenuti riguar-

danti il patrimonio, attraverso un apposito prospetto informativo, che deve contenere la riclassificazione dell'attivo patrimoniale per tipologia e destinazione degli elementi e una serie di informazioni qualitative concernenti le valutazioni sulle finalità pubbliche che orientano la gestione patrimoniale e la congruità del patrimonio in relazione a missione e funzioni attribuite.

L'ultima differenza significativa rispetto allo standard di base consiste nell'articolazione della sezione «relazione sociale» per «aree di intervento», che possono coincidere, a discrezione dell'ente, con le funzioni pubbliche assegnate, i servizi erogati o presidiati o altri ambiti, trasversali ai precedenti, giudicati significativi al fine della valutazione dei risultati del programma e delle strategie dell'amministrazione. Per ognuna di esse sono identificate le categorie di *stakeholder* maggiormente coinvolte, prefigurando una sorta di «matrice» di rendicontazione⁷.

2.3. Gli obiettivi e il metodo della ricerca

Tutto ciò premesso, occorre ricordare che gli standard per la rendicontazione sociale presentano una loro significativa utilità sotto tre aspetti:

- garantire l'omogeneità e la confrontabilità tra i bilanci sociali;
- fissare alcuni principi fondamentali che devono essere rispettati dalle aziende nella rendicontazione sociale, quali l'attendibilità, la comprensibilità e la significatività nell'ottica dei portatori di interesse;
- guidare il percorso di rendicontazione, al fine di evitare che esso sia esclusivamente finalizzato alla realizzazione di uno strumento di *marketing* indiretto dell'ente.

Tale utilità è tuttavia subordinata sia alla verifica della adeguatezza ed applicabilità delle indicazioni contenute nello standard rispetto allo specifico contesto di riferimento in cui opera l'azienda, sia alla effettiva comprensione e interiorizzazione della funzione del bilancio sociale da parte dell'azienda stessa.

Con questa ricerca ci siamo proposti tre obiettivi, nella prospettiva dell'analisi e del miglioramento dell'utilità effettiva dello

standard GBS nella realtà delle aziende sanitarie pubbliche italiane:

– «mappatura» del livello di applicazione delle indicazioni dello standard GBS all'interno dei bilanci sociali redatti dalle aziende;

– confronto tra l'approccio dichiarato e l'approccio effettivamente utilizzato dalle aziende nell'applicazione dello standard, anche in relazione alle finalità di utilizzo del bilancio sociale da parte delle aziende; in particolare si cercherà di evincere se e in che misura il richiamo agli standard è motivato:

- i) dalla percezione di una reale e specifica utilità a livello metodologico,
- ii) dalla volontà di utilizzare in modo strumentale il riferimento allo standard per attribuire legittimità o credibilità metodologica al documento o
- iii) dal semplice rispetto di una convenzione a richiamare un riferimento generalmente utilizzato da molti altri documenti;

– comprensione delle esperienze finalizzata ad individuare gli ambiti di criticità e di miglioramento dell'attuale standard nella prospettiva di uno standard specifico per la realtà delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche.

Tali obiettivi possono anche essere intesi come tre *step* logici tra loro consequenziali, che potremmo rispettivamente definire di tipo «esplorativo-descrittivo», «interpretativo» e «propositivo-indicativo».

Si è deciso di perseguire gli stessi mediante un'indagine empirica condotta sull'intero «campione» di aziende che hanno esplicitamente richiamato nei loro documenti di rendicontazione sociale, o dichiarato nel corso di una precedente indagine (cfr. Alesani *et al.*, 2006), di aver assunto come riferimento lo standard GBS per la realizzazione del proprio documento: nove Aziende sanitarie locali (Biella, Firenze, Roma D, Omegna, Chiavari, Trapani, Monza, Lecco, Lucca) e due Aziende ospedaliere (Padova e Villa Sofia) (**tabella 2**)⁸.

Più in particolare, l'analisi è stata condotta utilizzando due strumenti differenti a seconda degli obiettivi prefissati:

– al fine di comprendere la strategia dichiarata per l'applicazione dello standard e le percezioni in merito all'utilità, alla rilevanza ed alle criticità applicative delle indicazioni del GBS, sono state realizzate apposite interviste con i responsabili aziendali della rendicontazione sociale. Essi sono stati considerati come interlocutori privilegiati in quanto crediamo possano essere ritenuti i soggetti maggiormente consapevoli delle tematiche in oggetto ed essendo stati identificati dalla direzione aziendale come direttamente responsabili della funzione di guida e/o di coordinamento del processo di redazione del bilancio sociale;

– al fine di comprendere il posizionamento «effettivo» dei bilanci sociali in relazione allo standard (livello di applicazione e

Tabella 2
Il campione di aziende preso in riferimento

Nome azienda	Documento	N. edizioni	Anno prima edizione	Periodo
Asl Biella	Bilancio sociale	4	2002	2001, 2002, 2003, 2004
Asl Chiavari	Bilancio sociale	1	2004	2003
Asl Firenze	Bilancio sociale	2	2004	2003, 2004
Asl Lecco	Bilancio sociale di mandato	1	2003	1998-2002
Asl Lucca	Bilancio sociale di mandato	1	2005	2002-2004
Asl Monza	Bilancio sociale	2	2005	2004, 2005
Asl Omegna	Bilancio sociale	2	2005	2003, 2004
Asl Roma D	Bilancio sociale	2	2004	2003, 2004
Asl Trapani	Bilancio sociale	2	2004	2003, 2004
A.O. Padova	Bilancio sociale	3	1999	1998, 2003, 2004
A.O. Villa Sofia	Bilancio sociale	1	2005	2003

di scostamento) è stata realizzata una apposita *checklist* per l'analisi dei documenti. In particolare, la *checklist* è stata strutturata in quattro sezioni che rispecchiano le principali categorie di indicazioni dello standard:

- i) le finalità della rendicontazione sociale,
- ii) la struttura del documento (numero e organizzazione interna delle sezioni),
- iii) gli elementi contenutistici di dettaglio,
- iv) gli elementi metodologici.

Le due metodologie di analisi identificate sono state utilizzate in modo complementare. In particolare, al fine di «interpretare» l'approccio effettivamente seguito dalle aziende nell'applicare il contenuto degli standard, si è partiti dall'analisi degli «scostamenti» rilevati tra i documenti e le prescrizioni del GBS mediante la *checklist*, supportando la comprensione degli stessi con le considerazioni tratte dalle interviste sulle scelte di metodo (applicabilità delle indicazioni nel contesto di riferimento), di merito (giudizio sulla rilevanza dell'elemento in relazione alle finalità della rendicontazione sociale) e di ordine tecnico-applicativo (disponibilità di dati e di informazioni).

L'obiettivo «interpretativo» e quello «propositivo» sono stati inoltre perseguiti mediante considerazioni di ordine teorico e metodologico degli autori, esplicitate nel corso dell'analisi.

3. L'approccio dichiarato alla standardizzazione nel caso GBS

Nel presente paragrafo si riportano le risposte e le riflessioni sviluppate dagli interlocutori attraverso una sintesi complessiva, al fine di cogliere tendenze e percezioni comuni (**tabella 3**). Considerazioni specifiche sui singoli casi verranno invece riprese nel paragrafo successivo.

Mediante le interviste si sono sondati presso le aziende alcuni elementi ritenuti rilevanti per comprendere l'approccio allo standard GBS, quali: edizione dello standard considerata (edizione originale o quella di adattamento per il settore pubblico); motivazioni dell'adozione dello standard; volontà di applicazione organica o selettiva delle indicazioni contenute nello standard; elementi

dello standard ritenuti maggiormente utili in relazione alle finalità aziendali ed all'applicabilità alla realtà delle aziende sanitarie; percezioni sulla prospettiva di certificazione del bilancio in relazione all'applicazione dello standard GBS (livello e tipologia di utilità percepita, disponibilità a convergere organicamente verso le prescrizioni dello standard).

Sulla base delle interviste, l'edizione dello standard universalmente presa in considerazione è quella originale, redatta nel 2001; l'edizione per le pubbliche amministrazioni (edizione P.A.) è stata esplicitamente considerata solo da circa la metà del campione (6 aziende). Al contempo è necessario osservare che spesso anche in questi casi non c'è stato un esplicito processo di «incorporazione» delle nuove indicazioni dello standard nei documenti, in quanto le indicazioni sono state giudicate troppo generiche o non immediatamente applicabili alla realtà specifica delle aziende sanitarie ma piuttosto orientate alla realtà degli enti locali e territoriali.

La motivazione data con più frequenza dalle aziende (9 su 11) per l'applicazione dello standard GBS è la forte diffusione e la riconoscibilità a livello nazionale dello stesso, nonché il fatto che il primo gruppo di aziende sperimentatrici in ordine cronologico (Asl Biella, Ao Padova) lo abbiano richiamato. A corredo di queste motivazioni, in quattro casi viene citata la mancanza di ulteriori e più adeguati standard di rendicontazione specifica. Il dato è significativo in particolare se comparato con il numero relativamente basso di aziende (solo 3 su 11) per le quali la motivazione prevalente è l'aderenza dello standard allo specifico modello di rendicontazione che l'azienda intendeva adottare.

L'importanza e la criticità di tale ultimo elemento è ulteriormente sottolineata anche dal fatto che solo cinque aziende dichiarano di aver tentato di applicare in modo complessivo le indicazioni dello standard, mentre le restanti sei affermano di aver deliberatamente voluto applicare solo alcune parti dello standard. Più in particolare, alla domanda posta a tutte le aziende in merito a quali elementi avessero ritenuto più utili, la quasi totalità delle aziende (10 su 11) ha evidenziato che lo standard è risultato un supporto al fine di comprendere la logica o la «filosofia» sottesa alla rendicontazione sociale (prospettiva dei

Tabella 3

I risultati dell'intervista con i referenti aziendali per la rendicontazione sociale

Edizione dello standard presa in riferimento (risp. multiple)	Edizione originale	Adattamento per la P.A.	
	11	6	
Motivo per il quale si è scelto di adottare lo standard GBS nella redazione del bilancio sociale (risp. multiple)	Riconoscibilità/rinomanza	Adeguatezza dei contenuti specifici	Mancanza di standard alternativi
	9	3	4
Strategia di applicazione delle indicazioni dello standard GBS	Organica	Selettiva	
	5	6	
Elementi dello standard GBS ritenuti maggiormente utili (risp. multiple)	Struttura del documento	Contenuti specifici	Modello e logica di rendicontazione
	8	2	10
Utilità della certificazione del bilancio sociale	Inutile	Marginalmente utile	Molto utile
	4	5	2
Dimensioni di utilità della certificazione (risp. multiple)	Credibilità della rendicontazione	Miglioramento qualità intrinseca	Aumento delle motivazioni dei soggetti coinvolti
	7	7	2
Interesse a confronto con esperti della materia	Si	No	
	9	2	
Disponibilità a convergenza organica a indicazioni di standard GBS per la sanità	Si	No	
	8	3	
Giudizio del ricercatore su livello di consapevolezza interna dello standard	Alto	Medio	Basso

portatori di interesse, ottica della rendicontazione sul «valore generato»). Fortemente richiamata anche l'utilità in relazione alla strutturazione del documento (numero, denominazione e organizzazione interna delle sezioni), mentre solo due aziende dichiarano di aver utilizzato in modo diretto i contenuti specifici – dati ed indicatori – proposti dal GBS.

Infine, l'ultima parte dell'intervista ha riguardato l'eventuale prospettiva di una certificazione secondo gli standard GBS. In linea generale, le opinioni espresse al riguardo rispecchiano una bassa utilità percepita circa la certificazione; quattro aziende la giudicano inutile e cinque aziende solo parzialmente utile. Ciò sembra dovuto, almeno in parte, ad

una sfiducia diffusa verso lo strumento formale della certificazione, dato il rischio che venga interpretato non come «mezzo» ma come «fine» a se stesso e non porti reali benefici al miglioramento dell'iniziativa. Nei casi in cui la certificazione è ritenuta almeno in principio utile, gli intervistati sottolineano la possibilità di aumentare la credibilità esterna del documento di rendicontazione, nell'ottica dei portatori di interesse, sia di migliorare la qualità intrinseca del documento, mediante il processo di controllo esterno. In alcuni casi le «valenze interne» sono percepite in modo più forte. Ciò in parte perché si ritiene che il contesto esterno non abbia ancora raggiunto un livello di maturazione tale nei confronti dell'approccio allo strumento del bilancio

sociale da poter apprezzare il significato del processo di certificazione; in altri casi, invece, perché non si ritiene particolarmente utile un avallo esterno del processo di «resa del conto», in quanto, mediante il documento, l'azienda si espone già direttamente al giudizio dei portatori di interesse. Inoltre, in due casi si ravvisa anche la possibilità di aumentare la motivazione dei referenti aziendali coinvolti nella rendicontazione.

Le valutazioni sulla non elevata «utilità percepita» della certificazione non sembrano invece collegabili alla mancanza di interesse al confronto con soggetti esperti della materia, appartenenti al mondo professionale o accademico: nove aziende ritengono utile un tale tipo di riscontro. Ciò segnala evidentemente l'esigenza diffusa di un confronto con soggetti esterni in relazione agli aspetti connessi con la metodologia, i contenuti e le strategie comunicative, esigenza propria della fase di sperimentazione ancora in atto ed espressiva di un buon livello di proattività e della presenza di un investimento progettuale significativo sul bilancio sociale.

Si nota quindi da parte delle aziende l'interesse a confrontarsi con il modello di rendicontazione proposto dal GBS, ma allo stesso tempo la volontà di conservare una indipendenza di giudizio nella strutturazione e nell'identificazione dei contenuti del bilancio sociale, stante l'importanza delle scelte di merito operate in base alle politiche aziendali ed alle esigenze di comunicazione percepite come prioritarie dalla direzione.

Tale aspetto è stato approfondito con l'ultima domanda posta agli interlocutori, concernente la percezione sulla disponibilità da parte dell'azienda a convergere sulle prescrizioni specifiche di uno standard GBS che sia tarato sulla realtà delle aziende sanitarie pubbliche e l'esplicitazione delle relative motivazioni.

Al riguardo, otto aziende su undici si sono espresse favorevolmente a tale ipotesi, date l'esigenza e l'opportunità di aumentare così il grado di comparabilità e di omogeneità contenutistica e metodologica dei documenti. Inoltre, si ritiene molto utile poter disporre di un set di contenuti specifici per la realtà sanitaria, da una parte per orientare il processo di rendicontazione, dall'altra per «selezionare» le aziende che intendono il bilancio sociale come strumento di trasparenza, da quelle

che ne enfatizzano l'impatto in termini di «marketing indiretto», giocando sul bilanciamento tra «detto» e «non detto».

Tre aziende esprimono invece più forti perplessità, motivate dalla possibile perdita di autonomia nella selezione dei contenuti specifici della rendicontazione sociale che tale convergenza potrebbe causare.

Le aziende pongono dunque come elemento discriminante, per la disponibilità alla convergenza organica verso uno standard GBS per la sanità pubblica, la flessibilità e la modularità delle indicazioni, ovvero la presenza di un *set* di indicatori «minimi», da seguire obbligatoriamente in ogni sezione e area di rendicontazione, e un *set* di indicatori «addizionali», che possono essere suggeriti dallo standard ma la cui scelta finale venga rimessa alle scelte di merito e di metodo operate dalle singole aziende.

Sulla scorta delle interviste abbiamo cercato di proporre una sintesi sul livello di consapevolezza dei referenti aziendali in merito alle indicazioni dello standard GBS e sulla capacità degli stessi di formulare un giudizio critico sulla tematica.

Otto aziende si collocano agli estremi di un'ipotetica «scala di intensità», quattro a livello alto, altrettante a livello basso; le restanti tre si posizionano su un livello intermedio.

Il livello di consapevolezza sembra essere legato sia alle specifiche finalità attese dal bilancio sociale, sia alle modalità organizzative seguite dalle aziende⁹. In particolare, si riscontra maggiore consapevolezza nei casi in cui lo strumento è finalizzato al rafforzamento della comunicazione e delle relazioni con i portatori di interessi non istituzionali, mentre tale caratteristica è attenuata nei casi in cui il documento è principalmente finalizzato alla rendicontazione dei risultati della gestione ai referenti istituzionali (Conferenze dei sindaci, Regione di riferimento, enti ed organizzazioni *non profit*). In questo senso, se il bilancio sociale è interpretato come documento di rendicontazione «istituzionale» sulle performance è comprensibile che ci sia un minore interesse interno nei confronti dello standard, in quanto la struttura ed i contenuti dello stesso finiscono per essere fortemente dipendenti dalle scelte di impostazione strategica regionale e locale.

Per quanto riguarda le caratteristiche organizzative, si riscontra un maggior grado di consapevolezza nelle aziende che non si sono avvalse di un supporto esterno per la redazione del bilancio sociale ed in cui è stata conferita la responsabilità della redazione ad un'unità organizzativa specifica, piuttosto che ad un gruppo di lavoro allargato. In questo senso si può affermare che sembra essere mancato un processo di «socializzazione» dello standard da parte dei soggetti detentori della sua conoscenza.

4. L'analisi del posizionamento effettivo rispetto allo standard GBS

La griglia di analisi è stata divisa in quattro sezioni principali e in ulteriori sottosezioni; all'interno di ognuna di esse è stata identificata una serie di indicazioni contenute nello standard GBS (al riguardo sono state considerate sia l'edizione originale, che l'edizione per le amministrazioni pubbliche) in merito alle finalità, alla struttura, ai contenuti specifici e agli elementi metodologici del bilancio sociale (**tabella 4**). Mediante l'analisi documentale è stato poi verificato il rispetto delle indicazioni dello standard GBS all'interno del campione di documenti considerato.

Nella **tabella 5** si riportano alcune valutazioni di massima sintesi sul livello di incorporazione delle indicazioni contenute negli standard GBS con riferimento al complessivo campione di bilanci sociali analizzati, espressi mediante un «indice di intensità» compreso tra «0» (completo disallineamento) e «100» (completo allineamento). Il metodo di composizione dell'indice¹⁰ si basa sulla valutazione di corrispondenza «quantitativa» delle indicazioni comprese nelle sotto-sezioni e non su giudizi circa la priorità conferita alle informazioni o la qualità intrinseca delle stesse all'interno dei documenti.

Premesso che il significato dei dati di sintesi sarà valutato in modo specifico nei prossimi paragrafi, è qui possibile proporre alcune osservazioni di ordine generale: gli elementi dello standard maggiormente applicati dalle aziende riguardano la struttura del documento (numero e tipologia dei capitoli), l'organizzazione interna dei capitoli dell'identità aziendale e della relazione sociale e i contenuti delle rispettive sezioni (con la notazione che i contenuti «generali» della

relazione sociale risultano maggiormente applicati di quelli relativi alle singole categorie di *stakeholder*). Tra gli elementi metodologici richiamati dal GBS particolare attenzione è conferita all'aspetto dell'attendibilità e verificabilità dei dati, mentre per i restanti elementi si nota un livello di applicazione mediamente basso. Tra gli elementi di critica applicazione risulta la sezione riguardante le riclassificazioni contabili ed il valore aggiunto: mentre le prime sono mediamente rispettate, le indicazioni relative al valore aggiunto sono seguite esclusivamente dalle due aziende ospedaliere¹¹.

4.1. Le finalità della rendicontazione sociale

Le aziende sperimentatrici riprendono generalmente nei loro documenti le quattro principali finalità richiamate dallo standard GBS. Quasi tutte dichiarano che il bilancio sociale ha la finalità di «fornire un quadro delle performance economiche e sociali al fine di agevolare la formazione di un giudizio consapevole da parte degli *stakeholder* sull'attività aziendale»; circa nove su dieci riconoscono al documento la funzione di «promuovere un processo di interazione»; otto aziende su dieci concordano circa la possibilità di esporre, in questo modo, obiettivi di miglioramento ed innovazione. L'ultima funzione richiamata invece, «fornire un profilo strategico-gestionale per gli organi di governo dell'azienda», può dirsi assunta soltanto da una delle aziende. Quest'ultima finalità richiama la possibilità che la rendicontazione sociale abbia una valenza «interna» secondo cui il miglioramento della capacità di rendicontazione sulla propria attività nell'ottica dei portatori di interesse contribuisce a orientare il comportamento dei professionisti e a focalizzare le strategie di sviluppo.

A fronte del frequente richiamo nei documenti a tutte le finalità indicate dallo standard, pare necessario puntualizzare che queste non sempre sono compatibili tra di loro sotto il profilo metodologico e del prodotto comunicativo: un documento comprensibile ai cittadini e ai non addetti ai lavori (funzione di comunicazione e relazione esterna) dovrà avere caratteristiche differenti da un documento realizzato per fornire un profilo strategico-gestionale agli organi di governo

Tabella 4

I contenuti dello standard GBS

Sezioni	Sotto-sezioni	Indicazioni specifiche
Finalità		Fornire il quadro delle performance economiche e sociali per la formazione del giudizio da parte <i>stakeholder</i> Promuovere il processo di interazione Esporre gli obiettivi di miglioramento e innovazione Fornire un profilo strategico-gestionale per gli organi di governo dell'azienda
Struttura del documento	Numero e tipologia di capitoli	Capitolo identità dell'azienda Capitolo riclassificazione dati contabili e calcolo del valore aggiunto Capitolo relazione sociale
	Organizzazione interna dei capitoli	Identità (scenario e contesto di riferimento; sistema di governo e assetto organizzativo; valori di riferimento e missione; strategie e politiche) Riclassificazione dei dati contabili e valore aggiunto (prospetto determinazione del valore aggiunto; prospetto di classificazione del valore aggiunto per aree di intervento; prospetto di riparto del valore aggiunto, prospetto informativo sul patrimonio) Sezione relazione sociale (matrice aree di intervento/ <i>stakeholder</i>) Sezioni integrative (giudizi ed opinioni degli <i>stakeholder</i> ; dichiarazioni dell'azienda sui risultati ottenuti e gli obiettivi di miglioramento; miglioramenti previsti nel documento)
Contenuti specifici	Capitolo identità aziendale	Descrizione del sistema di governo e della composizione degli organi di vertice (natura del mandato, esperienze, professionalità, emolumenti) Rappresentazione dell'organigramma aziendale Valori derivati da leggi e regolamenti e liberamente identificati dall'azienda Missione aziendale «Operazionalizzazione» della missione in strategie, politiche, progetti e programmi operativi (strategie e politiche) Distinzione tra politiche sociali, economico-finanziarie, di sviluppo sostenibile
	Capitolo riclassificazioni dei dati contabili e valore aggiunto	Prospetti informativi del patrimonio: Valutazioni su finalità pubbliche cui la gestione patrimoniale risponde e congruità del patrimonio in relazione a missioni e funzioni attribuite Indicazioni su: modalità tenuta dell'inventario; andamento del patrimonio netto; operazioni di dismissione, riconversione e/o riqualificazione e futura destinazione del patrimonio non produttivo; valorizzazione, destinazione e stato d'uso dei beni di maggior pregio; indicazione delle modalità di fruizione da parte dei destinatari Prospetto di determinazione del valore aggiunto complessivo Prospetto di classificazione del VA per aree di intervento Prospetto di riparto del VA
	Capitolo relazione sociale	Elementi generali (mappatura degli <i>stakeholder</i> , identificazione delle aree di intervento «prioritarie» oggetto di rendicontazione e delle categorie di <i>stakeholder</i> per ogni area, identificazione degli obiettivi programmati e dei risultati raggiunti per area di rendicontazione o per <i>stakeholder</i> , indicazione delle risorse impiegate per area di intervento/ <i>stakeholder</i> secondo dimensione economico-finanziaria e reale, distinzione tra risorse proprie e risorse di terzi «mobilitate», bilanciamento tra le differenti dimensioni di risultato: efficienza, efficacia, impatto sociale) Elementi specifici delle categorie di <i>stakeholder</i> : risorse umane, collettività, fornitori, utenti
	Sezioni integrative	Miglioramento degli effetti dell'attività: (commenti, valutazioni e giudizi sui risultati sociali raggiunti, identificazione obiettivi di miglioramento delle performance per il successivo esercizio) Miglioramento del processo di rendicontazione (obiettivi in termini di aumento di completezza, trasparenza, inclusione e proattività del documento)
Elementi metodologici	Elementi del processo di rendicontazione	Modalità di coinvolgimento degli interlocutori interni ed esterni; modalità di selezione ed elaborazione delle informazioni, criteri di selezione e rappresentazione dei risultati e modalità di partecipazione di soggetti esterni alla valutazione dei risultati
	Attendibilità e verificabilità dei dati	Esplicitazione delle fonti dei dati contabili ed extracontabili compresi nella rendicontazione e delle modalità di elaborazione seguite
	Modalità e esito del coinvolgimento degli stessi	indicazioni da fornire: soggetti coinvolti e criteri di campionamento, selezione e contatto utilizzati; aspettative/ricieste di tali soggetti relativamente all'ambito di espressione del parere; esito della valutazione dei risultati ed eventuali proposte di miglioramento (coinvolgimento per singola area di intervento o a livello aggregato)

Sezioni	Sotto-sezioni	Indice sintetico
Finalità		71
Struttura del documento	Numero e tipologia dei capitoli	82
	Organizzazione interna dei capitoli: – identità aziendale – riclassificazioni contabili e V.A. – relazione sociale – sezioni integrative	74 9 58 47
Contenuti specifici	Capitolo identità aziendale	51
	Capitolo riclassificazioni dei dati contabili e valore aggiunto	23
	Capitolo relazione sociale – elementi generali – elementi specifici dei singoli <i>stakeholder</i>	54 48
	Sezioni integrative	58
Elementi metodologici	Elementi del processo di rendicontazione	23
	Attendibilità e verificabilità dei dati	73
	Modalità e esito del coinvolgimento degli <i>stakeholders</i>	11

Tabella 5

Il livello di applicazione delle indicazioni dello standard GBS

dell'azienda («*accountability* istituzionale»).

In questo senso, si ritiene necessario che le aziende pubbliche scelgano in modo chiaro e puntuale le finalità da attribuire prioritariamente alla rendicontazione sociale e che perseguano le stesse individuando coerentemente le caratteristiche comunicative e metodologiche del documento di *reporting* sociale.

4.2. La struttura ed i contenuti del documento

Dati gli elementi messi in evidenza, si è scelto di analizzare congiuntamente il posizionamento dei bilanci sociali in relazione agli aspetti strutturali e contenutistici.

L'identità aziendale

Nella sezione dedicata all'identità, la quasi totalità delle aziende si riconosce e segue lo schema proposto dal modello, quanto meno nella sua parte iniziale. Quasi tutte descrivono, con diverso livello di dettaglio,

lo scenario ed il contesto di riferimento, così come il sistema di governo e l'assetto organizzativo. Qualche problema interpretativo emerge invece con riferimento all'identificazione dei valori di riferimento, della missione, delle politiche e delle strategie. Tutte le aziende riportano nel documento la propria missione istituzionale generica, ovvero la tutela della salute dei cittadini, ed una buona parte riporta inoltre i «valori» sanciti nell'atto aziendale, senza peraltro tentare una «personalizzazione», in relazione a tali concetti, che sia riferita all'impianto programmatico o al contesto specifico di riferimento. Inoltre, si deve ricordare che esistono appositi documenti redatti dalle aziende (per esempio la relazione sullo stato di salute dei cittadini o la relazione socio-sanitaria) i cui contenuti sono estremamente simili a quelli di questa sezione del bilancio sociale, sollevando la questione delle duplicazioni e ridondanze tra documenti aziendali e conseguentemente del ruolo che deve caratterizzare in queste aziende il bilancio sociale come strumento di rendicontazione.

Il problema della mancante o insufficiente «personalizzazione» si evince anche per quanto riguarda la descrizione degli assetti di governo interni, in particolare in relazione alla descrizione del ruolo, dei compiti e degli ambiti di interazione specifici di organi quali il Collegio di direzione, la Conferenza dei sindaci, o la possibilità di esplorare maggiormente il significato dell'assetto organizzativo dipartimentale all'interno della singola azienda.

Per quanto riguarda «l'operationalizzazione» del disegno strategico aziendale, si nota una difficoltà da parte delle aziende nella distinzione dei concetti che lo standard GBS utilizza per «mission», «vision», «valori e principi», «obiettivi strategici». In linea più generale, si nota la difficoltà delle aziende a ricostruire un quadro strategico organico ed unitario. Ciò può essere almeno in parte spiegato dal fatto che la strategia delle aziende sanitarie è in buona parte «eterodiretta» dal livello di governo regionale e nazionale, pur esistendo uno «spazio strategico» (Del Vecchio, 1995) proprio delle singole aziende più o meno ampio a seconda dei contesti e dei modelli regionali di riferimento. In questo senso, i documenti di rendicontazione potrebbero utilmente identificare le linee stra-

tegiche dell'azienda che derivano dal piano strategico regionale e che sono declinate all'interno dello spazio strategico delle singole aziende.

Si deve notare che il disegno strategico aziendale è il punto di riferimento per la relazione sociale; la mancanza di un quadro strategico unitario è quindi una possibile fonte di criticità anche per la comprensibilità e l'orientamento informativo di tutto lo strumento informativo.

Le riclassificazioni economiche e il valore aggiunto

In merito alle riclassificazioni economiche, l'analisi dei documenti evidenzia come la totalità delle aziende, ad eccezione delle due ospedaliere, non si riconosca nello schema proposto dallo standard di base e riaffermato nello standard per il settore pubblico. Nella quasi totalità dei casi, nella sezione dedicata alla relazione economica si riportano gli schemi di bilancio così come presenti all'interno del bilancio d'esercizio, integrati, in alcuni casi, da elaborazioni relative ai costi sostenuti o alle tipologie delle «entrate».

I. L'applicabilità e la significatività del concetto di valore aggiunto nel contesto pubblico

Il prospetto di determinazione e riparto del valore aggiunto compare in una delle due aziende ospedaliere del campione (A.O. Padova) mentre non è stato compilato da nessuna delle aziende sanitarie locali analizzate. Ciò testimonia, di fatto, una oggettiva difficoltà, da parte delle Asl, a riconoscersi nelle scelte operate nello standard e ad accoglierne operativamente le indicazioni.

Data la centralità del punto – che è uno di quelli maggiormente caratterizzanti il modello di bilancio sociale del GBS – riteniamo necessario soffermarci brevemente sull'argomento.

Una prima e dibattuta questione che dovrebbe essere affrontata è sicuramente quella volta a definire cosa sia il «valore aggiunto» in ambito pubblico e come sia possibile determinarlo.

Qui ci si limita ad osservare che nello standard GBS relativo alle amministrazioni pubbliche – probabilmente prendendo atto della

impossibilità (o quanto meno delle fortissime difficoltà) poste ad una «misurazione» del «valore pubblico» generato dall'azione istituzionale, sulla base di metodologie che possano ritenersi ad un tempo sia razionalmente forti, sia capaci di quantificazioni sufficientemente attendibili – si è deciso di accogliere un'interpretazione «convenzionale», che ha il pregio di permettere il collegamento con i dati della contabilità e con il bilancio di esercizio.

In sostanza, lo standard ripropone, con i necessari adattamenti formali, il medesimo modello già presentato nello standard di base, con riferimento alle imprese. Tuttavia, per le Asl tale opzione solleva problemi d'ordine logico e metodologico.

Tecnicamente, il «Valore aggiunto» viene così a configurarsi come il valore differenziale (supposto adeguatamente positivo, dati i vincoli posti alla sopravvivenza dell'impresa sul mercato) fra la nuova ricchezza lorda che l'impresa ha saputo generare attraverso i propri processi produttivi (*output*) e la ricchezza preesistente che l'impresa ha dovuto consumare/distruocere per poter produrre (*input*)¹². In tal modo l'espressione assume un significato pressoché letterale: il valore dell'*output* è pari al valore dei consumi sostenuti per produrre più il valore che l'impresa ha saputo «aggiungere»/«creare» attraverso il proprio processo produttivo.

L'estensione di una tale concezione ad un'Asl ci sembra porre almeno tre ordini di problemi.

In primo luogo, i «ricavi» di questa tipologia aziendale sono essenzialmente costituiti dai trasferimenti di contributi in conto esercizio sulla base della quota capitaria pesata. Essi, dunque, non esprimono in nessun modo il valore di ciò che l'azienda ha «prodotto», ma rappresentano la dotazione periodica di risorse attraverso le quali la stessa dovrebbe istituzionalmente garantire la copertura dei «fabbisogni di salute» della propria collettività di riferimento.

Se si condividono queste considerazioni, occorre prendere conseguentemente atto che viene così a mancare il primo aggregato di riferimento – il valore della produzione – necessario per ottenere, attraverso la sottrazione dei consumi, appunto il Valore aggiunto.

In secondo luogo, l'attività istituzionale dell'Asl è «mista», in quanto essa consiste

in parte nella produzione ed erogazione diretta di servizi ai cittadini, in parte nell'acquisto di servizi che altri soggetti hanno loro direttamente erogato. Quindi fra i costi che compaiono a conto economico non si rinven- gono solo «consumi», ma compaiono anche «costi» legati alla mobilità passiva e ad altri servizi che non vengono acquistati per «pro- durre», ma sostenuti semplicemente per re- golare finanziariamente le prestazioni sani- tarie prodotte ed erogate da soggetti esterni all'azienda.

In terzo luogo – per quanto ovvio – occor- re sempre ricordare che le aziende in oggetto non sono finalizzate alla produzione di «red- dito» e, quindi, anche laddove fosse possibile procedere a misurazioni economiche caratte- rizzate da ragionevole approssimazione, va sottolineato che la diversa natura di queste aziende si rifletterebbe comunque anche sul significato da far assumere alla produzione di «valore aggiunto».

Ciò senza poi tenere conto del fatto che molte di esse presentano «fisiologicamente» livelli di disavanzo economico «patologici», tali da non consentire – almeno secondo la nostra opinione – di poter seriamente propor- re di presentare uno schema di riclassifica- zione del conto economico intestato alla «di- stribuzione» di «valore aggiunto» comunque «creato».

Con ciò non si intende assolutamente af- fermare che le Asl non producano «valore pubblico» o «utilità sociale»: si afferma solo il convincimento che tali fenomeni non sia- no investigabili, misurabili e rappresentabili attraverso le modalità economiche in esame. Il concetto di valore pubblico creato deve essere necessariamente indagato in una pro- spettiva multidimensionale (Moore, 1995; Rebora, 1999b) e «misurato» mediante una molteplicità di dati e indicatori quantitativi e qualitativi, economici ed extraeconomici, in- terni ed esterni all'amministrazione, che de- vono essere valutati «a sistema», adottando un approccio multidisciplinare ed integrato (economico-aziendale, politologico, socio- logico ecc.) (Mussari, Grossi, Monfardini, 2005).

Il ragionamento che si può proporre in relazione alle aziende ospedaliere è più sfu- mato, dato che queste sono a tutti gli effetti aziende di produzione, i cui servizi vengono valorizzati a tariffa, dando vita a componenti

economici concettualmente già più vicini al- la nozione stessa di «ricavo».

Tali tariffe sono infatti normalmente uti- lizzate anche per la valorizzazione delle prestazioni erogate dalle strutture private «accreditate/convenzionate» (quindi vere e proprie imprese, per le quali lo schema di conto economico a Valore aggiunto è con- cettualmente del tutto convincente). Inoltre, data la diversa funzione svolta, i costi ricon- ducibili all'attività istituzionale delle Ao non comprendono «mobilità passiva» o altro che sia connesso al regolamento di prestazioni direttamente erogate da soggetti terzi.

Con buona frequenza le aziende ospeda- liere presentano poi livelli di disavanzo eco- nomico più contenuti rispetto a quelli delle Asl (quando addirittura non espongono in bilancio un risultato di sostanziale pareggio economico).

È dunque nostra opinione che il problema di applicabilità delle indicazioni contenute nello standard sia massimo per le Asl, men- tre sia sostanzialmente ridotto/assente per le Ao, cosa che peraltro, come già dicevamo, ha trovato un suo riscontro empirico nella ri- cerca da noi condotta e qui presentata.

II. Il prospetto informativo sul patrimonio

In riferimento invece al prospetto informa- tivo sul patrimonio, l'analisi dei documen- ti fa emergere l'esigenza di un chiarimento circa il significato di «congruità del patrimo- nio» e «identificazione delle finalità» cui lo standard si riferisce, dato che nessuna delle aziende analizzate ha riportato lo schema. Su ciò possono anche avere inciso la difficoltà a reperire adeguate informazioni in merito, o una possibile scelta di allocazione dell'in- formazione stessa in altri documenti (quali il bilancio di esercizio) o infine la non adegua- tezza dell'informativa in termini di *accoun- tability* esterna.

La relazione sociale e le sezioni accessorie

I. L'articolazione della relazione sociale

Il primo aspetto analizzato è stato il crite- rio adottato per *l'articolazione interna del- la relazione sociale*. Esso orienta la lettura dei contenuti della rendicontazione nella prospettiva dei portatori di interesse o delle

cosiddette «aree di intervento», ovvero gli ambiti di intervento omogenei dell'azienda. Secondo lo standard di base, la sezione deve essere articolata per *stakeholder*, mentre secondo lo standard di adattamento per le amministrazioni pubbliche è necessario considerare esplicitamente la «matrice» tra due prospettive logiche considerate, individuando gli *stakeholder* coinvolti in ogni area di intervento e seguendo poi quest'ultima dimensione per articolare la rendicontazione. Tale impostazione è probabilmente giustificata da una scelta di linearità, derivata dalla forte sovrapposizione a livello soggettivo tra differenti categorie di *stakeholder* nella realtà delle amministrazioni pubbliche¹³.

Per quanto riguarda le aziende sanitarie, e in particolare per quelle ospedaliere, tale fenomeno può considerarsi meno ostacolante anche in considerazione della significativa funzione di produzione svolta.

L'evidenza empirica conferma tale considerazione: due bilanci sono articolati per aree di intervento mentre i restanti sono articolati per categorie di portatori di interesse (tabella 6).

Il primo gruppo di documenti recupera la visione ad aree di intervento e la fa solitamente coincidere con i tre Livelli essenziali di assistenza principali (Asl). In questo senso il lato «forte» della matrice è stato invertito rispetto alle indicazioni dello standard per la p.a. La coincidenza tra aree e LEA solitamente seguita dalle aziende fa venire meno l'esigenza, pur presentata nello standard, di identificare le aree di intervento prioritarie per la rendicontazione; tale scelta si sposta invece all'interno delle singole «aree».

Uno degli elementi qualificanti del bilancio sociale secondo il modello GBS è la mappatura dei portatori di interesse e l'identificazione delle categorie prioritarie in base alle quali descrivere gli impatti dell'attività aziendale. Questo elemento è generalmente presente in tutti i bilanci sociali (meno accentuato in quelli articolati per «aree»), mentre si riscontrano scelte differenziate in termini di classificazione¹⁴. Le categorie solitamente richiamate sono: utenti, collettività, fornitori, dipendenti e collaboratori, enti del settore pubblico¹⁵.

L'organizzazione interna delle sezioni della relazione sociale deve riflettere secondo lo standard GBS gli obiettivi e le linee strate-

giche programmate nelle differenti aree di intervento (o nei confronti delle categorie di portatori di interesse). Tale aspetto permette di collegare il disegno strategico espresso nel capitolo sull'identità aziendale ai contenuti della rendicontazione sul valore creato. L'analisi dei documenti permette di evidenziare che nei casi in cui il bilancio sociale è inteso come documento di rendicontazione delle performance (ad esempio Lecco, Monza o Roma D) tale collegamento logico è maggiormente curato, mentre nei casi in cui l'obiettivo fondamentale è la comunicazione ai portatori di interesse non addetti ai lavori (ad esempio Trapani) tale aspetto è meno importante ed alla sistematicità viene preferita la comprensibilità e la immediatezza delle informazioni.

II. I contenuti di dettaglio

Entrando nel merito dei *contenuti specifici* della relazione sociale, il sistema informativo relativo alla rendicontazione di ogni area di intervento/portatore di interesse è basato su indicatori espressivi delle differenti tipologie di risorse impiegate e dei risultati ottenuti nel periodo di riferimento.

I bilanci sociali analizzati sono estremamente ricchi in relazione alla rendicontazione sugli *input*, in particolare sulle dotazioni strumentali e infrastrutturali (rinnovamento delle sedi, miglioramento delle attrezzature); la rendicontazione sulle risorse economico-finanziarie per area di intervento è molto frequente (anche grazie al monitoraggio obbligatorio sui costi connessi con l'erogazione dei LEA); mentre più difficilmente si ha una rendicontazione organizzata per singole categorie di *stakeholder*. D'altra parte, va segnalato che nella realtà pubblica i dati contabili hanno un significato esplicativo minore in relazione alla rendicontazione sul «valore creato» nei confronti dei destinatari dell'attività. Più in generale si nota scarsa integrazio-

Tabella 6

L'articolazione della relazione sociale rispetto alla matrice *stakeholders/aree* di rendicontazione

Articolazione	Aziende
Aree di intervento	Asl Monza, Asl Omega
Categorie di portatori di interesse	Asl Biella, Asl Chiavari, Asl di Firenze, Ao Padova, Asl Lecco, Asl Lucca, Asl Roma D, Asl Trapani, Ao Villa Sofia

ne dei dati economico-finanziari all'interno della relazione sociale; essi sono infatti generalmente collocati in una sezione dedicata alle riclassificazioni contabili.

Una ulteriore indicazione dello standard per il settore pubblico, riguarda la distinzione tra le risorse economiche «proprie» e le risorse di terzi «mobilitate». Poco più della metà delle aziende sanitarie hanno distinto dall'insieme di risorse provenienti dal finanziamento ordinario e dai privati paganti (Asl) le donazioni o i contributi da soggetti esterni al sistema sanitario, ma in linea generale la categoria delle risorse mobilitate sembra riferirsi implicitamente all'ambito degli enti territoriali (cfr. De Fabritiis, 2002).

Per quanto riguarda i dati di risultato, lo standard GBS prevede il criterio di bilanciamento tra differenti dimensioni di risultato e di volumi di attività, qualità, efficienza, efficacia, impatto esterno. Nel campione di bilanci analizzato non sembra peraltro sia stato rispettato in modo soddisfacente ed equilibrato tale requisito, avendosi una focalizzazione prevalentemente sulle prime tre dimensioni¹⁶.

Tutti i bilanci prestano una forte attenzione sugli indicatori di attività (volume di servizi realizzati, numero di utenti serviti, nuovi progetti realizzati). Sono sempre presenti anche indicazioni sulla qualità dei servizi percepita, peraltro spesso provenienti da indagini di *customer satisfaction* periodicamente promosse dalle aziende indipendentemente dalla redazione del bilancio sociale, mentre sono molto rare indicazioni sulla qualità tecnica o «certificata». Il ricorso a indicatori di produttività è frequente – circa la metà dei casi – ma non generalizzato; essi si riferiscono in particolare all'area ospedaliera (tasso di occupazione dei posti letto, numero medio dei posti letto occupati). Meno di un terzo delle aziende include indicatori riferibili all'«efficacia» in senso lato, riguardanti prevalentemente l'area dell'emergenza-urgenza (accessi al pronto soccorso per codice), del controllo della domanda (rispetto degli obiettivi fissati per il tasso di ospedalizzazione), dell'appropriatezza (ri-operi, ricoveri oltre il valore soglia).

Gli indicatori di impatto sono pressoché assenti dalla rendicontazione sociale o, negli sporadici casi in cui sono presenti (infortuni, cause di morte, incidenza di patologie e di

ricovero), sono rappresentati nella forma di dati di contesto.

La carenza di indicatori appartenenti alle due ultime categorie sembra riconducibile a tre ordini di motivi. Da un punto di vista metodologico, il bilancio sociale nasce come strumento di tipo «aziendale», alimentato dal sistema informativo-contabile, mentre la valutazione sugli impatti e sull'efficacia sociale delle politiche pubbliche necessita di strumenti ad hoc, focalizzati su singole politiche, programmi o ambiti di intervento. In secondo luogo vanno segnalati gli effetti derivanti dalla relativa novità delle iniziative: nei primi anni il processo di rendicontazione sociale è generalmente affrontato rielaborando dati disponibili e identificando categorie di dati che nel tempo arricchiscono la cosiddetta «contabilità sociale» e il sistema informativo aziendale nel suo complesso. Infine va considerata la specifica strategia comunicativa delle singole aziende, che può portare a selezionare alcuni contenuti maggiormente comprensibili ai non addetti ai lavori (ad esempio i progetti innovativi o le innovazioni nell'ambito dell'erogazione dei servizi).

Un'analisi a sé stante deve essere condotta con riferimento ai contenuti specifici della relazione sociale rispetto ai singoli portatori di interesse¹⁷.

In questo senso, si è cercato di identificare e verificare gli elementi dell'edizione originale dello standard GBS¹⁸ maggiormente applicabili alla realtà delle aziende sanitarie pubbliche, con riferimento alle seguenti categorie: risorse umane, fornitori e «partner» per l'erogazione dei servizi, ambiente, utenti e comunità.

Nella **tabella 7** si riportano i risultati dell'analisi sul livello di applicazione degli elementi che compongono la rendicontazione per *stakeholder* secondo lo standard GBS, misurato mediante l'indice sintetico già utilizzato per la tabella 5.

Trasversalmente alle categorie individuate, alcuni indicatori presenti nello standard GBS pur in linea generale calcolabili non sembrano avere un significato di «resa del conto» paragonabile a quello assunto nel contesto delle imprese di produzione, in relazione alla specifica *mission* aziendale e alle condizioni che regolano il sistema pubblico. Ci si riferisce ad esempio al *turn-over* del personale, le politiche delle pari opportuni-

tà, i sistemi di certificazione della gestione ambientale.

Con riferimento alle singole categorie di portatori di interesse, nell'area personale e organizzazione del lavoro è rara la presenza e scarsa l'originalità in merito alle indicazioni sulle modalità di organizzazione del lavoro, spesso limitate a un commento sulle posizioni formali dell'organigramma; potrebbero invece essere maggiormente utili indicazioni sugli orientamenti di sviluppo organizzativo (creazione di nuovi ruoli professionali o dirigenziali, contenuto delle posizioni organizzative, ruolo e organizzazione interna dei dipartimenti), in particolare nei documenti a valenza pluriennale. Anche la sicurezza sul lavoro appare sorprendentemente poco considerata; essa costituisce un elemento di trasparenza molto importante, in considerazione della natura intrinsecamente rischiosa dell'attività clinica, ma anche estremamente

delicato. Di fatto le indicazioni presenti nei rendiconti fanno riferimento soprattutto agli interventi di miglioramento e di adeguamento alle normative e, in misura estremamente ridotta, agli indicatori di performance (infortuni, infezioni e contaminazioni).

L'allineamento alle indicazioni del GBS per lo *stakeholder* fornitori è mediamente basso; ciò sembra dovuto in parte a un'attenzione non sempre elevata nei confronti di questa categoria all'interno dei documenti, in parte alle caratteristiche di formalità dei processi di selezione dei fornitori da parte delle aziende, in parte, infine, alla «inopportunità» di rendicontazione su alcuni elementi ritenuti critici, come i tempi medi di pagamento o i contenziosi aperti.

Bassa applicazione si riscontra anche in relazione ai contenuti «ambientali», con la rilevante eccezione della tematica connessa con la produzione di rifiuti speciali, cui è ri-

Stakeholder	Indice sintetico	Applicazione di elementi contenutistici		
		Generalizzata (8-11 casi)	Intermedia (4-7 casi)	Critica (0-3 casi)
Risorse umane	52	Composizione (qualifica funzione), formazione e valorizzazione	Consistenza per età, sesso, livello di istruzione, anzianità, provenienza territoriale Turn-over Attività sanitarie e sicurezza sul lavoro Relazioni industriali	Modalità di organizzazione del lavoro Attività sociali Politiche delle pari opportunità
Fornitori	38	Politiche di pagamento e condizioni negoziali	Analisi del profilo dei fornitori	Sistemi di qualità (procedure di acquisto-incidenza di fornitori «certificati») Indotto sul territorio Indicazioni su contenziosi o litigiosità in corso
Ambiente	27		Formazione ed educazione su tematiche ambientali	Sistemi di gestione ambientale Indicatori di performance ambientali Utilizzo e consumo di energia e di materiale non riciclabile
Utenti	70	Sistemi di qualità <i>Customer satisfaction</i>	Analisi della domanda e dei bisogni della popolazione	
Comunità	57	Rapporti con associazioni e istituzioni sul territorio	Composizione e tipologia di finanziamenti pubblici	Meccanismi di partecipazione al governo dell'azienda

Tabella 7
L'applicazione degli elementi della relazione sociale specifici delle singole categorie di *stakeholder*

servata particolare attenzione nei documenti. Da una parte ciò può essere motivato da un basso impatto dell'attività aziendale lungo le dimensioni tradizionali dell'inquinamento atmosferico o del consumo energetico, dall'altra non sembra essere stata considerata la possibilità di misurare l'impatto ambientale lungo ulteriori dimensioni, quali ad esempio quelli dell'impatto urbanistico e della mobilità territoriale, generalmente molto rilevanti per le strutture di assistenza di medio-grandi dimensioni.

La prassi sembra invece particolarmente allineata con le indicazioni concernenti le categorie degli utenti e della collettività. Si segnalano peraltro:

- una scarsa presenza di contenuti qualificati in merito ai meccanismi di partecipazione al governo dell'azienda, che potrebbero ad esempio coincidere con la rendicontazione sulle tematiche oggetto di concertazione e programmazione comune nelle Conferenze dei sindaci o dei servizi;

- una presenza non diffusa di indicazioni in merito all'analisi della domanda e dei bisogni della popolazione (o del «mercato», nel caso delle Ao) di riferimento. Ciò è spiegabile in relazione alla scelta di collocazione di questi contenuti in appositi strumenti di programmazione e rendicontazione (piano strategico, relazione socio-sanitaria, stato di salute della popolazione, ecc.); questa notazione riporta alla tematica più generale (sottesa anche ad altri contenuti) della necessità da parte delle aziende di identificare un posizionamento del bilancio sociale all'interno del sistema di strumenti di comunicazione aziendale, evitando di trasformarlo in un documento ridondante o scarsamente originale.

Le riflessioni sui contenuti delle sezioni integrative alla relazione sociale chiudono il paragrafo. Secondo lo standard GBS i giudizi dell'azienda sui risultati raggiunti e gli obiettivi di miglioramento dell'attività e gli obiettivi di miglioramento sul processo di rendicontazione in termini di aumento di completezza, trasparenza, inclusione e proattività del documento costituiscono elementi contenutistici fondamentali.

In relazione al primo elemento si nota che la maggioranza dei bilanci presenta valuta-

zioni all'interno del capitolo della relazione sociale; non è mai presente una sezione separata di valutazione dei risultati dell'attività mentre in nove casi su undici essa è presente con riferimento agli obiettivi ed alle strategie per il futuro. Come si vedrà meglio più oltre, poco più di un terzo delle aziende presentano invece un paragrafo dedicato alla valutazione del processo di rendicontazione sociale, dimostrando così non elevata attenzione agli aspetti metodologici.

4.3. Elementi metodologici

Per quanto concerne gli aspetti metodologici, gli standard fanno riferimento a tre elementi fondamentali:

- l'esplicitazione del processo di rendicontazione seguito nel suo complesso (attori, tempi, modalità seguite);

- la verifica sull'attendibilità e sulla verificabilità dei dati e delle informazioni;

- l'esplicitazione delle modalità e dell'esito del coinvolgimento degli *stakeholder* stessi.

Il livello di applicazione di tali indicazioni non è del tutto soddisfacente: il primo elemento è applicato in due casi, il secondo in sette e il terzo in uno soltanto.

In alcune situazioni si tendono ad evidenziare alcuni aspetti metodologici «originali», quali ad esempio il numero di persone che ha partecipato all'iniziativa, o la denominazione dei documenti aziendali di approfondimento o chiarimento dei dati riportati nel bilancio sociale.

Più in generale, si può peraltro affermare che le aziende tendono a non attribuire un'importanza rilevante all'esplicitazione degli aspetti metodologici «tradizionali» della rendicontazione; ciò può essere dovuto da una parte alla percezione di scarso interesse o relativa «immaturità» del contesto esterno nell'apprezzare gli elementi metodologici, dall'altra al disomogeneo livello di consolidamento aziendale dei dati «reali» utilizzati nella rendicontazione sociale (alcuni derivati da *database* dei singoli servizi, altri dal controllo di gestione o dalla ragioneria).

Con riferimento al supporto di tipo metodologico offerto dallo standard GBS, si fa

notare che esso non richiede alcuna annotazione sulle fonti dei dati (*database* centrali o di singoli servizi, documenti ufficiali aziendali, ecc.). Tale elemento deve tuttavia ritenersi fondamentale per assicurare il rispetto dei principi sanciti dallo standard, quali la trasparenza, l'attendibilità e la veridicità delle informazioni e soprattutto per permettere la verificabilità delle informazioni da parte di soggetti esterni.

A detto proposito si ritiene non sia quindi sufficiente il comportamento diffuso nella maggioranza assoluta dei casi di dare un'indicazione generica circa le fonti dei dati contenute nel bilancio sociale, ma che sia necessario indicarne la provenienza e le modalità di elaborazione volta per volta utilizzate nel corso della rendicontazione.

5. Gli approcci seguiti nell'utilizzo degli standard per la rendicontazione sociale in sanità

Cercheremo ora di proporre una sintesi degli esiti delle analisi fin qui condotte, al fine di individuare i possibili approcci seguiti nell'adozione degli standard sulla rendicontazione sociale ed i conseguenti effetti da ciò derivanti.

In relazione al primo aspetto, pur con tutti i limiti che derivano da una schematizzazione, ci sembra che emergano tre possibili approcci, tra loro in parte alternativi ed in parte complementari, e precisamente:

i) supporto sostanziale alla progettazione ed alla conduzione della rendicontazione;

ii) utilizzo consapevole e strumentale, in particolare ai fini di «legittimare» il processo di rendicontazione sociale;

iii) richiamo prevalentemente convenzionale, motivato dall'esigenza intrinseca di indicare dei punti di riferimento della rendicontazione.

La **tabella 8** elenca le caratteristiche che si attende accompagnino i tre differenti significati.

I principali risultati dell'analisi possono dunque essere riassunti nel modo seguente:

– *allineamento non generalizzato ma selettivo ai contenuti dello standard, dichiarato dai referenti aziendali e confermato dalle caratteristiche dei documenti*: il livello di allineamento è elevato in riferimento alla struttura ed all'organizzazione interna del documento, medio in relazione agli specifici contenuti del documento e basso in termini metodologici;

– *consapevolezza interna molto differenziata sui contenuti specifici dello standard*: si nota in particolare la mancanza di una chiara visione sugli elementi da applicare, testimoniata dal frequente richiamo a una molteplicità di standard tra loro a volte alternativi (GBS e GRI) e dalla mancanza di dichiarazioni specifiche all'interno dei documenti sugli elementi dello standard applicati

	Supporto sostanziale	Utilizzo strumentale	Richiamo convenzionale
Consapevolezza interna sullo standard	Alta	Alta/media	Bassa
Livello di allineamento alle indicazioni degli standard	Complessivo	Selettivo	Selettivo
Visione sulla strategia di applicazione degli standard	Definita	Definita	Non definita
Capacità di operazionalizzazione degli elementi dello standard nella propria realtà	Alta	Alta	Bassa
<i>Disclosure</i> sul livello di applicazione dello standard	Si	No	No
Utilità della certificazione secondo lo standard	Miglioramento del documento Motivazione dei soggetti coinvolti	Aumento della credibilità esterna Motivazione dei soggetti coinvolti	Non necessariamente utile
Disponibilità alla convergenza a standard specifico per settore	Si	No	No

Tabella 8

Le caratteristiche qualificanti dei potenziali approcci seguiti nell'uso degli standard

e sulle motivazioni per la non applicazione dei rimanenti;

– *manca all'interno dei documenti di alcuni elementi di rendicontazione dettati dallo standard che richiedono una «operazionalizzazione» specifica alla realtà della sanità pubblica;*

– *scarso interesse verso la certificazione:* in tal senso non sembra determinante la spinta di utilizzo dello standard in chiave di legittimazione esterna; viceversa sembra affermarsi un atteggiamento di tipo «imitativo/emulativo», che porta ad assumere lo standard sulla base di altre esperienze «di eccellenza» e nel convincimento (così indotto) che lo stesso costituisca dunque un attributo importante per la rendicontazione sociale.

Dalle considerazioni sintetizzate, il riferimento agli standard sembra dunque riconducibile in gran parte ad un richiamo convenzionale.

L'approccio «razionalizzante» alla standardizzazione come strumento di reale supporto alla rendicontazione sembra almeno in parte esplicativo ma sicuramente non prevalente.

L'utilizzo strumentale con particolare fine di legittimazione del processo di rendicontazione sociale, che poteva essere a prima vista coerente con uno degli approcci alla rendicontazione sociale maggiormente diffusi non solo all'interno del settore pubblico (Marruccio, Steccolini, 2004), sembra invece essere l'ipotesi esplicativa più debole.

6. Verso lo standard GBS per la sanità pubblica? Prospettive e possibili rischi

Ciò che emerge da questa ricerca è che, allo stato attuale, manca in Italia uno standard idoneo a cogliere le specificità proprie delle aziende sanitarie pubbliche e quindi capace di proporre un modello di bilancio sociale tale da poter essere assunto come naturale punto di riferimento dalle aziende stesse.

Come si è evidenziato, infatti, le indicazioni contenute non solo nello standard GBS di base ma anche in quello per le pubbliche amministrazioni presentano limiti applicativi molto significativi, se riferiti all'ambito della sanità pubblica.

Questo convincimento, peraltro, sembra essere condiviso anche dal GBS stesso, stan-

te l'avvenuta attivazione di diversi gruppi di studio, specificamente chiamati ad investigare le problematiche poste dall'applicazione del modello di bilancio sociale GBS a particolari realtà.

Fra questi gruppi, uno si sta attualmente occupando proprio della ricerca delle soluzioni più idonee a consentire l'«adattamento» del modello stesso alle aziende sanitarie pubbliche.

Al riguardo, il problema che si presenta come più ostico non è affatto marginale, in quanto è quello che concerne l'applicabilità alle Asl del prospetto evidenziante la creazione e la diffusione del valore aggiunto.

Altri aspetti meritevoli di attenzione riguardano il grado di modularità/flessibilità da prevedere nella «personalizzazione» su base aziendale delle indicazioni contenute nello standard. In tal senso risulteranno importanti anche le scelte volte a definire gli indicatori capaci di cogliere e di illustrare gli esiti generati dalle aziende in oggetto in una logica multidimensionale¹⁹.

Al di là delle scelte che verranno operate e delle proposte che conseguentemente verranno formulate dal gruppo di studio GBS, per pervenire all'emanazione di uno standard specifico, è importante sottolineare come saranno comunque le aziende a riconoscersi o meno nelle stesse e, laddove prevalessero logiche di adattamento essenzialmente formale, volte a supportare la tesi della capacità del modello generale (pensato per le imprese) ad essere applicabile, solo con lievi adattamenti, a qualunque contesto, il rischio è di perdere un'importante occasione. In quest'ipotesi si continuerà a vedere da parte delle aziende l'«applicazione» con modalità «selettive», anche in presenza di uno standard specifico, vanificando così gran parte dei vantaggi che l'esistenza stesso di uno «standard» deve poter generare.

Peraltro, anche laddove il nuovo standard GBS dovesse risultare assolutamente idoneo a rappresentare realtà tanto peculiari e complesse, come sono le nostre aziende sanitarie pubbliche, esiste un altro fattore che riteniamo debba essere qui ripreso ed enfatizzato, per le implicazioni che potrebbe avere sulla effettiva diffusione e sull'utilizzo dello standard stesso.

Come già si diceva in apertura di questo scritto, vi sono alcune Regioni che hanno già

definito, stanno definendo, stanno valutando l'opportunità di definire, modelli di rendicontazione sociale, da far adottare alle proprie aziende sanitarie pubbliche.

Anche se allo stato attuale questo fenomeno è ancora limitato, e – ripetiamolo – senza che in questa sede si voglia (e si possa) entrare nel merito delle differenze intercorrenti, ad esempio, fra il modello di «Bilancio di missione» della Regione Emilia-Romagna ed il modello di «bilancio sociale» GBS – non si può non considerare che laddove l'esercizio di questa opzione si dovesse estendere ad altre regioni, le aziende sanitarie coinvolte ben difficilmente sarebbero interessate (o forse nella condizione) a produrre due documenti (quello sulla base delle indicazioni «regionali» e quello esito di una scelta spontanea, che potrebbe ricadere sullo standard GBS).

In tal senso, a ben vedere, pur con tutti i limiti che sono propri di un documento che ha una valenza generale, lo stesso Dipartimento della Funzione pubblica – con la Direttiva 17 febbraio 2006, avente proprio per oggetto la «Rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche», e con le allegate «Linee Guida per le Amministrazioni Pubbliche» – ha posto alcuni «paletti» che potrebbero in qualche modo interferire con la scelta e l'adozione «volontaria» di modelli di bilancio sociale da parte delle aziende sanitarie pubbliche.

Dunque la futura diffusione di un qualunque standard, volto a definire un modello di bilancio sociale specificamente riferito alle aziende sanitarie pubbliche, dipenderà non solo dalla qualità dei contenuti e delle indicazioni dello standard stesso (oltre che dall'autorevolezza del soggetto «emanante»), ma anche dalla volontà delle Regioni e dello Stato di intervenire o meno sul tema con interventi normativi specifici.

Note

1. Sull'argomento si rinvia a Tieghi, Gigli (in c.s.).
2. Secondo un criterio di riconoscibilità nella letteratura italiana si prendono in riferimento i seguenti standard: *AccountAbility 1000* (AA1000), *Global Reporting Initiative* (GRI), Gruppo di studio sul Bilancio sociale (GBS), *Social Accountability 8000* (SA8000), Progetto Q-RES, *London Benchmarking Group* (LGB), (IBS) (per approfondimenti Auci, 2003), Istituto Europeo per il Bilancio Sociale (Marziantonio, 2003), Linee guida del Ministero dell'Interno «Rendere conto ai cittadini», linee guida del

progetto del Ministero del *Welfare Corporate Social Responsibility-Social Commitment* (CSR-SC).

3. Per approfondimenti si rinvia al sito dell'organizzazione: www.gruppobilancio sociale.org.
4. Si presenta un elenco dei principi richiamati dallo standard: la responsabilità, l'identificazione, la trasparenza, l'inclusione, la coerenza, la neutralità, la competenza di periodo, la prudenza, la comparabilità, la comprensibilità, la chiarezza e intelligibilità, la periodicità e ricorrenza, l'omogeneità, l'utilità, la significatività e rilevanza, la verificabilità dell'informazione, l'attendibilità e fedele rappresentazione, l'autonomia delle parti terze. Per approfondimenti cfr. *Principi di redazione del bilancio sociale*, GBS, 2001.
Tali principi sono estrapolati sia dai principi del *reporting* direzionale (utilità, rilevanza, significatività, comprensibilità, tempestività) sia, da principi di redazione del bilancio di impresa (materialità, prudenza, comparabilità, omogeneità, verificabilità, periodicità). Vi sono inoltre alcuni principi dotati di una loro «originalità» specifica e dunque propri del bilancio sociale, come ad esempio l'inclusione, l'autonomia delle terze parti, la coerenza rispetto ai valori enunciati, la trasparenza e la responsabilità. Fra questi, i primi due principi fanno riferimento alla necessità di coinvolgere i portatori di interesse nella rendicontazione sociale e alla indipendenza dei giudizi espressi sull'attività dell'ente dagli *stakeholder*; il terzo principio richiama l'esigenza che la rendicontazione esponga esplicitamente il livello di rispondenza, rispetto ai valori enunciati, delle azioni realizzate; mentre gli ultimi due principi rimarkano il significato proprio del bilancio sociale.
5. Si cerca pertanto di esprimere, in termini economici, gli effetti che l'attività aziendale ha indotto sugli *stakeholder* interni ed esterni. Questo parametro si associa a tre livelli di configurazione: valore aggiunto caratteristico, valore aggiunto ordinario, valore aggiunto globale, che può calcolarsi al netto o al lordo degli ammortamenti. Il valore aggiunto globale si ottiene sottraendo dal valore aggiunto prodotto i consumi intermedi. Questa parte si compone di due prospetti, derivanti dalla riclassificazione del conto economico facente parte del bilancio di esercizio, quello di determinazione del valore aggiunto, ottenuto contrapponendo ai ricavi i costi intermedi, e quello di riparto del valore aggiunto, costituito dalla sommatoria delle remunerazioni riconosciute a tutti i «soggetti percettori».
6. Più precisamente, il documento di standard si indirizza «alla generalità delle aziende e degli enti che operano nel comparto pubblico e quindi alle aziende ed amministrazioni dello stato a ordinamento autonomo, alle scuole di ogni ordine e grado, alle istituzioni educative, alle Regioni, alle Province, ai Comuni, alle comunità montane e ai loro consorzi, ad associazioni, alle istituzioni universitarie, agli istituti autonomi case popolari, alle camere di commercio, industria, artigianato ed agricoltura e alle loro associazioni, nonché a tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, e dunque anche alle aziende ed agli enti del servizio sanitario nazionale» (GBS, 2004).

7. La scelta di privilegiare le aree di intervento rispetto alle categorie di *stakeholder* deriva probabilmente dalla difficoltà di strutturare la rendicontazione per singola categoria di portatore di interesse, data la sovrapposizione tra differenti categorie nella realtà delle amministrazioni pubbliche (ad esempio, i cittadini sono allo stesso tempo utenti dei servizi e finanziatori dell'ente).
8. Nel campione è stata inoltre compresa l'Asl di Viareggio (bilancio sociale redatto nel 2003) che, pur essendosi dichiaratamente discostata dalle indicazioni del GBS – e perciò non è stata inclusa nell'analisi del contenuto – è considerata dalle altre aziende come portatrice di un'esperienza originale nel panorama della rendicontazione sociale e ha un livello di consapevolezza elevato dello standard GBS. L'azienda è stata pertanto inclusa nel gruppo di aziende intervistate in relazione alla raccolta di opinioni sulla standardizzazione.
9. Le associazioni tra la valutazione del livello di consapevolezza e le caratteristiche del processo di rendicontazione sociale sono effettuate utilizzando i risultati dell'indagine riportata in Alesani *et al.* 2006.
10. L'indice sintetico è stato ottenuto a partire dalla valutazione della presenza del singolo elemento appartenente ad ogni sotto sezione: ogni caso ha avuto un punteggio «1» nel caso di presenza dell'elemento, «0» nel caso di assenza dell'elemento, «0,5» nel caso di presenza parziale dell'elemento (questa valutazione è stata utilizzata in particolare per le indicazioni in merito ai contenuti specifici del bilancio sociale). Il punteggio sintetico del campione di aziende su ogni elemento è stato quindi misurato come la media semplice dei punteggi ottenuti dalle singole aziende espresso in termini percentuali. Il punteggio sintetico del campione di aziende per ogni sotto-sezione è stato infine ottenuto come la media semplice dei punteggi ottenuti dal campione sui singoli elementi.
11. Al riguardo si vedano le considerazioni esposte in merito nel successivo paragrafo.
12. Il modello di conto economico adottato per esporre il processo di creazione e distribuzione del valore aggiunto può essere fatto risalire al conto economico «a costi e ricavi integrali della produzione di periodo», proprio della dottrina contabile tedesca. Al riguardo si può già preliminarmente osservare che esso trova nelle imprese manifatturiere il proprio riferimento ideale, essendo stato concepito per determinare il valore economico dell'*output* prodotto e per raffrontare questo aggregato ai consumi e alle perdite di valore (*input*) che l'azienda ha dovuto sostenere a tal fine.
13. Per un approfondimento sul possibile modello di articolazione della relazione sociale si veda Marcuccio, Steccolini, Valotti (2004).
14. Sull'articolazione degli *stakeholder* nella realtà delle aziende sanitarie pubbliche cfr. Alesani *et al.* (2005).
15. L'individuazione delle categorie di portatori di interesse definisce gli orientamenti prioritari e la specifica visione degli *stakeholder* dell'azienda. In relazione a tale scelta si Al riguardo si può osservare che:
 - esiste una significativa differenza tra la categoria dei cittadini e quella degli utenti; a fronte di una corrispondenza soggettiva, si riscontra una diversità di interessi informativi nei confronti dell'azienda (i primi sono portatori di interessi informativi in relazione al perseguimento dell'equità, dell'universalità di accesso, del mantenimento dell'economicità, della qualità della spesa nel suo complesso; i secondi verso la garanzia della qualità, della disponibilità dei servizi e dell'efficacia clinica);
 - la segmentazione della categoria utenti può avvenire alternativamente sulla base delle classi di età (Lecco), della tipologia di bisogno o dei servizi fruiti (Roma D, Trapani, Lucca);
 - rispetto al bilancio sociale delle imprese sono diversi gli interlocutori «pubblici» ed il ruolo da essi svolto. La Regione è il livello di governo responsabile della tutela della salute e come tale rappresenta la collettività, mentre l'Università merita, almeno nel caso delle aziende ospedaliere, uno spazio proprio dedicato, in relazione al ruolo spesso giocato nella *governance* aziendale ed agli specifici interessi in termini di attività di didattica e di ricerca nei confronti dell'azienda;
 - è importante distinguere dalla categoria dei fornitori di beni e servizi i soggetti privati accreditati come «partner» per l'erogazione dei servizi sanitari con riferimento alla realtà della Asl. La relazione nei confronti di tali soggetti è del tutto specifica rispetto alle attività di programmazione dei volumi e del *mix* di attività per il servizio sanitario, nonché di verifica dell'appropriatezza e della qualità dei servizi resi.
16. Situazione simile a quella riscontrata in precedenti analisi del contenuto focalizzatesi sulla realtà degli enti territoriali, cfr. Marcuccio, Steccolini (2005).
17. Lo standard GBS identifica gli elementi contenutistici da includere nella rendicontazione ma non entra nel merito dei relativi indicatori di misurazione degli stessi.
18. L'edizione dello standard di adattamento per la p.a. non contiene indicazioni per la rendicontazione nei confronti dei singoli portatori di interesse. Ciò è motivato dalla esplicita volontà da parte degli estensori di realizzare un documento applicabile genericamente a tutte le categorie di aziende ed amministrazioni pubbliche.
19. Indicazioni di massima sulle modalità di individuazione su base aziendale? Definizione del «set standard» di indicatori? Definizione del «set minimo comune» e richiesta di integrazione su base aziendale?

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

- ALESANI D., CANTÙ E., MARCUCCIO M., TRINCHERO E. (2006), «La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie: potenzialità e funzionalità», *Rapporto OASI 2006*, EGEA, Milano.
- ALESANI D., MARCUCCIO M., TRINCHERO E. (2005), «Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, 55.
- ASR - REGIONE EMILIA-ROMAGNA (2005), Dossier 107-2005, «Il bilancio di missione per il governo della Sanità dell'Emilia-Romagna».
- AUCI B. (2003), «Il social audit: uno strumento di rendicontazione sociale», in L. Hinna, *Il Bilancio Sociale*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- DE FABRITIS F. (2002), «Il bilancio sociale dell'amministrazione provinciale di Parma», *Azienda Pubblica*, 6.
- DEL VECCHIO M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione», *Mecosan*, 14.
- GBS - GRUPPO DI STUDIO PER IL BILANCIO SOCIALE (2001), *Principi di redazione del Bilancio Sociale*, Roma, Androkonos comunicazione.
- GBS - GRUPPO DI STUDIO PER IL BILANCIO SOCIALE (2004), *La rendicontazione sociale nel settore pubblico Documento di standard n.1, standard di adattamento*, Giuffrè, Milano.
- HINNA L. (a cura di) (2004), *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Franco Angeli, Milano.
- 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*, 6.
- MARCUCCIO M., STECCOLINI I., VALOTTI G. (2004), «La rendicontazione sociale per gli enti locali in ottica strategica: un modello di riferimento», *Azienda Pubblica*, 3.
- MARCUCCIO M., STECCOLINI I. (2005), «Social and Environmental Reporting in Local Governments: a new Italian Fashion?», *Public Management Review*, 2.
- MARZIANTONIO R. (2003), *Il modello IBS di bilancio sociale. Gestione responsabile per lo sviluppo sostenibile*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- MOORE M.H. (1995), *Creating public value*, Cambridge Mass., Harvard University Press.
- MUSSARI R., GROSSI G., MONFARDINI P. (2005), *Le performance dell'azienda pubblica locale*, CEDAM, Padova, pp. 204.
- PALETTA A., TIEGHI M. (a cura di) (in c.s.), *Il bilancio sociale su base territoriale. Dalla comunicazione istituzionale alla Public Governance*. Isedi, Torino.
- REBORA G. (1999b), *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche*, Guerini e Associati, Milano.
- RICCI P. (2006), «Il valore aggiunto nello standard di base GBS per la rendicontazione sociale nel settore pubblico», *La Finanza Locale*, 6.
- TIEGHI M., GIGLI S. (in c.s.), *Gli strumenti di rendicontazione sociale in ambito sanitario pubblico. Una panoramica sul contesto nazionale*, in A. PALETTA, TIEGHI (a cura di) «Il bilancio sociale su base territoriale. Dalla comunicazione istituzionale alla Public Governance». Isedi, Torino, in c.s.

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.

I sistemi integrati di assistenza traumi nella Regione Emilia-Romagna: analisi comparativa

G. VIRGILIO, S. MALL, R. TRISOLINI, A. DONATINI, E. STIVANELLO

Major trauma care in the Emilia-Romagna Region is organised in a hub and spoke model: a catchment area is assigned to three public hospitals (hub) and a network of emergency wards (spokes). The aim of this paper is to compare and discuss the results of a study conducted in three hubs to quantify the costs of post-trauma care. Clinical records for approximately 500 patients in the July 2002-June 2003 period were examined, direct care costs were calculated for individual patients and overall costs were compared with reimbursement rates. The follow up provided by hospitals is also analysed and the financial impact of the trauma center on the network and the whole region is estimated.

Note sugli autori

Gioia Virgilio è Responsabile Progetto FINTRER (Finanziamento Trauma Center Emilia-Romagna) ASR Regione Emilia Romagna - Area Economia e Salute
Sabine Mall e Rosanna Trisolini sono Ricercatori - ASR Regione Emilia Romagna - Area Economia e Salute

Andrea Donatini è Responsabile Area Progetto Valutazione Economica della Committenza - Azienda USL di Parma

Elisa Stivanello è Medico - Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università di Bologna - ASR Regione Emilia Romagna

1. Introduzione

Secondo le indicazioni del Piano sanitario regionale 1999-2001 in Emilia-Romagna è stato introdotto per specifiche aree di attività¹ il modello «*hub and spoke*» allo scopo di accentrare i casi più complessi, migliorando la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle risorse. Uno dei campi di applicazione del modello è il sistema regionale per la terapia dei «Grandi traumi»², avviato tra il 2001 ed il 2002 con finanziamenti regionali *ad hoc*, che si articola in tre SIAT (Sistemi integrati di assistenza ai pazienti traumatizzati), distribuiti in modo da coprire la parte occidentale, centro-orientale e orientale (Romagna) della Regione. Al loro interno, un presidio ospedaliero sede di Trauma center (*hub*) rappresenta il punto di riferimento per i traumi maggiori ed è fortemente integrato in rete con gli altri ospedali periferici (*spoke*), che svolgono attività di supporto e assicurano l'assistenza per i problemi di minore complessità. Il territorio di gravitazione delle cure che converge sui singoli *hub* comprende varie Ausl, con bacini di utenza che vanno da circa un milione (SIAT Romagna) a 1,9 milioni di residenti (SIAT Emilia Orientale).

Interesse della regione è verificare, dopo i primi anni di funzionamento della rete, l'efficacia di questa modalità integrata di erogazione dell'assistenza ospedaliera nonché l'impatto economico che l'esistenza di un Trauma center ha sia sull'ospedale di riferimento che sul sistema provinciale e regionale.

A questo scopo nel 2003 è stato avviato uno studio denominato Fintrer (Finanziamen-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Rassegna della letteratura
3. Il modello *hub and spoke*
4. Materiali e metodi
5. Analisi della casistica
6. Analisi dei costi
7. Il percorso assistenziale
8. Riflessioni conclusive

to dei Trauma center dell'Emilia-Romagna) che si è concluso nel 2006 e che ha coinvolto i professionisti dei tre SIAT, l'Agenzia sanitaria regionale e l'Assessorato Politiche per la salute. Gli obiettivi del lavoro erano: 1) descrivere l'organizzazione del sistema assistenziale entro l'ospedale di riferimento e nei suoi rapporti con il sistema dell'emergenza e con gli ospedali *spoke* del territorio assegnato, 2) analizzare il volume e la tipologia di attività, 3) stimare il costo complessivo dell'assistenza ai pazienti traumatizzati, 4) verificare la coerenza tra remunerazione e costi. L'attuale sistema di finanziamento regionale prevede, infatti, anche per i traumi, l'utilizzo di tariffe basate sui Drg (*Diagnosis related groups*) che, come emerge dalla letteratura, non riflettono adeguatamente le differenze nella severità della casistica. Inoltre, poiché un sistema di remunerazione costruito sul singolo ricovero mal si adatta all'assetto organizzativo proprio delle reti integrate, occorre verificare se il modello *hub and spoke* è congruente con tale modalità di finanziamento, individuando, eventualmente, strumenti alternativi o aggiuntivi che permettano di remunerare equamente le prestazioni sanitarie.

Il lavoro inizia con una rassegna della letteratura, delinea poi le caratteristiche del modello *hub and spoke* e le modalità di sviluppo dei tre SIAT. Un ulteriore paragrafo descrive la metodologia utilizzata che consiste nel rilevare i dati clinico-assistenziali e di consumo di risorse, desumendoli dalle cartelle cliniche, relative a 502 pazienti politraumatizzati, complessivamente selezionati nei tre ospedali *hub* e trattati nel periodo luglio 2002-giugno 2003. Seguono l'illustrazione dei risultati ottenuti nei tre sistemi ed il relativo confronto, articolando l'analisi per la casistica trattata, per i costi sostenuti nel Trauma center e nel sistema regionale, e per il percorso assistenziale dei pazienti all'interno ed al di fuori dei SIAT. Le riflessioni conclusive attengono ai punti principali emersi dall'analisi comparativa, al commento o possibile interpretazione dei risultati.

2. Rassegna della letteratura

La letteratura scientifica internazionale dimostra che la centralizzazione dei pazienti con traumi gravi comporta vantaggi sul piano

clinico-assistenziale, valutati principalmente in termini di incremento della sopravvivenza dei ricoverati. Sul piano economico non esistono però evidenze a sostegno di ipotesi di economie di scala e/o di scopo.

Un recente studio (MacKenzie *et al.*, 2006) esamina le differenze nella mortalità in un campione di 5.191 pazienti trattati in 18 ospedali riconosciuti come Trauma center rispetto a quelli ricoverati in 51 ospedali senza Trauma center. La conclusione è che il rischio di mortalità è significativamente più basso quando la cura è fornita dai Trauma center anziché dagli ospedali senza Trauma center e che tali differenze variano a seconda della gravità dei traumi.

Altri studi precedenti (Nathens *et al.*, 2001, Committee on trauma American College of Surgeons, 1999) forniscono indicazioni circa il numero ottimale di casi da trattare da parte dei Trauma center e dimostrano una forte correlazione tra elevati volumi di attività ed esiti del trattamento. Gli standard derivati da queste analisi (generalmente non meno di 500/casi anno, di cui 240 pazienti gravi) vengono però utilizzati, almeno nella fase di sviluppo dei sistemi, solo come requisiti desiderabili e non essenziali, richiedendo di essere adattati nei contesti locali. Studi tedeschi (Schmelz *et al.*, 2002 e Grotz *et al.*, 2004) indicano invece come standard 300-400 pazienti politraumatizzati all'anno, anche se nei Trauma center analizzati il numero effettivo dei casi trattati si aggira intorno a 100-200.

Diversi studi sui costi dei politraumi evidenziano l'inadeguatezza del finanziamento per l'attività dei Trauma Center e il conseguente impatto economico negativo sull'ospedale. È quindi di fondamentale importanza quantificare i costi del trattamento dei pazienti gravemente traumatizzati, identificarne le principali determinanti e raffrontarli con i rimborsi (Rosch *et al.*, 2000). Inoltre, essendo l'assistenza ai traumi spesso ad alta intensità di utilizzo di risorse, la popolazione dei traumatizzati gravi costituisce un *target* particolarmente attraente su cui far convergere analisi di riduzione dei costi. Una ricerca statunitense (Thomas *et al.*, 2000) focalizza l'attenzione sulla ridondanza e sui relativi costi di esami di laboratorio e radiografici effettuati ai traumatizzati, in massima parte con ripetizione degli stessi test, da parte sia

dei centri che trasportano i pazienti (dipartimenti di emergenza) sia degli ospedali che li ricevono (Trauma center). Nello specifico, la duplicazione di tali esami per i 104 pazienti analizzati comporta per il Trauma center un costo aggiuntivo di 52.333 € (503 € per paziente). Un altro studio (Lumpkin *et al.*, 2004) considera la remunerazione negli Stati Uniti dei chirurghi dedicati all'assistenza ai traumi, sostenendo che, anche sotto questo aspetto, la cura dei traumi non fornisce compensi adeguati.

Fin dagli anni '90 numerosi studi, condotti in vari paesi (Stati Uniti, Germania, Canada, Regno Unito, Australia, Nuova Zelanda, Italia, Danimarca e Turchia) hanno esaminato i costi dell'assistenza ai pazienti politraumatizzati mediante analisi retrospettive su gruppi di pazienti selezionati in base a criteri relativi alla casistica o a caratteristiche demografiche. In assenza di una metodologia standardizzata per misurare ed analizzare i costi, ogni analisi ha adottato approcci differenti sia rispetto alla raccolta dei dati (sistemi informativi di contabilità dei costi, documenti finanziari, registri dei traumi, cartelle cliniche) che alle metodologie di calcolo ed analisi dei costi (costi unitari per prestazione, costi diretti ed indiretti, costi diretti variabili, confronto tra rimborso atteso e costo totale).

L'osservazione dei pazienti avviene generalmente per un anno ed in un solo ospedale, con un numero di casi che varia da un minimo di 20 (Obertacke *et al.*, 1997) ad un massimo di oltre 5.000 (O' Keefe *et al.*, 1999). I criteri di selezione utilizzati sono gli indici di gravità delle lesioni (per es. Injury Severity Score (ISS)³ superiore a 15), il ricovero in unità di Terapia intensiva (Icu), l'attribuzione ai Drgs più frequenti (Taheri *et al.*, 1998), la suddivisione per categorie clinico-demografiche. In alcune ricerche, infine, la selezione avviene in modo casuale tra pazienti con un determinato ISS o sottoposti a interventi chirurgici (Brackstone *et al.*, 2002).

La maggior parte delle ricerche si concentra sull'analisi delle unità di Terapia intensiva, in quanto maggiormente coinvolta nell'assistenza ai grandi traumi. Un recente studio italiano prospettico (Rossi *et al.*, 2006) ha focalizzato l'attenzione sui costi diretti variabili (procedure diagnostiche e terapeutiche, farmaci, presidi utilizzati e consulenze) sostenuti per 1.034 pazienti adulti ricoverati

in 51 unità di Terapia intensiva, suddivisi per varie tipologie, fra cui i politraumi. Il costo medio di questi ultimi per la permanenza in tale reparto (4.717 €) e il relativo costo per sopravvissuto è tra i più elevati fra le diverse casistiche esaminate.

Negli altri lavori, non incentrati esclusivamente sulla Terapia intensiva, il costo medio per il trattamento di un paziente traumatizzato varia da un minimo di 17.376 € (Taheri *et al.*, 2000) ad un massimo di 58.512 € (Siegel *et al.*, 1994), variabilità riconducibile sia alla diversa complessità della casistica che alle diverse metodologie impiegate nella determinazione dei costi. Risultati omogenei riguardano le componenti di costo più elevate, ossia la cura intensiva e le procedure di sala operatoria: due indagini tedesche ne riportano le stime. In particolare, i costi per la terapia intensiva ammontano, rispettivamente, a più del 50% o al 60%, seguiti dai costi di sala operatoria, rispettivamente, pari a un quarto dei costi medi totali per paziente o al 24% (Schwermann *et al.*, 2004 e Rosch *et al.*, 2000). Si osserva inoltre che i costi diretti variabili ammontano, rispettivamente, al 31% ed al 42% del costo medio totale per paziente, mentre il rimanente 69% e 58% è costituito da costi ospedalieri fissi (Schwermann *et al.*, 2004 e Taheri *et al.*, 2000). Schwermann sottolinea che, data l'elevata proporzione dei costi fissi, i costi totali dipendono fortemente dalla capacità produttiva di utilizzo più che dalla durata di degenza ospedaliera.

Le analisi econometriche, generalmente multivariate, mirate ad individuare i fattori più significativamente associati al costo danno risultati differenti: sempre Schwermann individua una correlazione tra incremento dei costi, aumento dell'età dei pazienti e severità della casistica. Altre relazioni positive si verificano fra carico di lavoro, durata di degenza e costo totale di cura (Stevens *et al.*, 1998 e Sartorelli, 1999). Il citato studio di Rosch ha invece individuato quali fattori associati ai costi l'esito, la severità, la tipologia e la zona colpita dal trauma, il volume di sangue trasfuso, la durata della ventilazione meccanica e il numero di interventi chirurgici. Le persone decedute nella seconda fase dell'assistenza (oltre le 24 ore dopo il trauma) assorbono molte risorse, così come i sopravvissuti, in quanto richiedono più cu-

re intensive, più interventi chirurgici, tempo più lungo di respirazione artificiale.

Da quasi tutti i lavori emerge un'ampia variabilità nell'impiego delle risorse non solo tra differenti tipologie di pazienti, ma anche tra diversi centri che pure trattano tipologie di pazienti analoghe. È da ipotizzare che questo sia da mettere in relazione non solo alle caratteristiche dei pazienti studiati, ma anche alle condizioni logistiche in cui i diversi reparti si trovano a lavorare, agli schemi organizzativi presenti nelle diverse realtà ed agli schemi terapeutici utilizzati (Bertolini *et al.*, 1991).

I lavori esaminati sembrano comunque convergere su alcuni punti fondamentali, primo fra tutti il rischio che l'adozione del sistema Drg possa compromettere l'alto standard di trattamento dei pazienti con politrauma a causa dell'inadeguata remunerazione dell'assistenza prestata. Il citato studio di Stevens nel Regno Unito dimostra che i gruppi di pazienti classificati con i Drgs, omogenei in termini di caratteristiche cliniche, non sono necessariamente omogenei in termini di costi di assistenza. Infatti, spesso i pazienti ricoverati in terapia intensiva, essendo a rischio di imminente compromissione di un organo, singolo o multiplo, non formano gruppi omogenei su base clinica e la diagnosi definitiva viene formulata solo retrospettivamente; inoltre i costi giornalieri di cura sono sia elevati che variabili. Il raffronto con la remunerazione evidenzia come l'assistenza ai pazienti con politrauma debba essere sostenuta da finanziamenti aggiuntivi, ad esempio basati sulla gravità della lesione e sulla durata della degenza (Schmeltz *et al.*, 2002), e comunque non limitati alle tariffe Drg specifiche (MacKenzie *et al.*, 1991).

Infine, sarebbe opportuno valutare i costi d'attesa, intesi come risorse finanziarie necessarie per fronteggiare una domanda non programmabile, tipica dei servizi d'emergenza. Tali costi, non essendo direttamente riferibili al trattamento individuale del paziente traumatizzato, sono da considerare fissi, indipendenti dal volume di attività e sostenuti semplicemente per assicurare la fornitura dell'assistenza in qualsiasi momento. La loro quantificazione è però complessa e spesso non stimata dai tradizionali sistemi di contabilità. Tra i pochi lavori che hanno proposto una valorizzazione dei costi di at-

tesa uno studio ha analizzato caratteristiche organizzative ed economiche di 20 Trauma center dello stato della Florida (Taheri *et al.*, 2004 e Final Report, 2002). Dai dati risulta che il costo medio annuale della funzione di attesa per ogni trauma center era di circa 2,7 milioni di dollari (2,1 milioni di €), di cui circa 2,1 milioni di dollari (1,6 milioni di €) relativi al compenso per la pronta disponibilità dei medici. La ricerca sottolinea che la variabilità e l'imprevedibilità della domanda per la cura dei pazienti politraumatizzati, oltre che dispendiose in termini economici, hanno un impatto significativo anche sull'organizzazione dell'ospedale. Esiste infatti una relazione positiva tra variabilità della domanda e capacità produttiva inutilizzata delle risorse che il trauma center deve mantenere per garantire pronta disponibilità e tempi di attesa ridotti al minimo. Si può ipotizzare una «curva di attesa» che evidenzia, all'aumentare del grado di utilizzo della capacità produttiva, un incremento dei tempi di attesa più che proporzionale, e questa relazione è tanto più marcata quanto maggiore è la variabilità della domanda.

Dalle evidenze della letteratura esaminata, si può focalizzare l'attenzione su alcuni temi che paiono particolarmente rilevanti nel contesto italiano del trattamento dei grandi traumi, e che sono così sintetizzabili:

- benefici della centralizzazione dei pazienti;
- numero ottimale dei casi da trattare per un Trauma center;
- inadeguatezza dei finanziamenti per gli ospedali che trattano i politraumatizzati, e, in particolare, del sistema Drg a remunerare l'assistenza;
- necessità di stabilire criteri per selezionare i casi oggetto di studio;
- elevata incidenza dei costi sostenuti dalle Terapie intensive e dalle sale operatorie;
- valutazione dei costi medi di assistenza rilevati con metodi diversi;
- elevato assorbimento di risorse per i pazienti sopravvissuti in Terapia intensiva o deceduti oltre le 24 ore;
- ampia variabilità nell'impiego delle risorse.

Tali argomenti saranno ripresi nel corso della presentazione e discussione dell'analisi.

3. Il modello *hub and spoke*

Alla fine degli anni '90 la rete ospedaliera regionale è stata interessata da un profondo processo di riorganizzazione teso a migliorare la qualità dell'assistenza ed a garantire continuità assistenziale assicurando il collegamento con gli altri servizi sanitari e sociali territoriali, nel vincolo della sostenibilità dei costi.

Questo processo, sfociato con l'elaborazione del Piano sanitario regionale 1999-2001, ha previsto la programmazione delle alte specialità secondo un modello organizzativo a reti integrate *hub and spoke*: il modello parte dal presupposto che per determinate situazioni e complessità di malattia siano necessarie competenze che non sempre possono essere assicurate in modo diffuso, ma devono invece essere concentrate in centri regionali di alta specializzazione (centri *hub*), supportati da una rete di servizi (centri *spoke*, sia pubblici che privati) cui compete la selezione dei pazienti ed il loro invio ai centri di riferimento, quando viene superata una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale.

La Regione ha quindi scelto un modello basato sulle evidenze della letteratura riguardo ai vantaggi sul piano clinico-assistenziale della centralizzazione dei pazienti.

L'applicazione del modello a rete ha diverse implicazioni politiche e gestionali. In primo luogo diventa essenziale l'efficienza allocativa del sistema: se da un lato viene meno il concetto di localizzazione della struttura operativa, e quindi anche il suo significato di proprietà esclusivo e di patrimonio della comunità locale, dall'altro diventa incompatibile, e al limite dannosa, la competizione tra le singole unità operative richiedendo invece una loro cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte. Inoltre, la programmazione basata sulle reti focalizza l'attenzione sulle relazioni funzionali (le maglie), rispetto alla organizzazione interna delle unità produttive (i nodi): il problema centrale della funzionalità del sistema è dato dai criteri di scelta, dai livelli di soglia delle

decisioni relative all'invio fra i diversi punti della rete e dalla loro applicazione.

Il piano sanitario regionale ha individuato specifiche tipologie di attività cui applicare il modello *hub and spoke*: si tratta di funzioni a carattere regionale contraddistinte da ridotti tassi di incidenza e prevalenza, elevata complessità strutturale ed expertise professionale, per le quali la concentrazione della casistica è associata ad un miglioramento della qualità dell'assistenza e ad una riduzione dei costi di produzione. Nel 2002 sono state approvate le linee guida per la loro organizzazione, definendo gli aspetti specifici relativi alla configurazione, al sistema di governo e di relazione (del. G. reg. n. 1267/2002).

Per la terapia dei grandi traumi, sulla base delle valutazioni in merito all'orientamento traumatologico, alle competenze professionali ed alle dotazioni strutturali e tecnologiche presenti, sono stati individuati tre sistemi integrati di assistenza ai traumi (SIAT), uno per l'area della Romagna, uno per l'Emilia Orientale ed uno per l'Emilia Occidentale con i relativi centri *hub* (Ospedale Maggiore di Bologna, Ospedale Bufalini di Cesena e Azienda ospedaliero-universitaria di Parma) ciascuno dei quali dovrebbe trattare un numero di casi adeguato (non inferiore ai 400-500 casi/anno).

Le linee guida hanno stabilito i requisiti strutturali ed operativi che la struttura sede di trauma center (*hub*) deve fornire:

- una squadra di operatori sanitari, governati da un «leader», che operino con sequenze prestabilite e livelli di priorità, mirati alla stabilizzazione definitiva di tutte le lesioni gravi;
- la presenza degli specialisti per 24 ore in ospedale o in pronta disponibilità a seconda del tipo di lesioni;
- una logistica il più possibile imperniata sul paziente stesso, limitando al massimo quindi gli spostamenti per diagnostiche e chirurgia.

Le professionalità cliniche essenziali (Medicina di urgenza e Pronto soccorso, Anestesia e rianimazione, Chirurgia generale, Neurochirurgia e Radiologia) devono essere supportate dalla presenza per 24 ore di un Laboratorio per gli esami ematochimici di urgenza e di un Servizio di immunoema-

tologia che possa garantire la disponibilità di sangue in emergenza ed in quantità necessaria al supporto dei gravi emorragici.

Il presidio periferico (*spoke*), nell'ambito del Dipartimento di Emergenza-urgenza (DEU), deve invece disporre di:

- unità operative di Medicina di urgenza e Pronto soccorso, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale, Radiologia;
- presenza di un tecnico di laboratorio ed una reperibilità medica nel Servizio di Patologia clinica;
- possibilità di attivazione rapida di un servizio di Immunoematologia e Trasfusionale;
- competenze in rete;
- competenze di un secondo *team* di Anestesia e rianimazione e di Chirurgia ortopedica.

Rispetto al funzionamento della rete, il provvedimento regionale auspica che, nell'ambito della Regione, tutti i traumi maggiori vengano trattati all'interno di questo sistema, mentre, per quanto concerne i traumi minori, ogni *spoke* si serva, per la propria

area di competenza, di altre strutture ospedaliere di riferimento. In questo caso lo *spoke* delle patologie traumatiche maggiori diventa un *hub* nella sua area per i traumi minori. Affinché il sistema funzioni in modo appropriato è tuttavia indispensabile che ogni paziente venga indirizzato in base alla gravità ed alla tipologia del trauma presso l'ospedale più indicato a trattarlo e che il centro *hub* sia sempre in grado di accettare i pazienti traumatizzati maggiori del proprio bacino di utenza. Ne consegue che le risorse di terapia intensiva del centro traumi vengano continuamente rese disponibili attraverso varie modalità, tra cui anche il rientro di pazienti stabilizzati ai centri di riferimento, secondo protocolli di trasferimento condivisi.

Le linee guida, infine, hanno previsto le fasi di attuazione del modello di rete: in accordo con le indicazioni regionali, che costituivano formalmente il sistema nel luglio 2002, ogni centro *hub* ha adeguato il proprio assetto strutturale-organizzativo e funzionale. Al di là degli investimenti strutturali e tecnologici effettuati da ciascun centro nello specifico contesto⁴, si evidenzia come in ogni SIAT si sia proceduto all'elaborazione di accordi per costituire la base della rete di area ed alla costituzione di commissioni interaziendali (con capacità operative) per la gestione e per il controllo dell'operatività e dei risultati, nonché dei rapporti tra i nodi della rete. Uno dei primi obiettivi di tali commissioni è stato quello di definire i criteri di afferenza presso l'*hub* e di concordare i protocolli per la gestione dei trasferimenti. Da un punto di vista organizzativo interno, ciascun *hub* ha istituito una commissione intraospedaliera (Trauma Service) per governare i percorsi e per orientare le scelte organizzative.

Avendo bacini di utenza diversi (il SIAT Emilia Orientale serve quasi il doppio di abitanti rispetto agli altri) i tre SIAT dispongono di differenti dotazioni di posti letto, come illustrato dalla **tabella 1**; inoltre in virtù di specializzazioni consolidate nel corso degli anni, tali risorse si differenziano anche qualitativamente dando origine ad *hub* con composizioni diverse rispetto ai reparti «core» (intesi come le unità operative maggiormente coinvolte): al reparto di Terapia intensiva si affianca la Neurochirurgia a Cesena e a Parma, l'Ortopedia e Traumatologia a Bologna. In particolare, risulta essere disomo-

Tabella 1

Distribuzione dei posti letto

	Hub	Spoke pubblici	Spoke privati	Totale
<i>Bologna</i>				
Terapia intensiva	19	160	14	193
Neurochirurgia	66	47	10	123
Ortopedia	64	732	188	984
Riabilitazione	24	326	256	606
Totale	185	1.253	468	1.906
<i>Cesena</i>				
Terapia intensiva	16	50	40	106
Neurochirurgia	30		20	50
Ortopedia	45	277	172	494
Riabilitazione		56	375	431
Totale	91	383	607	1.081
<i>Parma</i>				
Terapia intensiva	38	39		77
Neurochirurgia	42	4		46
Ortopedia	98	262	90	450
Riabilitazione	18	101	265	384
Totale	196	406	355	957
Totale	472	2.042	1.430	3.944

genea la disponibilità di posti letto di terapia intensiva negli *hub* (38 a Parma contro i 16 di Cesena ed i 19 di Bologna), determinata da una diversa distribuzione delle risorse all'interno del territorio di competenza del SIAT (nell'ospedale di Parma risulta essere concentrato il 49% dei posti letto intensivi, contro il 15% di Cesena ed il 10% di Bologna).

L'analisi per tipologia di offerta evidenzia, pur diversamente distribuito, la rilevante presenza in tutto il territorio regionale del settore privato nelle discipline del recupero e della riabilitazione funzionale.

4. Materiali e metodi

L'analisi dell'attività e dei costi dei tre Trauma Center presenti nella Regione Emilia-Romagna si è sviluppata in due momenti paralleli: da una parte è stata effettuata una rilevazione puntuale dei dati clinico-assistenziali contenuti nelle cartelle cliniche dei pazienti assistiti presso i Trauma Center e, dall'altra, sono stati raccolti, in collaborazione con le aziende sanitarie, i costi relativi alle diverse attività assistenziali. All'interno dell'ospedale *hub* è stato quindi valutato l'impatto in termini di risorse consumate per il trattamento dei pazienti con traumi gravi dall'unità operativa di terapia intensiva e dal reparto «core». Sono state infine analizzate le schede di dimissione ospedaliera della banca dati regionale che hanno permesso di ricostruire il percorso assistenziale dei pazienti e di individuare le interconnessioni esistenti fra l'ospedale *hub*, le altre sedi dislocate nel territorio regionale e i reparti principalmente coinvolti (terapia intensiva e riabilitazione).

Si descrivono di seguito le due fasi dell'analisi con l'indicazione della metodologia utilizzata.

4.1. Rilevazione ed analisi dei dati clinico-assistenziali

Il punto di partenza nella rilevazione dei dati clinico-assistenziali è stata l'individuazione dell'universo di pazienti vittime di traumi assistiti presso gli ospedali *hub* nel periodo 1 luglio 2002 - 30 giugno 2003.

Inizialmente, per determinare l'universo dei pazienti si è ricorso alle informazio-

ni presenti nella banca dati regionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Al fine di descrivere puntualmente il profilo del paziente sono stati adottati diversi criteri di selezione (ricoveri con almeno una diagnosi appartenente al capitolo «Traumatismi e avvelenamenti» del sistema di classificazione ICD-IX-CM, includendo solo i ricoveri in regime ordinario ed escludendo i pazienti con una durata di degenza inferiore a 2 giorni con dimissione a domicilio). Questo ha consentito di disporre di un primo elenco dei casi assistiti presso i tre *hub* regionali, ma la numerosità degli stessi (6.345 ricoveri) ha reso necessario individuare – in collaborazione con i professionisti appartenenti al gruppo di lavoro – ulteriori criteri di selezione al fine di ridurre la popolazione in studio e di permettere gli approfondimenti necessari. La definizione del paziente con trauma grave è risultata però particolarmente complessa in quanto sia la molteplicità delle tipologie di trauma che la complessità della casistica rendono difficoltoso pervenire ad una definizione univoca del paziente politraumatizzato. Inoltre, non essendo a regime nel 2003 il Registro regionale dei traumi, previsto dai documenti regionali, e non disponendo nel tracciato record della SDO delle variabili di selezione proposte dai clinici, si è dovuto ricorrere a fonti diverse per completare l'elenco.

I criteri di selezione dei pazienti, individuati in collaborazione con i responsabili clinici dell'assistenza, comprendono: 1) politraumatizzati transitati per il reparto di terapia intensiva con un indice di gravità della lesione pari al *Injury severity score* (ISS) >15; 2) traumi spinali con intervento chirurgico presso il reparto core, non transitati per la terapia intensiva, con ISS >15.

In applicazione dei suddetti criteri, sono state individuate 502 cartelle cliniche (176 cartelle per l'ospedale *hub* di Cesena, 164 per quello di Bologna e 162 per quello dell'AOSP di Parma), di cui per oltre la metà è stato necessario – ove non già disponibile – calcolare la gravità della lesione sulla base della classificazione ISS.

Il numero dei casi analizzati e i relativi criteri di selezione sono comparabili a quelli riportati da altri studi europei.

L'esame delle cartelle cliniche selezionate e la rilevazione delle informazioni clinico-as-

sistenziali sono state effettuate da personale con professionalità mediche ed economico-finanziarie dell'Agenzia sanitaria regionale. Lo strumento di rilevazione è consistito in una maschera in ambiente ACCESS che ha permesso di raccogliere, in modo dettagliato, informazioni relative alle diverse fasi assistenziali del paziente politraumatizzato. In particolare, per ciascun ricovero sono state rilevate le informazioni riportate nella **tabella 2**.

Oltre alla rilevazione «manuale» delle informazioni riferite ai singoli pazienti, le aziende sanitarie hanno fornito elenchi cartacei o informatizzati, che hanno facilitato la rilevazione puntuale delle informazioni, spesso difficilmente reperibili dalle cartelle cliniche: i dati sul materiale di sintesi utilizzato durante gli interventi chirurgici, le informazioni sulle prestazioni di laboratorio-analisi e sugli emoderivati.

L'analisi dettagliata del percorso assistenziale si è concentrata sul ricovero indice, ossia il primo ricovero immediatamente successivo al trauma presso l'ospedale *hub*. Tuttavia, poiché la rete regionale dei servizi ospedalieri, basata sul modello *hub and spoke*, inserisce il ricovero del paziente politraumatizzato in un quadro molto più ampio è stato necessario analizzare nella sua globalità l'episodio di cura primario (tutti i ricoveri strettamente legati al trauma e caratterizzati da continuità assistenziale) e gli eventuali ricoveri successivi. Il percorso assistenziale nell'intera rete ospedaliera della Regione Emilia-Romagna è stato pertanto ricostruito utilizzando la banca dati regionale delle SDO.

Tabella 2

Informazioni raccolte

	Pronto soccorso	Terapia intensiva	Reparti Core	Sala operatoria	Altri reparti
Personale	•	•	•	•	
Permanenza	• ¹	• ²	• ²	• ¹	• ²
Presidi medico-chirurgici	•	•	•		
Farmaci		•	•		
Emoderivati	•	•	•	•	
Prestazioni laboratorio	•	•	•		
Prestazioni diagnostiche	•	•	•		
Consulenze specialistiche	•	•	•		
Materiale di sintesi				•	

1: minuti; 2: giornate.

4.2. Rilevazione dei costi

La rilevazione dei costi, effettuata in collaborazione con la direzione sanitaria, il controllo di gestione ed i responsabili delle unità operative delle singole aziende, è strettamente correlata alla raccolta dei dati clinico-assistenziali (consumo di risorse umane e materiali, procedure eseguite e servizi erogati) nelle unità operative di Pronto soccorso, Terapia intensiva, reparto *Core*, sala operatoria e reparti per acuti. Per ogni unità operativa di riferimento, ad eccezione degli altri reparti per acuti, sono stati calcolati i costi unitari dei fattori produttivi impiegati direttamente attribuibili a ciascun paziente trattato.

In particolare, sono state individuate le principali figure professionali coinvolte nel processo assistenziale (il personale medico, infermieristico, tecnico e l'altro personale sanitario), valorizzate a costo orario, applicandolo ai tempi puntualmente rilevati dalla cartella clinica e dal registro operatorio.

Nell'analisi sono confluiti anche altri fattori produttivi: il materiale sanitario, il materiale di sintesi impiegato negli interventi, le attrezzature, le prestazioni intermedie richieste ai vari servizi dell'ospedale e le consulenze specialistiche interne.

La rilevazione puntuale del materiale sanitario utilizzato per singolo paziente (emoderivati, presidi medico chirurgici, farmaci, ...) si è concentrata sulle voci che i professionisti hanno evidenziato come più significative in termini di costo o di frequenza di utilizzo, valorizzandoli all'ultimo prezzo d'acquisto. Tutto il restante materiale utilizzato dalle unità operative è stato fatto confluire in una voce «Altro materiale sanitario» attribuito al paziente sulla base di un costo unitario assegnato in base al tempo di permanenza nella singola unità operativa (accesso per il Pronto soccorso, durata di intervento per le sale operatorie, durata di degenza per la Terapia intensiva e il reparto *Core*).

I costi delle attrezzature utilizzate dalle varie unità operative, definiti sulla base del valore di riacquisto e della manutenzione, sono stati imputati al singolo caso, adottando la medesima statistica allocativa prevista per la voce «Altro materiale sanitario».

Il materiale di sintesi impiegato nelle sale operatorie (ad es. *patch* per plastica durale, placche, viti, chiodi, blocchi, uncini, ...) è

stato rilevato, sia in termini quantitativi che di tipologia, per ogni singolo paziente e valorizzato secondo il prezzo medio ponderato del magazzino, fornito dall'Azienda.

Per le prestazioni intermedie si è scelto di ricorrere – in mancanza di un prezzo di trasferimento – alle tariffe previste dal Nomenclatore tariffario regionale, utilizzandolo come *proxy* del costo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica radiologica e di laboratorio. Le consulenze specialistiche interne invece sono state valorizzate in relazione al costo orario del personale che fornisce la consulenza; la durata delle consulenze è stata convenzionalmente stabilita in 20 minuti per quelle mediche e in 30 minuti per le consulenze/prestazioni del fisioterapista di riabilitazione.

I costi indiretti (pulizia, mensa, lavanderia, trasporto e smaltimento rifiuti, formazione e aggiornamento, *leasing*/noleggi/canoni dedicati per attrezzature, prestazioni diagnostiche acquistate all'esterno, utenze, spese amministrative generali) sono stati attribuiti al singolo paziente secondo una logica *top-down*, ripartendo il costo complessivo in base agli accessi al pronto soccorso, alla durata degli interventi chirurgici e alla durata di degenza per la Terapia intensiva e il reparto *Core*.

Il costo della degenza in reparti ordinari per acuti è stato determinato come prodotto tra giornate di degenza e costo unitario per giornata di degenza. Infine, per i costi generali di azienda (comprensivi dei costi comuni di presidio) si è stimata una quota percentuale aggiuntiva rispetto al totale dei costi diretti ed indiretti.

Oltre al costo relativo al ricovero indice finora descritto, si è proceduto a valorizzare il percorso assistenziale complessivo al fine di valutare le implicazioni economiche per l'intero sistema regionale. In mancanza di dati dettagliati sull'assistenza erogata ai pazienti durante i trasferimenti ed i ricoveri successivi i costi dei ricoveri presso le strutture pubbliche del SIAT sono stati stimati utilizzando il costo di una giornata di degenza nei reparti coinvolti così come stimato dai dati della contabilità analitica aziendale. Diversamente, per le strutture (pubbliche e private), situate nella regione, ma non appartenenti al singolo SIAT analizzato, e per gli ospedali privati accreditati del medesimo SIAT si è scelto di utilizzare le tariffe Drg; l'utilizzo

di strutture esterne alla rete per il completamento dell'episodio assistenziale costituisce, per il SIAT inteso come sistema, un costo aggiuntivo che viene quantificato nell'ambito della compensazione della mobilità sanitaria intraregionale.

Restano comunque esclusi dall'analisi i costi relativi all'assistenza extra-ospedaliera (soccorso pre-ospedaliero e riabilitazione).

5. Analisi della casistica

In base ai criteri di selezione precedentemente indicati, sono stati individuati 502 casi di politrauma ricoverati nei tre *hub* della regione nel periodo compreso tra il 1 luglio 2002 ed il 30 giugno 2003: la distribuzione di questa popolazione, unitamente alle caratteristiche clinico-demografiche, è riportata nella **tabella 3**.

I pazienti analizzati hanno un'età media di 41 anni, sono in prevalenza di sesso maschile (76%) e risiedono soprattutto in aree appartenenti al medesimo SIAT (75%), e in proporzione minore in altre regioni (19%), in altri stati o in aree appartenenti ad altri SIAT (3%); non vi sono relativamente a queste caratteristiche delle differenze sostanziali tra i tre *hub*. Considerando in particolare la provenienza dei pazienti residenti in aree appartenenti allo stesso SIAT, si osservano invece importanti differenze: all'ospedale Maggiore di Bologna il 65% dei casi analizzati risiede nella stessa area bolognese e solo in una piccola percentuale nelle altre Ausl del SIAT Orientale (Modena, Imola e Ferrara); al Bufalini invece solo il 21% dei pazienti proviene da Cesena mentre la maggior parte proviene da aree appartenenti alle altre tre Ausl del SIAT Romagna; l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con il 40% dei pazienti residenti nell'area dell'Ausl di Parma presenta infine una situazione intermedia. È ipotizzabile che la diversa distribuzione della casistica rispetto alla Azienda di residenza non dipenda solo dalla gravità della casistica, ma probabilmente anche da un utilizzo differente degli *hub* e degli *spoke* all'interno dei SIAT.

La causa più frequente di politrauma è rappresentata in tutti gli *hub* dagli incidenti stradali, seguita con percentuali inferiori da «altre tipologie di incidente» (es. lesioni accidentali, morsi di animale, incidenti spor-

	Bologna	Cesena	Parma	Totale
Totale pazienti	164	176	162	502
Pazienti transitati per la TI con ISS > 15	159 (96,9%)	162 (92,6%)	158 (97,5%)	479 (95,4%)
Pazienti non transitati per la TI, con ISS > 15, trauma spinale e/o intervento maxillofaciale-neurochirurgia	5 (3,1%)	14 (7,5%)	4 (2,5%)	23 (4,6%)
Età media (in anni)	41,0 (DS = 20,1)	42,4 (DS = 21,8)	38,7 (DS = 22,0)	40,7 (DS = 21,4)
Genere (M)	128 (78%)	129 (73%)	123 (76%)	380 (76%)
Azienda Usl di residenza	Siat Emilia Orientale 126 (76,8%) – Aziende provincia Bologna (esclusa Imola) (64,7%) – Modena 8,5% – Imola 1,8% – Ferrara 1,8% Altre Regioni 30 (18,3%) SIAT Romagna 4 (2,4%) Esterio 3 (1,8%) SIAT Emilia-Occ. 1 (0,6%)	Siat Romagna 134 (76,1%) – Ravenna 28,4% – Cesena 20,5% – Rimini 15,9% – Forlì 11,4% Altre Regioni 29 (16,5%) Esterio 9 (5,1%) SIAT Emilia-Orientale 4 (2,3%)	Siat Emilia Occ. 118 (70,4%) – Parma 40,7% – Piacenza 18,5% – Reggio Emilia 13,0% Altre regioni 35 (22,2%) Esterio 4 (3,7%) SIAT Emilia-Orientale 1 (3,1%) SIAT Romagna 4 (0,6%)	Siat corrispondente 378 (75,3%) Altre regioni 94 (18,7%) Esterio 16 (3,2%) Altri SIAT 14 (2,8%)
Principali tipi di trauma	Incidente stradale 111 (67,7%) Altri incidenti 25 (15,2%) Infortunio sul lavoro 12 (7,3%)	Incidente stradale 105 (59,7%) Altri incidenti 28 (15,9%) Infortunio sul lavoro 24 (13,6%)	Incidente stradale 108 (66,7%) Altri incidenti 18 (11,1%) Infortunio in ambiente domestico 19 (11,7%)	Incidente stradale 324 (64,5%) Altri incidenti 71 (14,1%) Infortunio in ambiente domestico 33 (6,6%)

Tabella 3

Popolazione in studio.
Caratteristiche clinico-demografiche

tivi, intossicazioni), incidenti sul lavoro e quelli in ambiente domestico.

La **tabella 4** presenta le diagnosi principali riportate più spesso nelle schede di dimissione ospedaliera, alcuni indicatori di gravità relativi ai pazienti selezionati ed alcune caratteristiche del ricovero.

La diagnosi principale, rappresentata più frequentemente a livello regionale dall'emorragia subdurale, si caratterizza per un'elevata dispersione dei pazienti; raggruppando però tutti i codici compresi tra 850 e 854 (traumatismi intracranici, esclusi quelli associati a frattura del cranio) si nota che più del 30% dei pazienti rientra in questo gruppo (35% a Cesena, 37% a Parma ed il 43% a Bologna).

Nei tre Trauma Center il Drg più frequente è rappresentato dal 483 (Tracheostomia temporanea) come si osserva nel **grafico 1**, che illustra anche la distribuzione dei pazienti per i cinque Drg prevalenti (Drg 2, Drg 27,

Drg 483, Drg 486 e Drg 487). Focalizzando l'attenzione su questi cinque Drg è possibile analizzare la distribuzione della casistica rispetto allo stadio di gravità a questa assegnato, utilizzando la classificazione del *Disease Staging*⁵ (Gonnella *et al.*, 1984 e Taroni, 1996). Come emerge dal **grafico 2**, a Parma e a Cesena più della metà dei pazienti (il 58% ed il 61% rispettivamente) risulta appartenere allo stadio 3, ossia di maggiore gravità mentre a Bologna prevalgono i pazienti in stadio 1 e 2.

La gravità della popolazione valutata tramite l'Iss, mostra una proporzione di pazienti con ISS > 26 più elevata nel Trauma Center di Parma rispetto agli altri *hub* (**grafico 3**), mentre i valori dei pesi medi dei Drg sono simili nelle tre strutture (*p-value* = 0,864).

La durata media della degenza è di 22 giorni a livello regionale e presenta una certa variabilità a seconda dell'*hub* (da 15 giorni a

	Bologna	Cesena	Parma	Totale
Diagnosi principali	852.25 Emorragia Subdurale 12 (7,3%) 851.24 Lacerazione corteccia 7 (4,3%) 854.04 Traumatismo intracranico 7 (4,3%)	800.25 Frattura volta cranica e emorragia subaracnoidea 11 (6,3%) 800.15 Frattura volta cranica e lacerazione/contusione corteccia 10 (5,7%) 804.15 Frattura cranio/faccia 10 (5,7%)	851.05 Contusione corteccia 12 (7,4%) 852.05 Emorragia subaracnoidea 6 (3,7%) 852.25 Emorragia subdurale 6 (3,7%)	852.25 Emorragia subdurale 27 (5,4%) 852.05 Emorragia subaracnoidea 18 (3,6%) 851.05 Contusione corteccia 18 (3,6%)
Peso medio Drg	7,4	8,3	7,7	7,8
ISS	<26: 87 (53%) 26-49: 69 (42%) >49: 8 (5%)	<26: 98 (56%) 26-49: 70 (40%) >49: 8 (5%)	<26: 68 (42%) 26-49: 86 (53%) >49: 8 (5%)	<26: 253 (50,4%) 26-49: 225 (44,8%) >49: 24 (4,8%)
Giornate di degenza per reparto	Terapia intensiva 1.755 (33,9%) Riabilitazione 1.091 (21,1%) Lungodegenza 1.009 (19,5%) Ortopedia e traumatologia 652 (12,5%) Medicina generale 346 (6,7%)	Terapia intensiva 1.561 (60,2%) Neurotraumatologia 310 (12,0%) Lungodegenza 212 (8,2%) Riabilitazione 153 (5,9%) Medicina d'urgenza 124 (4,8%)	Terapia intensiva 1.539 (49,8%) Riabilitazione 737 (23,8%) Neurochirurgia 253 (8,2%) Ortopedia e traumatologia 100 (3,2%) Pediatria 73 (2,4%)	Terapia intensiva 4.855 (44,7%) Riabilitazione 1.981 (18,2%) Lungodegenza 1.229 (11,3%) Ortopedia e traumatologia 791 (7,3%) Neurochirurgia 566 (5,2%)
Durata media di degenza	31,6 (DS = 36,5)	14,6 (DS = 19,7)	19,2 (DS = 27,4)	21,6 (DS = 29,4)
Modalità di dimissione	A domicilio 69 (42,1%) Deceduto 44 (26,9%) Altri istituti per acuti 26 (15,9%) Altro regime di ricovero 14 (8,5%) Altra struttura extraospedaliera 5 (3,1%) Volontaria 3 (1,8%) Istituto di riabilitazione 3 (1,8%)	Altri istituti per acuti 105 (59,7%) A domicilio 32 (18,2%) Deceduto 25 (14,2%) Istituto di riabilitazione 13 (7,4%) Protetta con ADI 1 (0,6%)	A domicilio 62 (38,3%) Deceduto 50 (30,9%) Altri istituti per acuti 32 (19,8%) Istituto di riabilitazione 14 (8,6%) Altro regime di ricovero 3 (1,9%) Altra struttura extraospedaliera 1 (0,6%)	A domicilio 163 (32,5%) Deceduto 119 (23,7%) Altri istituti per acuti 163 (32,5%) Istituto di riabilitazione 30 (6,0%) Altro regime di ricovero 17 (3,4%) Altra struttura extraospedaliera 6 (1,2%)
Tasso di mortalità grezzo	Intraospedaliera 26,8% - 1° giorno 17,1% - escluso 1° giorno 9,8% post-ricovero indice 4,2%	Intraospedaliera 14,2% - 1° giorno 10,8% - escluso 1° giorno 3,4% post-ricovero indice 7,4%	Intraospedaliera 30,9% - 1° giorno 17,9% - escluso 1° giorno 13,0% post-ricovero indice 3,1%	Intraospedaliera 23,7% - 1° giorno 15,1% - escluso 1° giorno 8,6% post-ricovero indice 5,0%

Cesena a 32 giorni a Bologna). La maggior parte delle giornate di degenza è concentrata nel reparto di terapia intensiva, seppur anche in questo caso si registrano delle rilevanti differenze di utilizzo tra un ospedale e l'altro: al Bufalini questo reparto concentra infatti il 60% delle giornate, mentre all'Aosp di Parma e al Maggiore di Bologna la proporzione delle giornate trascorse è del 50% e del 34% rispettivamente. I reparti di lungodegenza e di riabilitazione rivestono invece un'importanza maggiore in termini di giornate di de-

genza a Bologna e a Parma rispetto a Cesena. Il reparto *Core* di neurochirurgia assorbe il 12% delle giornate a Cesena e l'8% a Parma, mentre il reparto core di ortopedia di Bologna concentra il 12% delle giornate. Diversa è pure la principale modalità di dimissione per i pazienti ricoverati: «a domicilio» al Maggiore e all'Aosp di Parma (42% e 38%, rispettivamente) «ad altri istituti per acuti» a Cesena (59%).

Come risulterà anche dall'analisi del percorso assistenziale, le differenze osservate

Tabella 4
Diagnosi, indicatori di gravità e caratteristiche del ricovero

Grafico 1

Distribuzione dei pazienti per i Drg più frequenti

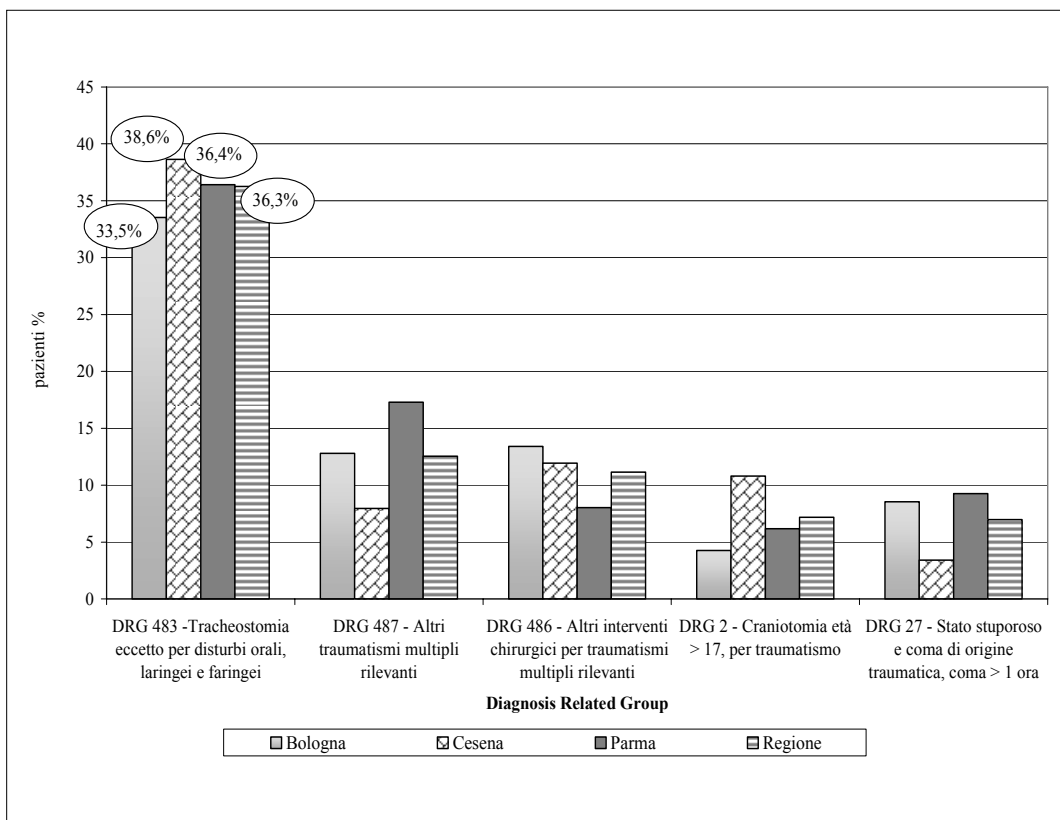
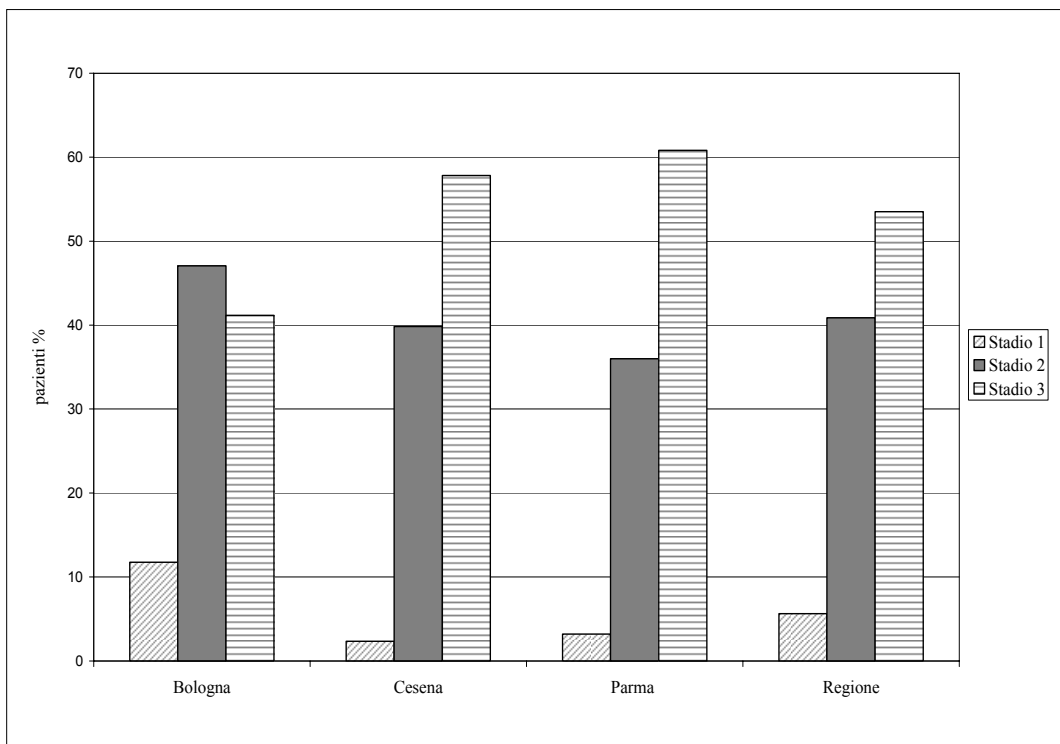


Grafico 2

Distribuzione dei pazienti per stadio calcolato sui cinque Drg principali nei tre hub



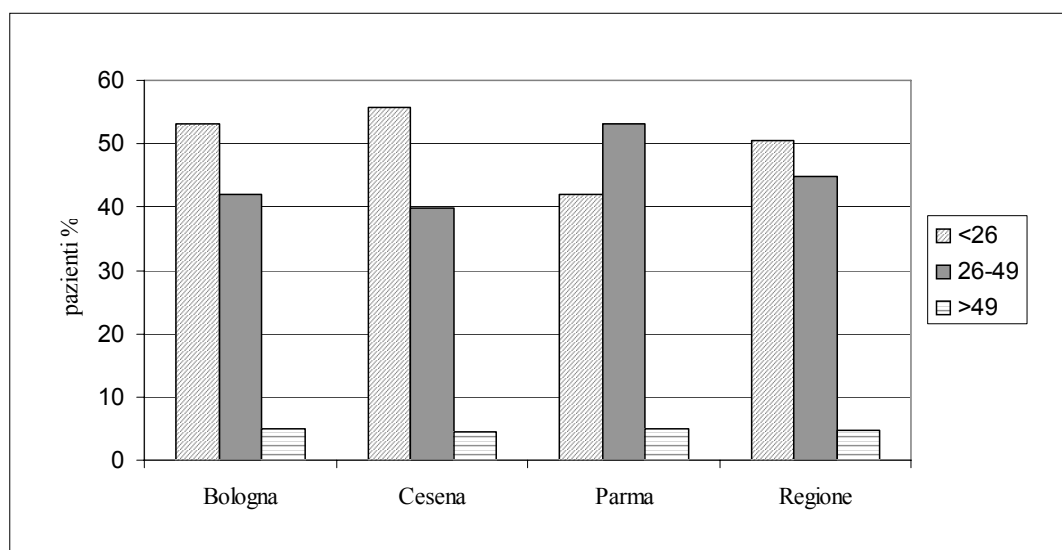


Grafico 3
Distribuzione dei pazienti
per classe di ISS
nei tre *hub*

relativamente alla durata di degenza media e alle principali modalità di dimissioni sarebbero riconducibili alla diversa organizzazione e alle caratteristiche di funzionamento ed integrazione del sistema *hub and spoke*.

Si osservano, infine, anche per il tasso di mortalità sia intraospedaliero che relativo al periodo post-ricovero indice (al 31 dicembre 2003) delle differenze significative. Comprendere le ragioni di questa variabilità richiederebbe uno studio specifico con obiettivi diversi da quelli del presente lavoro: numerosi altri fattori relativi alle caratteristiche della popolazione studiata, alle cure assistenziali, al modello organizzativo potrebbero infatti essere alla base di queste differenze.

6. Analisi dei costi

L'analisi dei costi è stata caratterizzata sia dall'attribuzione dei costi analiticamente rilevati a livello del singolo paziente, secondo una metodologia *bottom-up*, sia dallo sviluppo di una logica *top-down* per la ripartizione dei restanti costi. Il costo complessivo dell'assistenza per il ricovero indice dei 502 pazienti considerati è stimato in circa 12,4 milioni di euro, così suddivisi: 4,7 ml. di euro sostenuti dal centro di Bologna, 4,1 ml. di euro da Cesena, e 3,6 ml. di euro da Parma, importi che equivalgono rispettivamente al 3,2%, al 4,9%, e al 2,6% dell'ammontare dei

costi per il totale dei ricoveri erogati da ciascun presidio.

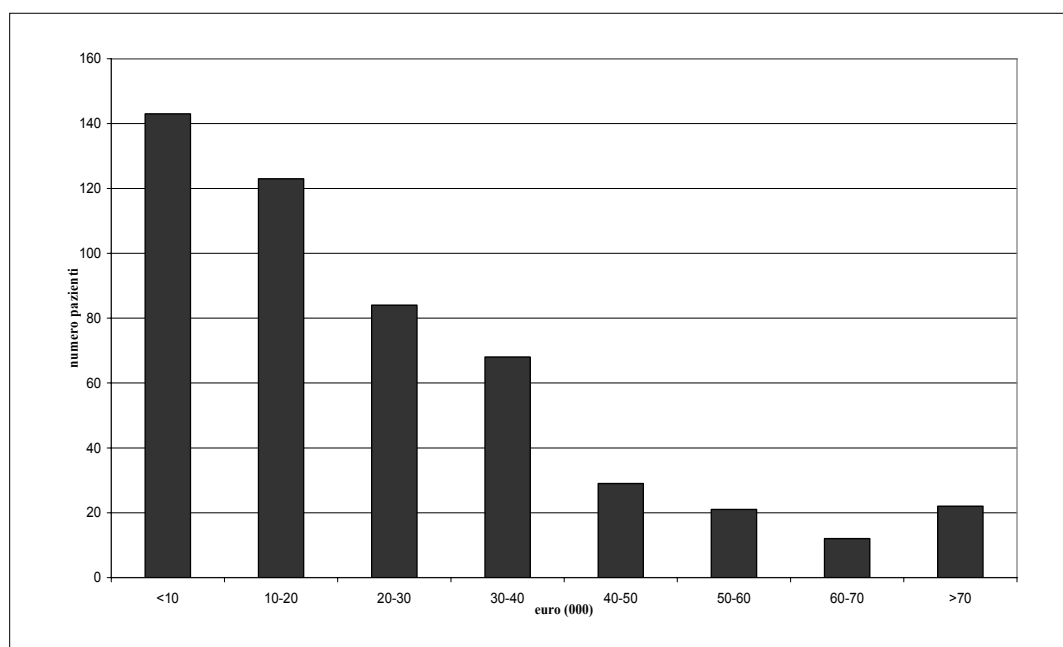
La distribuzione dei pazienti per classi di costo, illustrata nel **grafico 4**, evidenzia come la maggior parte dei ricoveri indice abbia un costo inferiore a 20.000 euro (53% dei casi), con un valore mediano pari ad € 18.129. Tale tendenza si ripete considerando separatamente le tre strutture, pur in presenza di valori mediani che esprimono una certa variabilità: l'*hub* di Bologna sostiene un costo mediano pari a € 23.331, quello di Cesena € 19.361 e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma € 15.129.

Queste differenze non sembrano imputabili alla diversa gravità dei pazienti, sia nella sua definizione relativa all'indicatore di gravità (Iss), sia nella declinazione relativa alla complessità, espressa dal peso dei Drg. Altri fattori in realtà spiegano la discordanza dei valori economici (**tabella 5**): da un lato il ricorso agli interventi chirurgici (una delle variabili esplicative dei costi con un $R^2 = 0,28$), più frequenti a Cesena e a Bologna (rispettivamente 243 e 233 rispetto ai 175 di Parma) e dall'altra la durata del ricovero indice e la distribuzione delle giornate di degenza tra i reparti.

Stante la diversa organizzazione della rete SIAT, che riflette in parte anche le dotazioni strutturali di ciascun *hub*, i ricoveri effettuati presso l'*hub* bolognese comprendono anche la fase riabilitativa, determinando degenze

Grafico 4

Distribuzione dei pazienti in studio per classi di costo (migliaia di euro)



	Costo totale	Costo mediano	Costo medio giornaliero	Costo medio in terapia intensiva	N. interventi chirurgici	GG. degenza totali	GG. in terapia intensiva
Hub Bologna	4.673.379	23.331	903	1.672	233	5.176	1.755
Hub Cesena	4.075.509	19.361	1.571	1.948	243	2.594	1.561
Hub Parma	3.627.365	15.129	1.173	1.805	175	3.093	1.539
Totale	12.376.254	18.129	1.139	1.803	651	10.863	4.855

Tabella 5

Costi totali e caratteristiche per centro

prolungate: le giornate complessivamente erogate dal Maggiore sono il doppio di quelle del Bufalini e di gran lunga superiori a quelle di Parma. La peculiarità dell'*hub* di Cesena nel limitare il ricovero indice alla fase acuta, e quindi coinvolgendo prevalentemente il reparto di terapia intensiva, fa registrare un costo medio giornaliero decisamente più elevato (€ 1.571 vs. € 903 di Bologna), rettificando parzialmente l'effetto delle diverse durate dei ricoveri. Per l'Azienda ospedaliera di Parma, che interessa per la fase riabilitativa sia il proprio reparto sia strutture specialistiche esterne, si osserva un valore del costo medio giornaliero intermedio (€ 1.173), che in parte risente dell'effetto di una possibile sottostima dei costi, in particolare legati alla rilevazione della diagnostica, dei farmaci, dei presidi e del materiale di sintesi.

Come osservato in letteratura, la variabilità nell'impiego delle risorse è ampia tra diversi centri pur trattando tipologie di pazienti analoghe; incidono soprattutto le diverse modalità organizzative dell'assistenza.

La **tabella 6** illustra la distribuzione dei costi complessivi per fattore di produzione e per centro di responsabilità con il loro peso relativo: il personale, che assorbe il 42% delle risorse totali, costituisce la componente economicamente più rilevante, seguita dalle spese generali (12%) e dai costi relativi alla degenza presso i reparti «non core» (12%). Nello specifico delle singole realtà tale composizione riflette invece quanto sopra descritto in riferimento alle caratteristiche del ricovero, per cui si verifica che a Bologna il peso degli altri reparti (U.O. per acuti) sui costi complessivi sia notevolmente superiore

	Terapia intensiva	Reparto core	Sala operatoria	U.O. per acuti	Totale
Personale	53,3	48,0	21,1		42,0
Farmaci	2,1	2,6			1,6
Presidi/mat. sintesi	1,6	0,3	31,8		5,2
Emoderivati	4,9	0,6	4,2		4,0
Prestazioni diagnostiche	8,6	9,6			6,5
Altro materiale sanitario	7,3	9,6	19,0		7,9
Ammortamento e manutenzione	3,7	6,4	4,5		3,4
Costi indiretti	6,1	10,1	6,6		5,5
U.O. per acuti				87,7	11,5
Spese generali	12,3	12,7	12,7	12,3	12,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
%	70,7	3,5	12,6	13,1	100,0

Tabella 6
Distribuzione percentuale
dei costi per Unità
Operativa e per fattore
produttivo

(19%), a Cesena sia poco rilevante (4%) ed a Parma il 10%.

L'analisi per centro di responsabilità evidenzia il ruolo predominante della terapia intensiva (71% del totale dei costi), che, nel dettaglio dei singoli centri, assume pesi diversi in relazione a quanto sopra descritto, osservando un 63% di Bologna contro 75% e 77% rispettivamente di Cesena e Parma. Il reparto è caratterizzato da un'elevata intensità di lavoro, il relativo costo del personale pesa per oltre la metà sui costi totali del reparto ed assorbe l'89% del complessivo costo del lavoro.

Si conferma quindi quanto evidenziato in letteratura circa l'elevata incidenza dei costi sostenuti dalle terapie intensive e, anche se in misura meno rilevante, dalle sale operatorie.

L'esame delle singole voci analiticamente rilevate evidenzia, tra i farmaci, la prevalenza del consumo di ipnotici e di antibiotici che assorbono nel complesso l'84% dell'intero costo della categoria. Tra le prestazioni diagnostiche, che rappresentano il 7% dei costi complessivi, il 5% dei costi è rappresentato dall'erogazione di esami radiologici ed il restante 2% sono da attribuirsi agli esami di laboratorio; mediamente nell'insieme ciascun paziente è stato sottoposto a 6 TAC, 9 radiografie e 145 esami di laboratorio (tuttavia si osservano al riguardo rilevanti differenze tra i centri).

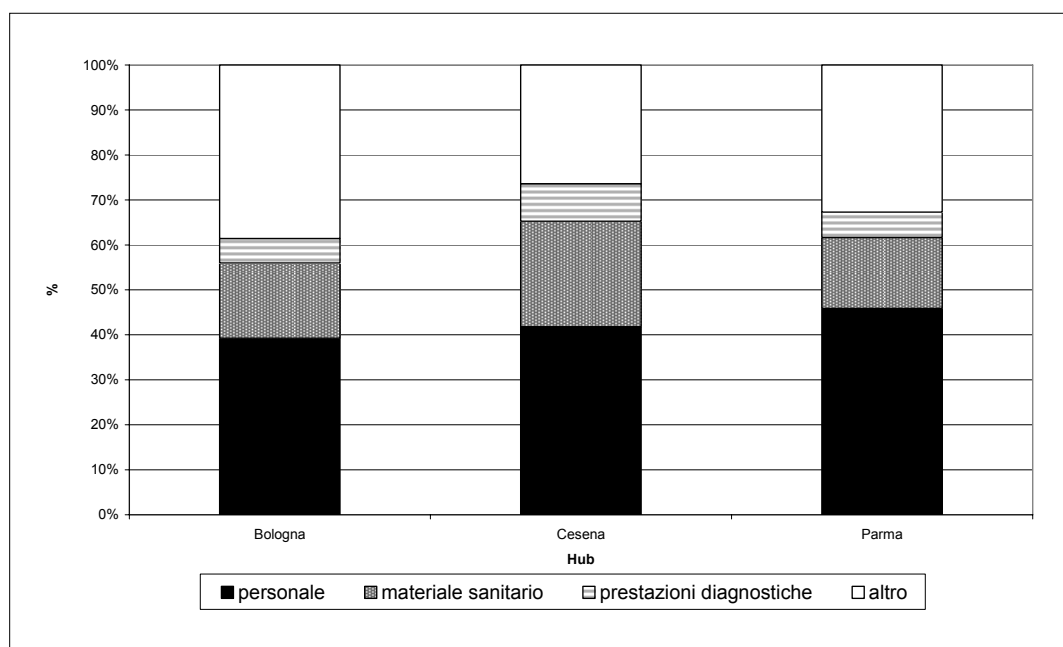
Si può inoltre rappresentare (**grafico 5**) la scomposizione dei costi per fattore produttivo per centro *hub* al fine di osservare i contributi delle diverse componenti alla variabilità del costo medio complessivo e giornaliero, già evidenziati in tabella 5. Si spiegano in tal modo i valori più elevati di Cesena per il maggiore utilizzo del materiale e delle prestazioni, risorse assorbite prevalentemente dal reparto di terapia intensiva. Diversamente, per Bologna, il peso della voce «altro», consistente soprattutto nei costi relativi alla degenza nei reparti per acuti, determina costi totali superiori rispetto agli altri centri.

I risultati dell'analisi temporale dei costi confermano che il trattamento dei pazienti politraumatizzati è caratterizzato da un forte impegno assistenziale nelle prime fasi del ricovero e da una sua successiva riduzione in ragione della raggiunta stabilità clinica del paziente. Questo *trend* trova eccezione nel caso di pazienti deceduti dopo le prime 24 ore dal ricovero in cui si osserva un aumento dell'intensità assistenziale e quindi un maggior assorbimento di risorse in occasione del peggioramento della situazione clinica. Tali risultati ancora una volta sono in linea con quanto reperibile in letteratura per i pazienti deceduti nella seconda fase dell'assistenza.

È stato effettuato infine un confronto costi-ricavi, valorizzando la casistica secondo le tariffe Drg-specifiche adottate dalla Regione Emilia-Romagna: a fronte dei costi com-

Grafico 5

Composizione dei costi per fattore produttivo e per centro *hub*



plexivi che, come si è detto, ammontano ad € 12,4 milioni, l'attività dei trauma center è remunerata complessivamente per € 12,5 milioni. Tale risultato positivo, che risulta essere negativo solo per l'Azienda di Bologna (con un disavanzo pari a circa € 622.000), è determinato dalla presenza del Drg 483, caratterizzato da una frequenza elevata (36%) unita ad una tariffa significativamente superiore alla stima del costo medio. Si sottolinea infatti come un'ipotetica esclusione del Drg 483 dall'analisi determinerebbe complessivamente un disavanzo di oltre 2 milioni di euro; di fatto per i restanti Drg, ad esclusione di una decina diversamente distribuiti tra gli *hub*, la tariffa non risulta remunerativa dei costi sostenuti e ciò fa emergere le problematiche connesse all'idoneità del sistema Drg nel remunerare adeguatamente le strutture erogatrici. Il **grafico 6** riporta per i 5 più frequenti Drg, che rappresentano il 74% della casistica considerata, le stime di costo e le relative tariffe. Il test di Wilcoxon⁶, applicato all'intera casistica, conferma quanto già emerso nelle considerazioni precedenti: nel complesso, le tariffe Drg risultano essere maggiori della stima dei costi effettuata dallo studio ($p\text{-value} = 0,786$), mentre l'esclusione del Drg 483 indicherebbe un'inversione del

risultato (il costo non è significativamente inferiore alla tariffa, con un $p\text{-value} < 0,005$).

La generale inadeguatezza del sistema Drg a remunerare l'assistenza che, come dimostra la letteratura, può avere un impatto negativo sul Trauma center, comporta il sostegno di tali centri con finanziamenti aggiuntivi. La Regione in questo senso, a partire dal 2001, attribuisce annualmente ai centri *hub* finanziamenti, diversificati per azienda, che vanno ad aggiungersi a quello per Drg, in relazione allo sviluppo ed ai cambiamenti organizzativi e strutturali.

7. Percorso assistenziale

Per ricostruire il percorso assistenziale del paziente successivamente al ricovero indice presso l'ospedale *hub* si è identificato, attraverso la banca dati regionale delle SDO, l'episodio di cura primario, definito come l'insieme dei ricoveri strettamente legati al trauma caratterizzati da continuità assistenziale, e gli eventuali ricoveri successivi (**tabella 7**). Delle 502 cartelle cliniche analizzate 119 pazienti sono deceduti durante il ricovero indice e 105 sono stati dimessi a domicilio, senza alcun ricovero successivo. 244 pazienti hanno invece dovuto ricorrere alle cure ospedaliere anche dopo il ricovero

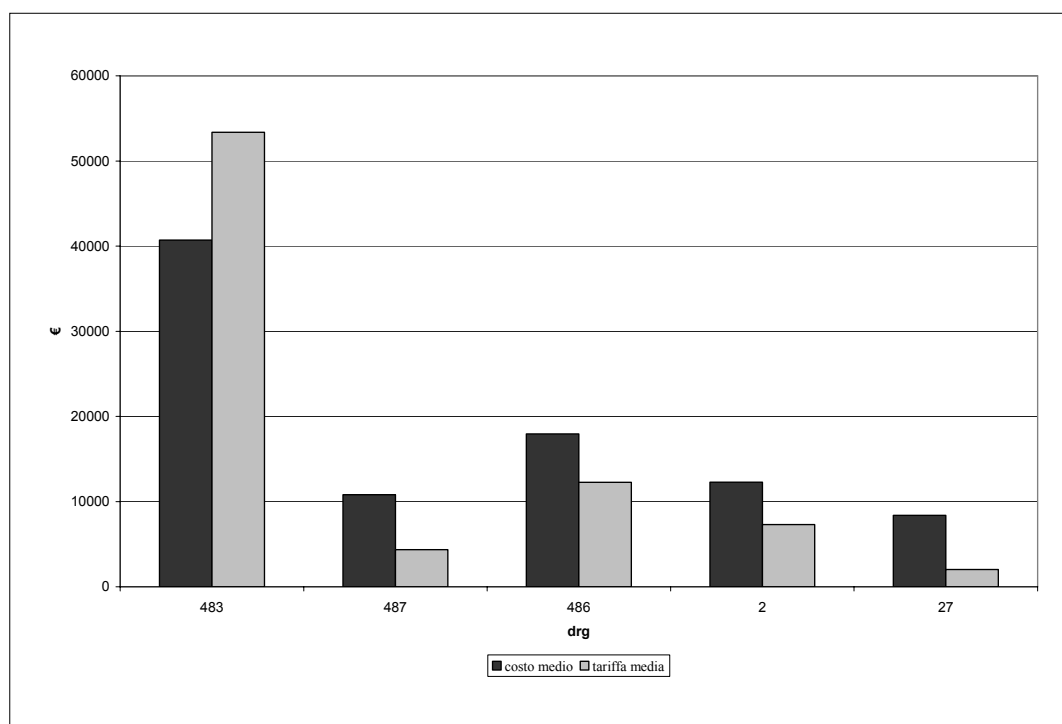


Grafico 6
Costi e tariffe dei Drg
più frequenti

	Bologna	Cesena	Parma	Totale	%
Ricoveri complessivi	164	176	162	502	100,0
<i>Deceduti</i>	44	25	50	119	23,7
Pazienti con percorso «ricostruibile»	120	151	112	383	76,3
<i>Dimessi a domicilio (senza ricoveri successivi)</i>	47	21	37	105	20,9
<i>Trasferiti fuori regione/percorso non identificato</i>	6	19	9	34	6,8
Pazienti con percorso ricostruito	67	111	66	244	48,6
<i>Trasferimenti e ricoveri successivi</i>	17	36	16	69	13,7
<i>Solo trasferimenti</i>	22	58	28	108	21,5
<i>Solo ricoveri successivi</i>	28	17	22	67	13,4

Tabella 7
Percorso assistenziale

indice: di questi quasi la metà ha avuto solo trasferimenti, un quarto sia trasferimenti che ricoveri successivi e la parte restante si è sottoposta solo a ricoveri successivi. Infine, per 34 pazienti non è stato possibile ricostruire il percorso o risulta che siano stati trasferiti a strutture di altre Regioni/Stati.

Complessivamente i 244 pazienti hanno avuto 533 contatti ospedalieri legati all'evento traumatico, pari a 18.507 giornate di degenza, con un rapporto pazienti/rico-

veri del 2,2. Tuttavia, l'interdipendenza fra l'ospedale *hub* e gli altri ospedali regionali è più o meno significativa a seconda della realtà analizzata: si evidenzia un maggiore ricorso ad altre strutture da parte dell'*hub* romagnolo (2,4) rispetto a quello del SIAT dell'Emilia Orientale e Occidentale, rispettivamente con un rapporto pazienti/ricoveri pari al 1,9 e 2,1.

In particolare, le cure ospedaliere successive al ricovero indice interessano una plura-

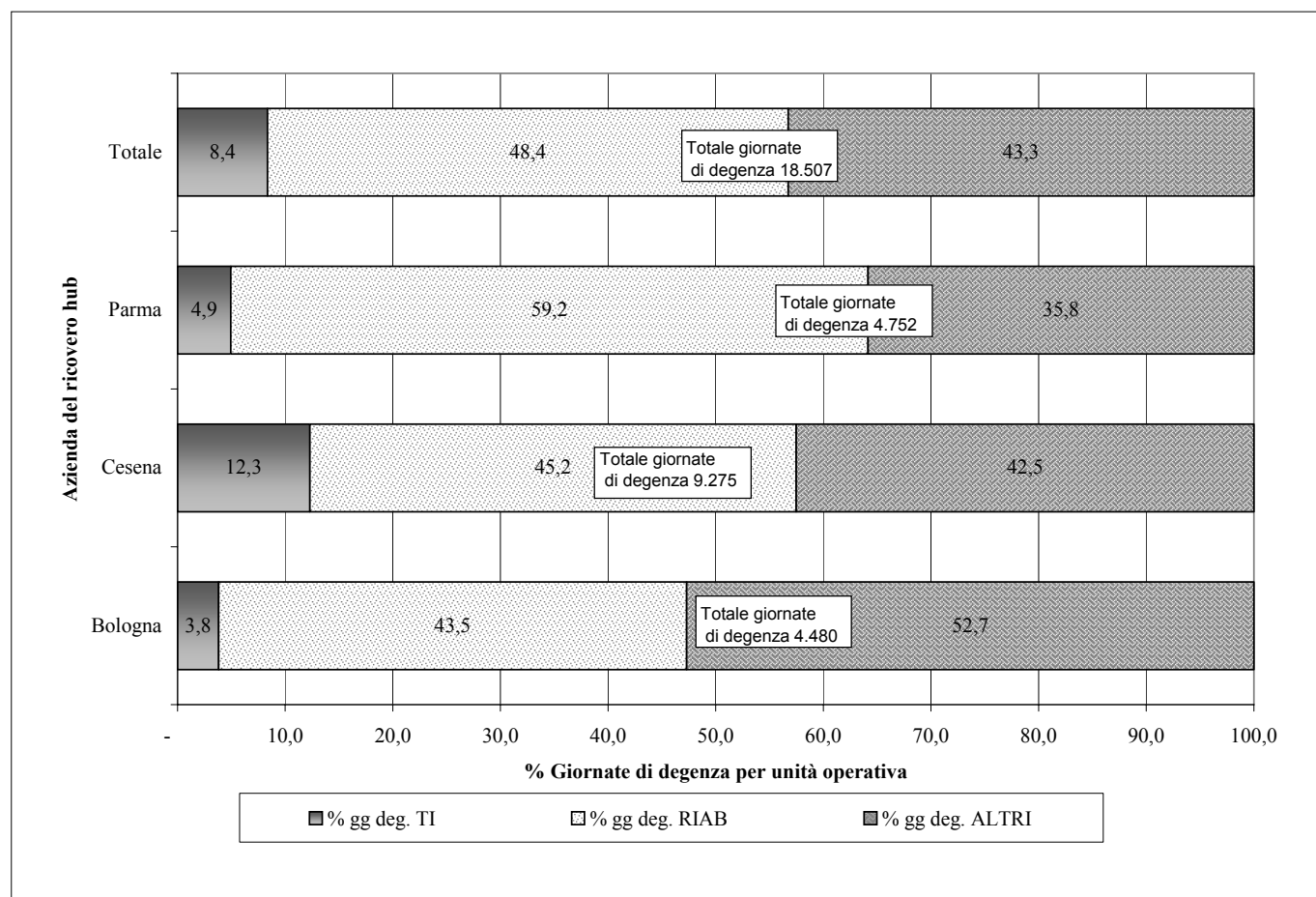
lità di strutture e di unità operative (**grafico 7**): in termini di giornate di degenza sono coinvolti soprattutto i reparti di riabilitazione (48%) e in misura minore i reparti di terapia intensiva (8%); è significativo anche il ricorso alle altre unità operative (43%), di cui circa la metà delle giornate di degenza si concentra nelle unità spinali presenti in due centri della regione (Presidi di Montecatone e Val d'Arda). Nello specifico, però, i tre *hub* ricorrono in modo diverso alle unità operative degli ospedali regionali: i pazienti assistiti durante il ricovero indice nell'ospedale *hub* di Cesena continuano in parte le cure presso le terapie intensive situate nella regione (12%), mentre solo una percentuale ridotta dei pazienti trattati negli *hub* di Bologna e Parma si rivolge nella fase acuta alle altre strutture (rispettivamente il 4% e il 5%). Diversamente, per le cure riabilitative i pazienti trattati inizialmente nell'Aosp di

Parma si affidano – in termini percentuali di giornate di degenza – in modo rilevante alle unità operative presenti nel territorio (59%), mentre i pazienti presi in cura negli ospedali *hub* di Bologna e di Cesena si rivolgono meno ai reparti riabilitativi delle altre strutture. L'ospedale Maggiore di Bologna eroga infatti buona parte dell'assistenza riabilitativa al proprio interno già durante il ricovero indice.

Se si considera la rete *hub and spoke* emerge un diverso grado di interdipendenza nella gestione dei pazienti vittime di traumi gravi fra i vari nodi: nella fase post ricovero indice, i pazienti trattati nell'*hub* di Bologna si rivolgono per i contatti successivi quasi esclusivamente a strutture del medesimo SIAT (95%) e soprattutto a quelle pubbliche situate nella provincia di Bologna. Anche i pazienti ricoverati nell'*hub* di Cesena si affidano in prevalenza alle strutture del me-

Grafico 7

Percorso assistenziale (trasferimenti e ricoveri successivi). Giornate di degenza per unità operativa



desimo SIAT (80%), ma si distribuiscono maggiormente sul territorio e solo un paziente su tre continua le cure presso le strutture dell'Azienda sanitaria di Cesena. Inoltre, il 20% dei trasferimenti e ricoveri successivi avviene nelle strutture al di fuori del SIAT e in particolare presso l'istituto di Montecatone (13%), appartenente al SIAT Emilia Orientale. Infine, i pazienti ricoverati nell'*hub* di Parma proseguono nel 88% dei casi le cure presso gli ospedali, pubblici e privati, del medesimo SIAT, in prevalenza parmensi e piacentini.

Oltre ad esaminare gli aspetti organizzativi del modello *hub and spoke*, si è stimato – secondo le due metodologie descritte nel paragrafo materiali e metodi – anche l'impatto economico dell'attività sugli altri ospedali della regione (tabella 8). In particolare, il costo complessivo relativo ai pre-ricoveri, ai trasferimenti ed ai ricoveri successivi ammonta a 8,05 milioni di euro: 4,6 milioni di € per l'assistenza dei pazienti inizialmente ricoverati all'ospedale *hub* di Cesena, 1,8 milioni di € per quelli di Bologna e 1,7 milioni di € per quelli di Parma.

In termini di costo incidono principalmente i trasferimenti (6,5 milioni di €) ed in modo particolare quello immediatamente successivo al ricovero indice. Questo vale soprattutto per Cesena, dove i trasferimenti rappresentano l'88% dei costi del percorso assistenziale, mentre a Bologna e Parma pesano in modo più significativo i ricoveri successivi, rispettivamente per il 31% e per il 27% dei costi.

Se si considera invece la tipologia di struttura, emerge che la maggior parte dell'assi-

stenza e quindi anche del costo del percorso grava sugli *spoke* pubblici situati nel medesimo SIAT (5,3 milioni di €). Anche in questo caso si riscontrano alcune disomogeneità fra le tre realtà: Bologna si avvale quasi esclusivamente di strutture pubbliche del medesimo SIAT e l'impatto economico ricade per il 93% su di esse. A Cesena invece le strutture pubbliche del medesimo SIAT assorbono poco più della metà dei costi del percorso, mentre le strutture al di fuori del SIAT di riferimento sostengono circa un terzo dei costi dell'assistenza successiva al ricovero indice. Diversamente, l'Aosp di Parma grava in termini di costo prevalentemente sugli ospedali pubblici presenti nel territorio del SIAT e in ugual misura sia sulle strutture private che sugli ospedali non appartenenti al SIAT.

Infine, focalizzando l'analisi sui reparti emerge un diverso coinvolgimento dei medesimi nel percorso assistenziale post ricovero indice e quindi anche una diversa distribuzione dei costi: le unità operative di terapia intensiva assorbono il 27% delle risorse; le unità riabilitative e gli altri reparti contribuiscono invece, analogamente al costo, rispettivamente con il 37% e 36%. Questo quadro cambia però in maniera considerevole quando si considerano i singoli SIAT: per i pazienti dimessi da Cesena il costo dell'assistenza si ripartisce in parti sostanzialmente uguali fra le unità operative analizzate, per quelli di Bologna il costo complessivo relativo alla degenza nei reparti di terapia intensiva nella fase post ricovero indice è relativamente basso (13%) risultando invece significativo nelle altre due tipologie di unità operative (rispettivamente oltre il 40% dei costi). Per

	Ricovero Indice (*)	Strutture pubbliche del SIAT (*)	Strutture private del SIAT (*)	Fuori SIAT (*)	Totale follow up (*)	Totale assistenza (*)	Costo medio
	a	b	c	d	e = b + c + d	f = a + e	
Bologna	4,7	1,7	0,0	0,1	1,8	6,5	39.508
Cesena	4,1	2,6	0,4	1,6	4,6	8,7	49.203
Parma	3,6	1,1	0,3	0,3	1,7	5,3	32.637
Totale	12,4	5,3	0,7	2,0	8,0	20,4	40.690

(*) Espresso in milioni di euro.

Tabella 8
Episodio assistenziale.
Costo complessivo

Parma, infine, incidono in termini di costo principalmente i reparti riabilitativi (45%) e in misura minore gli altri reparti (38%) e la terapia intensiva (17%).

Complessivamente il costo globale dell'episodio assistenziale per i pazienti con trauma grave trattati in Emilia-Romagna ammonta a oltre 20 milioni di € (tabella 8) così ripartiti: 12,4 milioni di € per i ricoveri indice e 8,0 milioni di € per le fasi del *follow up*, con un diverso impatto economico sulle diverse strutture e sulle unità operative coinvolte. I pazienti ricoverati inizialmente nell'*hub* di Cesena assorbono più risorse (8,7 milioni di €) rispetto alle altre due realtà. In particolare, i traumatizzati trattati nell'*hub* di Bologna concentrano le cure soprattutto nel ricovero indice e quindi presentano il costo più elevato per tale fase dell'assistenza (4,7 milioni di €). Infine, il costo globale risulta più ridotto per i pazienti curati in un primo momento nell'Aosp di Parma.

Queste differenze si riflettono anche nel costo *pro die* per paziente: a livello regionale è di 695 €, mentre ammonta a 730 € al giorno per i pazienti ricoverati inizialmente presso l'ospedale *hub* di Cesena, 671 € al giorno per quelli trattati nell'*hub* di Bologna e 674 € per quelli assistiti nell'*hub* di Parma.

Infine, il costo medio del paziente ammonta a livello regionale a 40.690 € e il costo mediano a 27.959 €, con notevoli differenze fra i pazienti ricoverati nei tre *hub*: Cesena sopporta il costo medio più elevato (49.203 €) e Parma quello minore (32.637 €).

8. Riflessioni conclusive

L'analisi condotta nei tre SIAT regionali fornisce una visione di insieme delle modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera ai grandi traumi in applicazione del modello *hub and spoke* e permette di determinare il costo complessivo del sistema dopo i primi anni di funzionamento.

L'interesse per il programmatore regionale è però anche quello di confrontare le disomogeneità che emergono tra i tre SIAT in termini di offerta (definizione dei bacini di utenza, disponibilità di posti letto di Terapia intensiva) e di organizzazione dei trattamenti oltre che di impatto economico dei Trauma center sugli ospedali *hub* e sulla intera regione.

Si commentano di seguito i principali risultati dell'analisi rispetto alla casistica trattata, ai costi per paziente e alla descrizione e valorizzazione del percorso assistenziale.

In primo luogo si è riscontrata una notevole variabilità tra i SIAT nella durata media di degenza del ricovero indice (15 a Cesena, 19 a Parma e 32 a Bologna) e nelle principali modalità di dimissione per i pazienti ricoverati. Tali differenze sono riconducibili non solo alla gravità della casistica, ma anche alla diversa organizzazione del percorso assistenziale e alle caratteristiche di funzionamento ed integrazione del sistema *hub and spoke*: il valore massimo di Bologna è dovuto al fatto che i) buona parte della riabilitazione viene effettuata nell'ospedale *hub* e ii) questo tende a trattenere i ricoverati nell'*hub* anziché trasferirli appena stabilizzati agli altri presidi. L'*hub* di Cesena, al contrario, quando le condizioni cliniche risultano non più critiche, trasferisce il traumatizzato alle strutture *spoke* e l'Aosp di Parma adotta un comportamento intermedio. Diversa è altresì la distribuzione della provenienza dei pazienti trattati nell'*hub*, pur risiedendo la maggior parte dei ricoverati nelle aziende Usl appartenenti al medesimo SIAT.

In secondo luogo, l'analisi dei costi mostra una certa discordanza dei valori economici tra i tre *hub* per il ricovero indice sia relativamente al costo complessivo dell'assistenza che al costo mediano: i valori sono più elevati a Bologna, intermedi a Cesena e inferiori a Parma. Queste differenze non sembrano imputabili alla gravità dei pazienti, ma riflettono la diversa organizzazione delle reti SIAT, determinate in parte dalle specifiche dotazioni strutturali di ciascun *hub*. Come già sottolineato, le degenze prolungate presso l'*hub* bolognese contribuiscono a determinare costi complessivi maggiori, mentre i valori minori che si registrano nell'Aosp di Parma sono in parte probabilmente dovuti ad una sottostima di alcune voci di costo. Se si considera invece la distribuzione di giornate di degenza tra i reparti, si nota che questa influisce nel determinare il costo medio giornaliero più elevato nell'*hub* di Cesena (1.571 € vs. 903 € di Bologna): tale ospedale, infatti, limita il ricovero indice alla fase acuta coinvolgendo prevalentemente il reparto di terapia intensiva. Le caratteristiche del ricovero, infine, determinano anche la diver-

sa composizione dei costi complessivi per centro di responsabilità: a Bologna il peso degli altri reparti (unità operative per acuti) sul totale dei costi è notevolmente superiore (19%), rispetto agli altri due *hub* (Cesena 4% e Parma 10%).

La terapia intensiva riveste un ruolo predominante nell'assistenza ai pazienti politraumatizzati, confermando quanto indicato dalla letteratura. Tale considerazione è dimostrata dalla distribuzione dei costi tra le diverse unità operative degli *hub*: il 71% delle risorse sul totale dei costi è assorbito dal reparto, caratterizzato da un'elevata intensità di lavoro (53% sui costi totali).

Si può inoltre affermare che il confronto tra costi e ricavi dei Trauma center analizzati conferma i risultati riportati da altri lavori, cioè che per la maggior parte dei casi trattati la tariffa Drg non risulta remunerativa dei costi sostenuti. In realtà, da un primo confronto complessivo emerge che i costi stimati per ricovero indice ammontano a 12,4 milioni di euro contro una remunerazione totale, valorizzando la casistica secondo le tariffe Drg adottate dalla regione, pari a 12,5 milioni di euro, ma ciò è determinato dal Drg 483 (tracheotomia temporanea), caratterizzato da una frequenza elevata (36%), unita ad una tariffa significativamente superiore alla stima del costo medio. Se si ipotizza l'esclusione del Drg 483 i risultati dell'analisi cambiano: si determina cioè un disavanzo complessivo di oltre due milioni di euro, in quanto, ad eccezione di una decina di Drg diversamente distribuiti tra gli *hub*, i restanti Drg non remunerano adeguatamente le strutture erogatrici. Esula dallo scopo del presente lavoro valutare l'appropriatezza della relativa procedura, poiché la frequenza osservata dei valori richiederebbe ulteriori approfondimenti sul suo corretto utilizzo sulla base di valutazioni cliniche, ma non si può omettere per il futuro la considerazione di un eventuale effetto di induzione ad effettuare tracheotomie determinato dall'elevato valore della tariffa Drg specifica.

L'esame del percorso assistenziale evidenzia che l'interdipendenza fra l'ospedale *hub* e gli altri ospedali regionali è più o meno significativa a seconda della realtà analizzata: il ricorso ad altre strutture è maggiore da parte dell'*hub* romagnolo rispetto a quelli del SIAT dell'Emilia Orientale e Occidentale.

Ciò mette in rilievo una migliore integrazione della rete SIAT tra le strutture romagnole: probabilmente sull'applicazione del modello influiscono aspetti storici (tipologie strutturali diverse di ospedali) e dinamiche relazionali più o meno efficaci. Anche per le cure ospedaliere successive al ricovero indice i tre *hub* ricorrono in modo diverso alle unità operative degli ospedali regionali: i pazienti assistiti durante il ricovero indice nell'ospedale *hub* di Cesena continuano in parte le cure presso le terapie intensive situate nella regione (12%), mentre solo una percentuale ridotta dei pazienti trattati negli *hub* di Bologna e Parma si rivolge nella fase acuta alle altre strutture regionali (rispettivamente il 4% e il 5%).

La determinazione dell'impatto economico dell'attività degli *hub* sulla rete ospedaliera mostra come il costo complessivo, relativo ai pre-ricoveri e al *follow up* (trasferimenti e ricoveri successivi) ammonta a 8,1 milioni di € con una notevole variabilità tra i tre ospedali: 4,6 milioni di € per l'assistenza dei pazienti inizialmente ricoverati all'ospedale *hub* di Cesena, 1,8 milioni di € per quelli di Bologna e 1,7 milioni di € per quelli di Parma. Il valore cospicuo di Cesena è riferito all'incidenza dei trasferimenti immediatamente dopo il ricovero indice, che rappresentano l'88% dei costi del percorso assistenziale. Se si considera invece la tipologia di struttura, emerge che la maggior parte dell'assistenza e quindi anche del costo del percorso grava sugli ospedali pubblici situati nel medesimo SIAT (5,3 milioni di €).

Complessivamente il costo globale dell'episodio assistenziale per i pazienti con trauma grave trattati in Emilia-Romagna ammonta a oltre 20 milioni di € così ripartiti: 12,4 milioni di € per i ricoveri indice e 8,0 milioni di € per le fasi del *follow up*, con un diverso impatto economico sulle diverse strutture e sulle unità operative coinvolte. I pazienti ricoverati inizialmente nell'*hub* di Cesena assorbono più risorse (8,7 milioni di €) rispetto alle altre due realtà. In particolare, i traumatizzati trattati nell'*hub* di Bologna concentrano le cure soprattutto nel ricovero indice e quindi presentano il costo più elevato per tale fase dell'assistenza (4,7 milioni di €).

Per tracciare un quadro economico esauritivo dell'assistenza ai traumatizzati gravi

sarebbe opportuno considerare anche altri aspetti, spesso citati in letteratura (Lattuada *et al.*, 2000, Pitidis *et al.*, 1999 e Taheri *et al.*, 2004), ma presenti solo in pochi studi. Innanzi tutto occorrono studi più completi che considerino i costi complessivi, comprensivi di trattamenti pre-clinici, clinici e riabilitativi di lungo termine, generalmente non inclusi. In secondo luogo sarebbe opportuno focalizzarsi anche sui costi umani del trauma. Tali costi possono essere definiti come il valore delle risorse necessarie per ridurre il rischio di perdita di speranza di vita, di sofferenza mentale e fisica, di diminuzione della qualità di vita e di danno estetico permanente⁷. È necessario infine determinare i costi di attesa, intesi come risorse finanziarie necessarie a fronteggiare una domanda non programmabile. La loro quantificazione è però complessa e solo raramente affrontata da lavori (ad esempio statunitensi) diffusi in letteratura, che utilizzano questionari, somministrati ai professionisti dei Trauma center, che difficilmente sono adattabili alla realtà italiana. Il livello di impegno e di aspettativa che la comunità ripone nell'attività di assistenza ai traumi obbligano i Trauma center ad effettuare considerevoli investimenti nel finanziamento della funzione di attesa (attivazione delle guardie mediche ed infermieristiche, pronte disponibilità, ulteriore capacità produttiva), con costi non rilevati dai tradizionali sistemi di contabilità e quindi estremamente difficili da compensare con gli attuali sistemi di rimborso.

In conclusione, l'analisi e la valorizzazione del percorso assistenziale (episodio di cura primario e ricoveri successivi) di tutti i pazienti appartenenti alla popolazione in studio ha evidenziato un'interdipendenza, più o meno significativa, dei vari nodi con il resto della rete sia per i trasferimenti immediatamente successivi al ricovero indice che per gli eventuali ricoveri dal domicilio. Le strutture appartenenti ai SIAT nella gestione del paziente grave infatti, se pur con notevoli diversità, cooperano, si integrano, attuano relazioni funzionali assicurando la continuità dell'assistenza e contribuendo al funzionamento del sistema complessivo.

La metodologia adottata è stata complessa e nuova e, proprio per garantirne l'omogeneità di applicazione, è stata concordata con i clinici e gli operatori delle aziende coinvol-

te. La complessità del processo di selezione dei pazienti da analizzare e della raccolta delle informazioni dalle cartelle cliniche ha richiesto al gruppo di lavoro tempo e continuità in tutte le fasi (definizione dei criteri di scelta delle principali informazioni da rilevare e valorizzare, integrazione di dati specifici, interpretazione e discussione dei risultati). Il rigore metodologico ha portato ad evidenziare risultati in linea con altri studi disponibili nella letteratura soprattutto internazionale. Le ulteriori riflessioni spetteranno ora ai *policy maker* che, sulla base di questo studio preliminare, potranno valutare come procedere in termini di miglioramento o di revisione sia dell'operatività organizzativa del sistema che dei relativi meccanismi di finanziamento.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare per i suggerimenti e supporto forniti Francesco Taroni (Direttore scientifico dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna) e, per l'indispensabile contributo nella realizzazione del progetto, i professionisti componenti del gruppo di lavoro e gli operatori coinvolti: Virna Valmori (Direttore di Presidio), Giuseppe Sabia (U.O. di Anestesia e Rianimazione), Chiara Benedetti (Direzione sanitaria), Franco Servadei (Direttore dell'U.O. di Neurochirurgia per la traumatologia), Luigi Targa (Direttore dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione), Magda Marchini (Controllo di gestione) dell'*AUSL di Cesena*; Giovanni Gordini (Responsabile del Trauma System), Francesco Cancellieri (Responsabile dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione), Giorgio Gambale (Responsabile del Trauma Service), Patrizia Ferrari (U.O. di Anestesia e Rianimazione), Paola Bardasi (Controllo di gestione), Annamaria Petrini (Controllo di gestione), Fabio Ferrari (Controllo di gestione) dell'*AUSL di Bologna*; Mario Mergoni (Direttore 1^a Anestesia-Rianimazione e Centrale Operativa), Antonella Vezzani (U.O. di Anestesia e Rianimazione), Chiara Gibertoni (Controllo gestione), Emanuela Zambonardi (Controllo gestione) dell'*Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma*.

Note

1. Ad esempio, cardiocirurgia e cardiologia interventistica, neuroscienze, trapianti, grandi ustionati, riabilitazione intensiva, grandi traumi, sistema delle emergenze-urgenze, ecc. Recentemente la rete di assistenza *hub and spoke* è stata istituita anche per la diagnosi e cura delle glicogenosi e della fibrosi cistica.
2. Deliberazione del Consiglio regionale n. 1235 del 22 settembre 1999 di approvazione del Piano sanitario regionale per il triennio 1999-2001, del. G.R. n. 556 del 1° marzo 2000 «Il ruolo della rete ospedaliera regionale. Approvazione di linee guida per l'attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001», del. G.R.

- n. 1267 del 22 luglio 2002 «Piano sanitario regionale 1999-2001. Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello *hub and spoke*».
3. L'Iss è costruito sulla base di una trasformazione quadratica dei dati tratti dalla quantificazione della presenza e gravità delle lesioni in base alla scala Ais. Quest'ultima consiste nell'assegnare un punteggio da 1 a 6 (in ordine crescente da minore a massimo) alle lesioni presenti in otto regioni del corpo (Testa, Volto, Collo, Torace, Addome, Colonna Vertebrale, Arti superiori ed inferiori). Nella costruzione dell'Iss si considera la somma dei quadrati delle tre regioni (Testa e collo, Volto, Torace, Contenuto pelvico e/o addominale, Estremità e/o cingolo pelvico, Area esterna) del corpo più interessate al trauma. L'Iss assume valori nell'intervallo 0-75 (in ordine crescente da lesione minore a lesione mortale). Pazienti con Iss >15 sono ritenuti particolarmente gravi (<http://www.trauma.org/scores/iss.html>).
 4. Rispetto al periodo oggetto di studio si sono verificati alcuni cambiamenti all'interno del modello *hub and spoke*: nel 2006 è stata attivata presso l'ospedale Maggiore di Bologna l'Unità operativa di Neurochirurgia d'urgenza e del trauma, superando così il precedente assetto che invece prevedeva il coinvolgimento dell'équipe neurochirurgica, proveniente dal Bellaria (struttura appartenente al medesimo presidio, ma dislocata altrove), solo nella fase dell'intervento in emergenza. Inoltre, negli ultimi anni l'Azienda ospedaliera di Parma ha portato avanti al proprio interno una complessa ristrutturazione e riorganizzazione che ha favorito una maggiore integrazione fra le varie funzioni; nel 2005 il cosiddetto «monoblocco» è stato ampliato con l'Ala A, che racchiude – oltre alla nuova terapia intensiva – anche l'otorinolaringoiatria, la chirurgia maxillo facciale, la dermatologia, la chirurgia plastica e il centro ustioni.
 5. Esistono 3 stadi di gravità: 1 (problemi di gravità minima, limitata alla sede di insorgenza della malattia), 2 (condizioni a diffusione locale o locale-regionale, con rischio di complicazioni significative), 3 (condizioni con interessamento di 1 o più organi o con complicanze sistematiche, a prognosi molto grave).
 6. Il test di Wilcoxon è un test non parametrico che valuta la significatività statistica delle differenze osservate nelle distribuzioni di campioni non indipendenti con andamento non normale.
 7. Tra i metodi di calcolo dei costi umani i più diffusi a livello internazionale sono quelli indiretti, che impiegano i Pyll (Anni Potenziali di Vita perduta) o i Dalys (Anni di Vita Pesati per la Disabilità).

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

- BERTOLINI G., ROSSI C., BRAZZI L. (a cura di) (1991), *Rapporto di ricerca - Progetto costi delle terapie intensive - Sottoprogetto Costi-Paziente*, GiViTi-Gruppo Italiano Per La Valutazione Degli Interventi In Terapia Intensiva.
- BRACKSTONE M., DOIG G.S., GIROTTI M.J. (2002), «Surgical case costing: trauma is underfunded according to resource intensity weights», *Canadian journal of surgery*, 45(1), pp. 57-62.
- COMMITTEE ON TRAUMA (1999), «Resources for optimal care of the injured patient», American College Of Surgeons. Chicago.
- GONNELLA J.S., HORN BROOK M.C., LOUIS D.Z. (1984), «Staging of Disease: A Casemix Measurement», *The Journal of the American Medical Association*, 25, pp. 637-644.
- GROTZ M., SCHWERMANN T., LEFERING R., RUCHHOLTZ S., GRAF V.D., SCHULENBURG J.M., KRETTEK C., PAPE H.C. (2004), «G-Drg reimbursement for polytrauma patients – a comparison with the comprehensive hospital costs using the German trauma registry», *Unfallchirurg*; 107(1), pp. 68-75.
- LATTUADA L., BURBA I., FRANCESCUTI C., NARDI G., SCIAN F., MICHELUTTO V., SANSON G., DI BARTOLOMEO S. (2000), «Epidemiologia dei traumi gravi nella popolazione del Friuli-Venezia Giulia», *Tendenze nuove*, n. 17, pp. 69-79.
- LUMPKIN M.F., JUDKINS D.G., PORTER J.M., WILLIAMS M.D. (2004), «Surgeon reimbursement for trauma care», *The American Journal of Surgery*, 188, pp. 767-771.
- MACKENZIE E.J., RIVARA F.P., JURKOVICH G.J., NATHENSA B., FREY K.P., EGGLESTON B.L., SALVEKER D.S., SCHARFSTEIN D.O. (2006), «A national evaluation of the effect of Trauma-center care on mortality», *The New England Journal of Medicine*, 354, pp. 366-378.
- MACKENZIE E.J., STEINWACHS D.M., RAMZY A.I., ASHWORTH J.W., SHANKAR B. (1991), «Trauma case mix and hospital payment: the potential for refining Drgs», *Health services research*, 26(1), pp. 5-26.
- NATHENS A.B., JURKOVICH G.J., MAIER R.V., GROSSMAN D.C., MACKENZIE E.J., MOORE M., RIVARA F.P. (2001), «Relationship between trauma center volume and outcomes», *The journal of the American Medical Association*, 285, pp. 1164-1171.
- O'KEEFE G.E., JURKOVICH G.J., MAIER R.V. (1999), «Defining excess resource utilization and identifying associated factors for trauma victims», *The journal of trauma*, 46(3), pp. 473-478.
- OBERTACKER U., NEUDECK F., WIHS H.J., SCHMIT-NEUBURG K.P. (1997), «Cost analysis of primary care and intensive care treatment of multiple trauma patients», *Unfallchirurg*, 100(1), pp. 44-49.
- PITTDIS A., TAGGI G., PALAZZO F. (1999), «I costi umani dei traumi», *Atti della 55ª Conferenza del traffico e della Circolazione*, Riva del Garda, pp. 261-267.
- ROSCH M., KLOSE T., LEIDL R., GEBHARD F., KINZL L., EBINGER T. (2000), «Cost analysis of the treatment

- of patients with multiple trauma», *Unfallchirurg*, 103 (8), pp. 632-639.
- ROSSI C., SIMINI B., ROSSI G., RADRIZZANI D., IAPICHINO G., BERTOLINI G. (2006), «Variable costs of ICU patients: a multicenter prospective study», *Intensive Care Medicine*, 32(4), pp. 545-552.
- SCHWERMANN T., GROTZ M., RUCHHOLTZ S., LEFERING L., V.D SCHULENBURG J.M., KRETTEK C., PAPE H.C. (2004), «Evaluation of costs incurred for patients with multiple trauma particularly from the perspective of the hospital», *Unfallchirurg*, 107 (7), pp. 563-574.
- SCHMELZ A., ZIEGLER D., BECK A., KINZL L., GEBHARD F. (2002), «Costs for acute, stationary treatment of polytrauma patients», *Unfallchirurg*; 105(11), pp. 1043-1048.
- SARTORELLI K.H., ROGERS F.B., OSLER T.M., SHACKFORD S.R., COHEN M., VANE D.W. (1999), «Financial aspects of providing trauma care at the extremes of life», *The journal of trauma*, 46(3), pp. 483-487.
- SIEGEL J.H., SHAFI S., GOODARZI S., DISCHINGER P.C. (1994), «A quantitative method for cost reimbursement and length of stay quality assurance in multiple trauma patients», *The journal of Trauma*, 37(6), pp. 928-937.
- STEVENS V.G., HIBBERT C.L., EDBROOKE D.L. (1998), «Evaluation of proposed casemix criteria as a basis for costing patients in the adult general intensive care units», *Anaesthesia*, 53, pp. 944-950.
- TAHERI P.A., BUTZ D.A., GREENFIELD L.J. (2000), «Length of stay has minimal impact on the cost of hospital admission», *The journal of American College of Surgeons*, 191(2), pp. 123-130.
- TAHERI P.A., BUTZ D.A., LOTTENBERG L., CLAWSON A., FLINT L.M. (2004), «The cost of trauma center readiness», *American journal of surgery*, 187 (1), pp. 7-13.
- TARONI F. (1996), *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- THOMAS S.H., ORF J., PETERSON C., WEDEL S.K. (2000), «Frequency and costs of laboratory and radiograph repetition in trauma patients undergoing interfacility transfer», *American journal of emergency medicine*, 18, 2, pp. 156-158.

La sostenibilità finanziaria del sistema sanitario negli Stati Uniti: il programma Medicare

FRANCESCO SPADAFORA

In contrast with the higher public attention to the financial strains of the Social Security System, the most urgent pressures on the U.S. federal budget in the coming years arise from the Medicare program. According to the Congressional Budget Office, Medicare expenditure, as a ratio of total federal spending, is expected to increase from 13.5 percent in 2005 to 18.4 percent in 2012 (from 2.7 to 3.5 as a ratio of GDP). A major contribution comes from a new Medicare component, the Prescription Drug Benefit, which provides financial assistance with drug benefit premiums and cost sharing to beneficiaries with low incomes: between 2006 and 2012, the additional spending on pharmaceuticals due to new Medicare component will account for 37.5 percent of total increase in Medicare expenditure financed by the Federal budget.

Furthermore, following the introduction of the Prescription Drug Benefit, general revenues become Medicare's largest source of financing, replacing payroll taxes in this primacy.

Note sull'autore

Francesco Spadafora, Banca d'Italia, Ambasciata d'Italia in Washington, DC. Le opinioni espresse sono esclusivamente quelle dell'autore e non impegnano in alcun modo la responsabilità dell'Istituto di appartenenza

1. Introduzione

Il sistema sanitario degli Stati Uniti offre prestazioni qualitative tra le migliori al mondo, favorite dallo sviluppo e dalla rapida applicazione di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche; esso, tuttavia, si caratterizza altresì per una struttura particolarmente complessa e per l'elevatezza dei costi di funzionamento.

In base alle statistiche dell'OCSE (2005), nel 2003 la spesa sanitaria totale del Paese ammontava al 15,5 per cento del Pil, la percentuale più elevata tra i Paesi membri dell'OCSE, per i quali tale spesa era pari in media all'8,6 per cento del Pil (8,4 per cento in Italia). Il primato degli Stati Uniti riguarda anche la spesa sanitaria *pro capite* (corretta per la parità del potere d'acquisto), pari a 5.635 dollari nel 2003, contro una media di 2.307 dollari per i Paesi OCSE (2.258 dollari in Italia). Tra il 1998 e il 2003, il tasso di crescita (in termini reali) della spesa sanitaria *pro capite* è stato pari (in media) al 4,6 per cento annuo, in linea con il valore medio del 4,5 per cento per i Paesi OCSE (3,1 per cento in Italia)¹.

Il sistema sanitario degli Stati Uniti si caratterizza altresì per la prevalenza della componente privata, data l'assenza di forme universali di copertura sanitaria (unico caso tra i Paesi OCSE, insieme a Messico e Corea). Negli Stati Uniti, infatti, la spesa sanitaria finanziata da fonti private raggiunge la percentuale più elevata, pari al 54 per cento nel 2005 (tabella 1), di cui il 36 per cento attraverso piani assicurativi. Specularmente, la componente pubblica della spesa sanitaria (46 per cento) è la più bassa tra i Paesi OCSE, per i quali nel 2003 tale valore era

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Caratteristiche del programma Medicare
3. Sostenibilità finanziaria del programma Medicare
4. Conseguenze finanziarie del nuovo *prescription drug benefit*
5. Conclusioni

pari in media al 72 per cento (75 per cento in Italia).

In termini di popolazione, secondo i dati dell'*U.S. Census Bureau* (2005, p. 19, figura 6)², nel 2004 la componente privata del sistema sanitario ha coperto il 68 per cento degli americani, in misura prevalente (60 per cento) mediante programmi assicurativi finanziati dai datori di lavoro (*employment-based health insurance*) e offerti da diversi tipi di *providers* privati (*Health Management Organizations, Preferred Provider Organizations, Point-of-sales (POS) plans*)³.

Nonostante la prevalenza delle forme sanitarie private, la componente pubblica del sistema statunitense assume comunque dimensioni significative, assistendo il 27,2 per cento degli americani (79,1 milioni di individui). Ciò si verifica essenzialmente attraverso i programmi *Medicare* (13,7 per cento della popolazione), a favore delle per-

sone anziane e disabili, e *Medicaid* (12,9 per cento), che assiste le fasce di popolazione a più basso reddito. Infine, circa 45,8 milioni di persone (15,7 per cento della popolazione) risultano privi di alcuna forma di assicurazione sanitaria⁴.

Alla pari di numerosi altri Paesi industrializzati, negli Stati Uniti gli aumenti dei prezzi e dei volumi dei servizi sanitari, unitamente agli andamenti prospettici delle variabili demografiche⁵ (relativamente più favorevoli rispetto a molti Paesi europei), determinano crescenti pressioni sulla sostenibilità finanziaria dei sistemi assistenziali nel medio-lungo termine.

In particolare, secondo i dati dei *Centers for Medicare and Medicaid Services* (tabella 1), l'ente pubblico responsabile dell'amministrazione e gestione dei programmi sanitari federali, nel periodo 2006-2012 il tasso di crescita medio annuo (nominale) della spesa

Tabella 1

Composizione della *National Health Expenditure: 2000-2012* (miliardi di dollari)

Fonte: Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Care Expenditure Projections: 2004-2014.

Le somme possono non corrispondere ai totali a causa di arrotondamenti

	2000	2005 (a)	2006 (a)	2012 (a)	var. % media annua	
					2000-2005	2006-2012
Spesa sanitaria nazionale totale	1.309,9	1.936,5	2.077,5	3.146,3	8,1	7,2
in % del PIL	13,3	15,6	16,0	18,0		
<i>Componente privata</i>	717,5	1.045,3	1.078,0	1.614,6	7,8	7,0
in % della spesa totale	54,8	54,0	51,9	51,3		
– out-of-pocket payments	193,1	261,8	257,7	384,6	6,3	6,9
in % della spesa totale	14,7	13,5	12,4	12,2		
– private health insurance	450,6	690,5	722,0	1.088,5	8,9	7,1
in % della spesa totale	34,4	35,7	34,8	34,6		
<i>Componente pubblica</i>	592,4	891,3	999,5	1.531,8	8,5	7,4
in % della spesa totale	45,2	46,0	48,1	48,7		
– federale	416,0	627,2	730,7	1.116,3	8,6	7,3
in % della spesa totale	31,8	32,4	35,2	35,5		
– statale e locale	176,4	264,3	275,0	425,9	8,4	7,6
in % della spesa totale	13,5	13,6	13,2	13,5		
<i>Medicare</i> (b)	224,5	332,3	424,8	638,9	8,2	7,0
in % della spesa totale	17,1	17,2	20,4	20,3		
<i>Medicaid</i> (b)	203,4	316,2	321,6	529,1	9,2	8,7
in % della spesa totale	15,5	16,3	15,5	16,8		
<i>Per memoria:</i>						
PIL nominale	9.817	12.376	13.019	17.497	4,7	5,0
PIL reale	9.817	11.218	11.577	13.530	2,7	2,6
popolazione (in milioni)	287	302	304	320	1,0	0,8
PIL reale <i>pro-capite</i>	34.170	37.206	38.056	42.321	1,7	1,8
spesa sanitaria nazionale <i>pro-capite</i>	4.559	6.423	6.829	9.841	7,1	6,3

(a) Proiezioni. (b) Sottosinsiemi della componente pubblica.

sanitaria nazionale dovrebbe restare superiore a quello del Pil (7,2 per cento contro 5,0 per cento)⁶. Di conseguenza, in rapporto al Pil la spesa sanitaria nazionale aumenterebbe dal 15,6 per cento nel 2005 al 18 per cento nel 2012.

In aggiunta, data la previsione di un minore tasso di crescita medio annuo della componente privata rispetto a quello della componente pubblica (rispettivamente, 7,0 e 7,4 per cento), il peso di quest'ultima aumenterebbe dal 46 per cento della spesa totale nel 2005 a quasi il 49 per cento nel 2012.

A causa di tali dinamiche, la componente pubblica del sistema sanitario statunitense è attualmente oggetto di particolare interesse: l'incremento degli oneri finanziari posti a carico del bilancio federale, infatti, si verifica in un contesto in cui quest'ultimo registra già dal 2002 rilevanti disavanzi.

All'interno della componente pubblica, peculiare rilievo assume l'evoluzione attesa della spesa connessa al programma *Medicare*, il cui peso (tabella 1) è previsto in aumento, dal 17 per cento della spesa totale (pubblica e privata) nel 2005 a oltre il 20 per cento nel 2012 (quasi raddoppiando in termini assoluti, da 332 a 639 miliardi). Contrariamente alla maggiore attenzione pubblicamente dedicata ai problemi finanziari del *Social Security System*, la cui riforma costituisce uno dei punti cruciali dell'agenda del Presidente Bush, è quindi *Medicare* ad esercitare le pressioni più urgenti sul bilancio federale.

Ad aumentare tali pressioni ha contribuito l'entrata in vigore (il 1° gennaio 2006) di un nuovo beneficio di *Medicare*, a copertura della spesa per l'acquisto di farmaci, il *prescription drug benefit* (PDB)⁷, introdotto dal *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA), approvato nel dicembre 2003.

Il presente lavoro ha l'obiettivo di analizzare le dinamiche più rilevanti, presenti e prospettiche, ai fini della sostenibilità finanziaria del programma *Medicare*. Tale attenzione si giustifica considerando, tra l'altro, i peculiari rischi per gli equilibri finanziari del programma derivanti dalla prossima acquisizione dei diritti all'assistenza sanitaria pubblica da parte di oltre 75 milioni di persone appartenenti alla generazione cosiddetta dei «*baby boomers*» (i nati tra il 1946 e il 1964). Tale fattore demografico comporta una cre-

scita del numero dei beneficiari di *Medicare* superiore a quella delle persone al lavoro, in conseguenza della quale il rapporto tra queste ultime e i suddetti beneficiari si ridurrà dalle attuali 3,9 unità a 2,4 nel 2030.

Il lavoro è strutturato come segue. Il secondo paragrafo descrive le principali caratteristiche di *Medicare* ed i ruoli svolti dai fornitori privati di servizi sanitari e dalle forme assicurative supplementari all'assistenza pubblica. Nel terzo paragrafo si esaminano gli aspetti finanziari di *Medicare*, evidenziando le fonti finanziarie del programma e le conseguenze sulla fiscalità generale. Il quarto paragrafo tratta gli effetti dell'introduzione del nuovo *prescription drug benefit*, con particolare riferimento alle variazioni indotte sulla composizione (pubblica e privata) della spesa per l'acquisto di farmaci. Il quinto paragrafo, infine, contiene alcune note conclusive.

2. Caratteristiche del programma *Medicare*

Medicare è il programma federale di assicurazione sanitaria a favore degli anziani di età pari o superiore ai 65 anni, dei disabili di lungo termine e di coloro affetti da patologie croniche dell'apparato renale (*end-stage renal disease* - ESRD). Esso fu istituito il 30 luglio 1965 quale Titolo XVIII del *Social Security Act*, il provvedimento con il quale nell'agosto 1935 il Presidente Roosevelt introduceva il sistema previdenziale pubblico.

Nel 2005, *Medicare* ha fornito copertura sanitaria a 42,5 milioni di americani, di cui 35,8 milioni anziani e 6,7 milioni di persone permanentemente disabili. La maggior parte degli anziani accede gratuitamente a *Medicare* (*Part A*), a condizione che essi (o i loro consorti) abbiano titolo ai benefici della *Social Security* (o del *Railroad Retirement*) e abbiano versato contributi calcolati sui redditi da lavoro (*payroll tax contributions*) per almeno 10 anni⁸.

Un'ampia quota (69%) della spesa totale per *Medicare* è ascrivibile ad una porzione relativamente limitata (10%) dei beneficiari, molti dei quali appartengono alle fasce di popolazione a reddito più basso: il 51% dei beneficiari, infatti, ha redditi inferiori al 200% della soglia di povertà (nel 2005 pari

a 19.140 dollari per un *single* e 25.660 per la coppia).

Il programma *Medicare* ha due principali componenti:

1) l'*Hospital Insurance* (o *Medicare Part A*), copre le spese di ricovero ospedaliero (*inpatient hospital*), di assistenza infermieristica professionale (*skilled nursing facility*) e di degenza presso gli ospizi (*hospice care*).

Nel 2005, tale componente ammontava a oltre il 53 per cento della spesa totale per *Medicare*⁹ (tabella 2) ed era finanziata (al 92 per cento) da uno specifico prelievo del 2,9 per cento sui redditi da lavoro (*payroll tax*), suddiviso in parti uguali tra lavoratore dipendente e datore di lavoro (per i lavoratori autonomi è a loro carico l'intero 2,9 per cento).

Nel 2004, 41 milioni di persone avevano titolo al *Medicare Part A*, di cui 35,7 milioni utilizzando la forma di copertura con pagamento diretto del contributo a carico dell'assistito all'atto della prestazione medica (*fee-for-service*) e 5,3 milioni attraverso un piano assicurativo privato, di cui 4,7 aderenti al *Medicare Advantage Plan* (CBO, 2005a);

2) il *Supplementary Medical Insurance*, che si divide a sua volta in *Part B* e *Part D*.

La *Part B*, alla quale possono aderire (su base volontaria) coloro che già hanno titolo alla *Part A*, copre essenzialmente le spese di regolare consulenza medica (*physician fee schedule*) e di assistenza ai pazienti non ricoverati in ospedale (*outpatient*)¹⁰. Nel 2005, tale componente ammontava al 44,8 per cento della spesa totale per *Medicare*¹¹ (tabella 2) ed era finanziata (al 76 per cento) dalla fiscalità generale (*general revenues*) e (al 23 per cento) dai premi a carico dei beneficiari (*beneficiary premiums*).

A partire dal 1° gennaio 2006, gli aderenti alla *Part A* di *Medicare* hanno accesso volontario al nuovo *prescription drug benefit* (o beneficio *Part D*), offerto attraverso piani privati di compagnie assicurative che abbiano previamente contrattato con l'amministrazione *Medicare*.

In particolare, i beneficiari possono scegliere tra due alternative:

– sottoscrivere il solo *prescription drug benefit* e ottenere gli altri benefici dai tradizionali programmi *Medicare*;

– aderire a un *Medicare Advantage plans* (offerto da HMO o PPO) per ottenere tutti i benefici *Medicare* (incluso il PDB)¹².

Nella sua versione standard, il beneficio *Part D* copre il 75 per cento delle spese annue per l'acquisto di farmaci superiori ad una franchigia di 250 dollari e fino ad un limite di 2.250 dollari. Le spese comprese tra tale soglia e 3.600 dollari restano a totale carico dell'assistito, il cosiddetto «buco della ciambella» (*doughnut hole*). Infine, se la spesa a carico dell'assistito supera i 3.600 dollari, il PDB copre il 95 per cento del costo dei farmaci (cosiddetta «catastrophic coverage»).

Nell'ambito del nuovo *prescription drug benefit*, inoltre, *Medicare* fornirà ai beneficiari a reddito più basso un ulteriore sussidio, a copertura dei premi e degli oneri di contribuzione alla spesa per l'acquisto di farmaci (*premium and cost-sharing subsidy*). Il *Department of Health and Human Services* (HHS) stima che 14,4 milioni di persone avranno titolo nel 2006 al suddetto sussidio.

Nel 2006, il nuovo beneficio *Part D* rappresenterà quasi il 19 per cento della spesa totale per *Medicare* (tabella 2) e sarà finanziato principalmente dalla fiscalità generale (78 per cento) e dai premi a carico dei beneficiari (10 per cento), il resto essendo coperto dai contributi dei singoli stati (cosiddetti *clawbacks*).

2.1. Le prestazioni *Medicare* offerte da organizzazioni private

Medicare, infine, comprende una *Part C* (*managed care*), la quale fornisce le prestazioni delle parti A e B (e opzionalmente della parte D) attraverso piani di assicurazione sanitaria offerti dalle organizzazioni (*providers*) che costituiscono la componente privata del sistema sanitario.

Nel 2004, 5,3 milioni di persone aderivano alla *Part C* (di cui 4,7 milioni attraverso il *Medicare Advantage Plan*); nel 2005, tale componente ammonta al 19 per cento della spesa *Medicare* lorda a carico del bilancio federale (tabella 3).

Più in generale, nell'ambito della cosiddetta «assistenza sanitaria gestita» (*man-*

Tabella 2

Benefici *Medicare* e relative fonti di finanziamento negli anni 2000-2012

Fonte: Board of Trustees, 2005. Le somme possono non corrispondere ai totali a causa di arrotondamenti

	2000	2005 (a)	2006 (a)	2012 (a)	Var. % media annua	
	ENTRATE				2000-2005	2006-2012
TOTALI <i>in % del PIL</i>	257,1 2,6	356,8 2,9	462,6 3,6	650,2 3,7	6,8	5,8
Parte A: Hospital Insurance (HI) <i>in % delle entrate totali</i>	167,2 65,0	195,0 54,7	206,6 44,7	281,9 43,4	3,1	5,3
di cui: Payroll taxes <i>in % delle entrate totali</i>	144,4 56,2	167,8 47,0	178,1 38,5	240,0 36,9	3,0	5,1
<i>in % delle spese totali</i>	65,1	49,0	40,7	37,0		
Parti B e D: Supplementary Medical Insurance (SMI) <i>in % delle entrate totali</i>	89,9 35,0	161,8 45,3	256,0 55,3	368,3 56,6	12,5	6,2
di cui: Premi a carico dei beneficiari <i>in % delle entrate totali</i>	20,6 8,0	37,2 10,4	50,8 11,0	73,6 11,3	12,5	6,4
<i>in % delle spese totali</i>	9,3	10,9	11,6	11,3		
di cui: fiscalità generale <i>in % delle entrate totali</i>	65,9 25,6	123,2 34,5	194,1 42,0	275,2 42,3	13,3	6,0
<i>in % delle spese totali</i>	29,7	36,0	44,3	42,4		
Benefici Parte B <i>in % delle entrate totali</i>	89,9 35,0	155,2 43,5	174,1 37,6	225,9 34,7	11,5	4,4
di cui: Premi a carico dei beneficiari <i>in % delle entrate totali</i>	20,6 8,0	37,2 10,4	42,3 9,1	56,3 8,7	12,5	4,9
di cui: fiscalità generale <i>in % delle entrate totali</i>	65,9 25,6	116,6 32,7	130,0 28,1	166,0 25,5	12,1	4,2
Benefici Parte D <i>in % delle entrate totali</i>	n.d. -	6,5 1,8	81,9 17,7	142,4 21,9	-	9,7
di cui: Premi a carico dei beneficiari <i>in % delle entrate totali</i>	- -	0,0 0,0	8,5 1,8	17,3 2,7	-	12,6
di cui: fiscalità generale <i>in % delle entrate totali</i>	- -	6,5 1,8	64,1 13,9	109,2 16,8	-	9,3
	SPESE					
TOTALI <i>in % del PIL</i>	221,8 2,3	342,4 2,8	437,7 3,4	648,7 3,7	9,1	6,8
Parte A: Hospital Insurance (HI) <i>in % delle spese totali</i>	131,1 59,1	182,5 53,3	194,5 44,4	283,2 43,7	6,8	6,5
Parti B e D: Supplementary Medical Insurance (SMI) <i>in % delle spese totali</i>	90,7 40,9	159,8 46,7	243,1 55,5	365,5 56,3	12,0	7,0
Benefici Parte B <i>in % delle spese totali</i>	90,7 40,9	153,3 44,8	161,3 36,9	223,1 34,4	11,1	5,6
Benefici Parte D <i>in % delle spese totali</i>	n.d. -	6,5 1,9	81,9 18,7	142,4 22,0	-	9,7
<i>Per memoria:</i> Dedicated financing resources (in %) PIL nominale	74,4 9.817	59,9 12.376	52,3 13.019	48,3 17.497	- 4,7	- 5,0

(a) Proiezioni.

	2000	2005 (a)	2006 (a)	2012 (a)	Var. % media annua	
					2000-2005	2006-2012
Entrate (per cassa - receipts)						
Totali <i>var. % annua</i>	2.025	2.057	2.213	3.304	0,3	6,9
Uscite (per cassa - outlays)						
Totali <i>var. % annua</i>	1.789	2.422	2.511	3.246	6,2	4,4
Spesa discrezionale <i>in % della spesa totale</i>	615 34,4	930 38,4	915 36,4	1.022 31,5	8,6	1,9
Spesa non discrezionale (b) <i>in % della spesa totale</i>	951 53,2	1.316 54,3	1.385 55,2	1.908 58,8	6,7	5,5
– Social Security <i>in % del PIL</i> <i>in % della spesa totale</i>	406 4,2 22,7	516 4,2 21,3	540 4,2 21,5	741 4,3 22,8	4,9	5,4
– Medicare <i>in % del PIL</i> <i>in % della spesa totale</i>	216 2,2 12,1	327 2,7 13,5	379 2,9 15,1	598 3,5 18,4	8,6	7,9
Part A: Hospital Insurance (HI) <i>in % della spesa Medicare</i>	– –	146 44,5	152 40,0	201 33,7	–	4,8
Part B: Supplementary Medical Insurance (SMI) <i>in % della spesa Medicare</i>	– –	115 35,3	120 31,7	165 27,6	–	5,4
Part C: Managed Care <i>in % della spesa Medicare</i>	– –	63 19,2	60 15,8	103 17,2	–	9,4
Part D: Prescription drug benefit <i>in % della spesa Medicare</i>	– –	1,1 0,3	44,7 11,8	126,8 21,2	–	19,0
– Medicaid e SCHIP (c) <i>in % del PIL</i> <i>in % della spesa totale</i>	118 1,2 6,6	183 1,5 7,6	191 1,5 7,6	305 1,8 9,4	9,2	8,1
Saldo di bilancio						
Totale <i>in % del PIL</i> PIL nominale	236 2,4 9.817	– 365 – 3,0 12.376	– 298 – 2,3 13.019	58 0,3 17.497	4,7	5,0

(a) Proiezioni. (b) Al lordo delle partite compensative (*offsetting receipts*). (c) State Children's Health Insurance Program.

Tabella 3

Evoluzione del budget federale negli anni 2000-2012 (miliardi di dollari)
Fonte: Congressional Budget Office, Budget Projections (March 2005)

aged health care), i piani assicurativi sono offerti da diversi tipi di *providers* privati:

– *Health Management Organizations* (HMO), introdotte con l'*HMO Act* del 1973, offrono un piano assicurativo in cui il beneficiario riceve i servizi sanitari nell'ambito della rete di dottori e ospedali membri del piano stesso (*in-network services*). Gli aderenti hanno l'obbligo di scegliere un medico di base (*general practioner* o *primary care doctor*) nell'ambito della rete, al quale occor-

re necessariamente rivolgersi per poter fruire di prestazioni specialistiche o ricoveri ospedalieri (*referral*). La limitatezza delle scelte per gli assistiti è compensata dal livello relativamente minore dei pagamenti a titolo di franchigia (*deductibles*) a carico degli aderenti. Le HMO che abbiano preventivamente sottoscritto un contratto con l'amministrazione *Medicare*, offrono il *Medicare Advantage Plan* agli aventi titolo ai benefici *Medicare*.

– *Preferred Provider Organizations* (PPO): offrono una maggiore scelta nell'am-

bito della rete di dottori e ospedali aderenti, senza necessità di preliminare consultazione del medico di base per prestazioni specialistiche (*self-referral*). In aggiunta, i membri del piano possono rivolgersi a soggetti e strutture esterne alla rete, pagando tuttavia una franchigia maggiore.

– *Point-of-sales (POS) plans* (o *fee-for-service plans*), offrono la più ampia libertà di scelta, al prezzo di una franchigia ancora più elevata a seconda che le prestazioni siano fornite all'interno o all'esterno della rete.

I piani PPO sono la forma di copertura più diffusa tra i lavoratori con assistenza sanitaria offerta dai datori di lavoro: nel 2005, vi aderiva il 61 per cento, mentre il 21 per cento era iscritto ad un HMO e il 15 per cento a un POS (KFF, 2005b). La maggiore possibilità di scelta offerta dalle diverse forme si riflette (normalmente) in un progressivo aumento sia del premio a carico del datore di lavoro, sia del contributo pagato dai lavoratori, sia della franchigia annuale¹³.

Dopo un periodo di crescita sostenuta dell'adesione ai piani di gruppo negli anni '90, il livello elevato dei premi e altri fattori hanno determinato un declino del numero dei piani disponibili (*participating plans*) per gli aventi diritto a *Medicare*, da 346 nel 1998 a 143 in 2004 (gli aderenti a *Medicare Advantage Plan* si sono ridotti da 6,3 milioni nel 2000 agli attuali 4,7 milioni).

Tuttavia, nel futuro i piani *Medicare Advantage* dovrebbero assumere un ruolo maggiore nel coprire gli aderenti a *Medicare* e nel fornire il nuovo *prescription drug benefit*: secondo il *Congressional Budget Office* (CBO, 2005a), nel 2014 i piani di gruppo rappresenterebbero il 16,7 per cento degli aderenti a *Medicare Part A* (8,4 milioni, di cui 8 milioni attraverso *Medicare Advantage*). Secondo il *Department of Health and Human Services* tale percentuale potrebbe arrivare al 30 per cento.

2.2. Il ruolo delle forme di copertura supplementari

Nel 2002, *Medicare* ha coperto meno della metà (45%) della spesa totale sostenuta dai beneficiari dei suoi servizi sanitari. La parte non coperta («*Medicare's gaps in coverage*») è essenzialmente riferibile alle cure di

lungo termine (*long-term care*), a quelle dentali e (fino al 2006) all'acquisto di farmaci. Secondo l'*American Association of Retired Persons* (AARP), la spesa per i *Medicare's gaps* e gli oneri di contribuzione alla spesa coperta (*cost-sharing requirements*) relativamente elevati, hanno comportato un costo complessivo per servizi sanitari e premi assicurativi pari al 22 per cento del reddito dei pensionati nel 2003.

Per ovviare ai *Medicare's gaps*, la maggior parte dei pensionati sottoscrive una qualche forma di assicurazione aggiuntiva (*supplemental insurance*), ad esempio *Medigap* (22%) o quella offerta dal datore di lavoro (35%). I 6,4 milioni di pensionati con redditi particolarmente bassi beneficiano dell'assistenza *Medicaid* (14%), che paga i premi e gli oneri di contribuzione alla spesa previsti da *Medicare*, oltre a coprire l'acquisto di farmaci (fino all'avvio del *Medicare Part D* nel 2006) e l'assistenza sanitaria a lungo termine.

3. Sostenibilità finanziaria del programma Medicare

L'evoluzione finanziaria del programma *Medicare* è oggetto di particolare attenzione, innanzitutto a causa di fattori di natura demografica: tra soli cinque anni, infatti, i primi appartenenti alla generazione cosiddetta dei *baby boomers* (i nati tra il 1946 e il 1964), pari a oltre 75 milioni di persone, acquisiranno il diritto all'assistenza sanitaria pubblica di *Medicare*. Secondariamente, la spesa complessiva per *Medicare* registra il generale aumento dei costi per l'assistenza sanitaria, indotto da fattori quali il rialzo dei prezzi dei servizi sanitari offerti dagli operatori del settore privato, l'aumento del numero medio delle prestazioni a favore dei beneficiari («utilizzo») e l'aumento della complessità media delle prestazioni («intensità»). Infine, l'introduzione del nuovo *prescription drug benefit* rappresenta un fattore aggiuntivo d'incremento della spesa per l'acquisto di farmaci a carico della componente pubblica del sistema sanitario statunitense.

Secondo il CBO (2005b), la spesa per *Medicare* (tabella 3) dovrebbe aumentare dal 13,5 per cento delle uscite totali del bilancio federale nel 2005 al 18,4 per cento nel 2012 (dal 2,7 al 3,5 per cento del Pil)¹⁴. Tale au-

mento è maggiore di quello degli altri due principali programmi di spesa non discrezionale, *Social Security* e *Medicaid*, le cui quote sulle uscite totali aumentano, rispettivamente, da 21,3 e 7,6 per cento nel 2005 a 22,8 e 9,4 per cento nel 2012.

Di conseguenza, come sottolineano gli amministratori fiduciari (*Board of Trustees*)¹⁵ del programma: «*Medicare's financial difficulties come sooner – and are much more severe – than those confronting Social Security*»¹⁶.

Contrariamente alla maggiore attenzione pubblicamente dedicata ai problemi finanziari del *Social Security System*, le pressioni più urgenti sul bilancio federale derivano quindi da *Medicare*.

Infatti, mentre il sistema della *Social Security* presenterà un *cash flow* negativo a partire dal 2017 e il suo *Trust Fund* (l'*Old-Age, Survivors and Disability Insurance - OASDI*) si esaurirà nel 2041 (*Social Security Trustees Report*, 2005), al contrario, l'*Hospital Insurance (HI) trust fund*, che insieme al *Supplementary Medical Insurance (SMI) trust fund* contiene le risorse finanziarie di *Medicare*, registrerà un disavanzo già a partire dal 2012 e dovrebbe esaurirsi nel 2020. Nel 2024, inoltre, le uscite di bilancio per *Medicare* eccederanno quelle per la *Social Security*.

Tali dinamiche derivano dal fatto che, pur fronteggiando essenzialmente le stesse sfide demografiche del sistema della *Social Security*, *Medicare* registra un aumento dei costi della spesa sanitaria per beneficiario più rapido della crescita del salario per lavoratore, parametro che ha rappresentato, fino al 2005, la primaria fonte di finanziamento di *Medicare* (attraverso la *payroll tax*).

Per tali ragioni, in base ai dati del *Board of Trustees* (tabella 2), nel periodo 2006-2012 il tasso di crescita medio annuo delle spese totali per *Medicare* (6,8 per cento) sarà superiore sia a quello delle entrate totali (5,8 per cento), sia alla variazione del Pil nominale (5,0 per cento).

A causa di tali dinamiche: «... *growth of this magnitude... would place a substantially greater strain on the nation's workers, Medicare beneficiaries, and the Federal Budget*»¹⁷.

Le pressioni prospettiche sulla fiscalità generale risultano evidenti analizzando l'evoluzione dei finanziamenti cosiddetti

«dedicati» (*dedicated financing resources*), pari alla somma tra *payroll taxes* e premi a carico dei beneficiari di *Medicare* (penultima riga di tabella 2): essi rappresentano il 60 per cento delle uscite nel 2005, ma a causa dell'introduzione del *prescription drug benefit* si riducono al 52 per cento già nel 2006 e progressivamente fino al 48 per cento per cento nel 2012.

Specularmene, la quota delle spese coperte della fiscalità generale aumenta dal 36 per cento nel 2005 a oltre il 42 per cento nel 2012: in tal modo, la fiscalità generale diviene la principale fonte finanziaria di *Medicare*, sostituendo in tale primato le entrate derivanti dalla tassazione dei redditi da lavoro (*payroll taxes*).

Gli equilibri finanziari, tuttavia, sono significativamente diversi per i due *trust funds* che costituiscono le risorse finanziarie di *Medicare*: l'*Hospital Insurance (HI)* e il *Supplementary Medical Insurance (SMI)*. Tale diversità dipende dalle differenze nei meccanismi di finanziamento dei fondi stessi.

Per il fondo HI, il finanziamento deriva in misura preponderante (86 per cento delle sue entrate totali - tabella 2) dalla tassazione dei redditi da lavoro (*payroll taxes*), le cui aliquote rimarrebbero costanti nell'immediato futuro, potendo essere modificate solo attraverso appositi provvedimenti legislativi. Il fondo HI è quindi soggetto a un maggiore rischio finanziario rispetto al fondo SMI: nel 2004, infatti, per la prima volta dal 1998, esso ha registrato un disavanzo tra l'ammontare delle *payroll taxes* e le spese. In aggiunta, assumendo uno scenario intermedio (*intermediate assumptions*), il fondo non risulta soddisfare il «test di adeguatezza finanziario di breve termine» (10 anni)¹⁸.

Nel periodo 2006-2012 (tabella 2), il tasso di crescita medio annuo delle entrate del fondo HI (5,3 per cento) sarà inferiore a quello delle spese (6,5 per cento): in assenza di modifiche della legislazione in vigore, la copertura delle spese *Medicare* da parte dell'*Hospital Insurance* dipenderà in misura crescente dal reddito da interessi sulle attività detenute e dalla vendita delle stesse attività. In ultima analisi, tale fondo registrerà un disavanzo a partire dal 2012 e dovrebbe esaurirsi nel 2018.

Al contrario, il fondo SMI è caratterizzato da un meccanismo di finanziamento au-

tomatico, in base al quale i premi per i benefici Parte B e Parte D e i trasferimenti a valere sulle entrate fiscali sono annualmente ristabiliti (*resetting*), in modo da bilanciare esattamente le spese programmate per l'anno successivo: per tale ragione, il fondo SMI risulta adeguatamente finanziato per i prossimi dieci anni¹⁹.

Allo stesso tempo, tuttavia, tale meccanismo fa sì che l'equilibrio finanziario sia assicurato solo al prezzo di aumentare i premi a carico dei beneficiari e i trasferimenti a carico della fiscalità generale (federale e statale). Ciò è destinato ad acuirsi nell'immediato futuro: nel periodo 2006-2012, infatti, l'incremento annuo medio delle spese per i benefici Parti B e D (7,0 per cento) sarà superiore al tasso di crescita sia delle entrate relative agli stessi benefici (6,2 per cento), sia del Pil nominale (5 per cento).

4. Conseguenze finanziarie del nuovo *prescription drug benefit*

L'entrata in vigore (il 1° gennaio 2006) del nuovo beneficio *prescription drug benefit* (PDB) rappresenta il principale cambiamento del programma *Medicare* dalla sua istituzione. Il PDB, introdotto dal *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act* (MMA) del dicembre 2003, è diretto ad alleviare gli oneri per le fasce anziane della popolazione connessi alla spesa per l'acquisto di farmaci e ai loro elevati prezzi.

Secondo l'OECD (2005), infatti, la quota di spesa sanitaria statunitense diretta all'acquisto di farmaci è aumentata dall'8,6 per cento della spesa totale nel 1993 al 12,9 per cento nel 2003. Sebbene tale valore sia inferiore alla media OCSE del 17,7 per cento (22,1 per cento in Italia), in termini *pro capite* la spesa per l'acquisto di farmaci negli Stati Uniti (728 dollari) è la più alta tra i Paesi OCSE.

Sebbene la crescita della spesa *Medicare*, come già ricordato, sia influenzata dai vari fattori che incidono sulla spesa sanitaria complessiva, tra cui l'incremento del volume e del grado di utilizzo dei servizi, l'aumento dei loro prezzi, l'adozione di strumenti ad alta tecnologia, il nuovo PDB contribuirà in modo significativo ad accentuare i costi del programma.

In particolare, il PDB comporta due principali effetti:

- un aumento del peso dei pagamenti per l'acquisto di farmaci sulla spesa complessiva;
- uno spostamento dell'onere della spesa (*funding shift*) dai privati e *Medicaid*, da un lato, a carico di *Medicare*.

Con riferimento al primo punto, l'introduzione del nuovo *prescription drug benefit* comporta un sostanziale cambiamento dell'importanza relativa delle diverse componenti di *Medicare* a carico del bilancio federale (tabella 3): i benefici *Part A*, pari al 44,5 per cento della spesa totale nel 2005, si riducono al 40 per cento già nel 2006 e al 34 per cento nel 2012; similmente, i benefici *Part B* calano dall'attuale 35 per cento al 32 per cento nel 2006 e al 28 per cento nel 2012.

Specularmente, al momento della sua introduzione nel 2006, il nuovo beneficio *Part D* ammonterà al 12 per cento della spesa totale per *Medicare* e aumenterà al 21 per cento nel 2012, registrando nel periodo un tasso di crescita medio annuo del 19 per cento, rispetto all'8 per cento relativo alle uscite *Medicare* complessive²⁰.

L'introduzione del nuovo beneficio per l'acquisto di farmaci ha sollevato un acceso dibattito²¹, a causa degli elevati costi che esso comporterà in futuro a carico del bilancio federale, attualmente stimati dal CBO in 593 miliardi di dollari nel periodo 2004-2013²².

In particolare (tabella 3), tra il 2006 e il 2012 l'aumento della spesa *Medicare* per l'acquisto di farmaci (*Part D*), da 45 a 127 miliardi, spiega 22 punti percentuali (il 37,5 per cento) dell'aumento complessivo del 58 per cento della spesa *Medicare* totale (da 379 a 598 miliardi in termini assoluti) a carico del bilancio federale²³.

Più in generale, il *prescription drug benefit* determinerà un sensibile impatto quantitativo sull'aumento della spesa sanitaria totale (pubblica e privata). Tra il 2005 e il 2012 (tabella 4), infatti, l'aumento della spesa per l'acquisto di farmaci (da 223,5 a 440,6 miliardi), a cui contribuisce l'introduzione del *prescription drug benefit*, spiega 11,2 punti percentuali (il 18 per cento) dell'incremento complessivo del 62,5 per cento della spesa

	2000	2005 (a)	2006 (a)	2012 (a)	Var. % media annua	
					2000-2005	2006-2012
Spesa sanitaria nazionale totale <i>In % del PIL</i>	1.309,9 13,3	1.936,5 15,6	2.077,5 16,0	3.146,3 18,0	8,1	7,2
Health services and supplies <i>In % della spesa totale</i>	1.260,9 96,3	1.862,5 96,2	1.997,8 96,2	3.026,9 96,2	8,1	7,2
– Hospital care <i>in % della spesa totale</i>	413,1 31,5	588,6 30,4	623,5 30,0	895,3 28,5	7,3	6,2
– Professional services <i>in % della spesa totale</i>	426,4 32,6	623,6 32,2	667,4 32,1	1.016,3 32,3	7,9	7,3
– Physician and clinical services <i>in % della spesa totale</i>	290,2 22,2	425,7 22,0	453,8 21,8	685,1 21,8	8,0	7,1
– Nursing and home care health <i>in % della spesa totale</i>	126,9 9,7	170,9 8,8	181,9 8,8	258,8 8,2	6,1	6,1
– Retail outlet sales of medical products <i>in % della spesa totale</i>	169,7 13,0	280,5 14,5	308,5 14,8	519,6 16,5	10,6	9,1
– Prescription drugs <i>in % della spesa totale</i>	121,5 9,3	223,5 11,5	249,3 12,0	440,6 14,0	13,0	10,0
– Medical equipment <i>in % della spesa totale</i>	48,1 3,7	57,0 2,9	59,2 2,8	79,0 2,5	3,5	4,9
– Government administration and net cost of private health insurance <i>in % della spesa totale</i>	81,0 6,2	135,4 7,0	147,3 7,1	224,1 7,1	10,8	7,2
– Government public health activities <i>in % della spesa totale</i>	43,9 3,4	63,6 3,3	69,2 3,3	112,8 3,6	7,7	8,5
Investimento <i>in % della spesa totale</i>	49,0 3,7	74,0 3,8	79,7 3,8	119,4 3,8	8,6	7,0
Per memoria: PIL nominale	9.817	12.376	13.019	17.497	4,7	5,0

(a) Proiezioni; le somme possono non corrispondere ai totali a causa di arrotondamenti.

Tabella 4

Composizione
della *National Health
Expenditure: 2000-2012*
(miliardi di dollari)

Fonte: for Medicare and Medicaid
Services, National Health Care
Expenditure Projections:
2004-2014

sanitaria totale (da 1.936,5 a 3.146,3 miliardi in termini assoluti)²⁴.

In aggiunta, la spesa per l'acquisto di farmaci registra un tasso di crescita più elevato di quello della spesa sanitaria complessiva (10 per cento contro il 7,2 per cento in media annua nel periodo 2006-2012 - tabella 4). Di conseguenza, il peso dei pagamenti per l'acquisto di farmaci sulla spesa sanitaria totale aumenterà dall'11,5 per cento nel 2005 al 14 per cento nel 2012 (dall'1,8 al 2,5 per cento in rapporto al Pil, tabella 5).

Oltre all'impatto quantitativo, il *prescription drug benefit* ha un rilevante impatto qualitativo, in quanto determina un notevole spostamento degli oneri di finanziamento (*funding shift*) dai privati e *Medicaid*, da un lato, a carico di *Medicare* (tabella 5): tra il 2005 e il 2012 la riduzione di 20 punti percentuali del peso della componente privata

della spesa per l'acquisto di farmaci (dal 76 per cento al 56 per cento), infatti, è esattamente controbilanciata dall'aumento della componente pubblica (dal 24 al 44 per cento).

5. Conclusioni

Il programma *Medicare*, congiuntamente alla *Social Security* e a *Medicaid*, rappresenta una tra le principali fonti di benefici a favore dei pensionati e finanzia la quota maggiore delle loro spese sanitarie. Gli attuali trend di crescita dei costi di tali programmi, a ritmi superiori a quelli delle entrate destinate al loro finanziamento, non sono tuttavia sostenibili indefinitamente. Di conseguenza, l'obiettivo di preservarne gli equilibri finanziari richiederà interventi correttivi, quali (nel caso di *Medicare*) il ricorso alla leva

	2000	2005 (a)	2006 (a)	2012 (a)	var. % media annua	
					2000-2005	2006-2012
Spesa totale	121,5	223,5	249,3	440,6	13,0	10,0
in % del PIL	1,2	1,8	1,9	2,5		
Componente privata	94,8	170,1	147,1	245,9	12,4	8,9
in % della spesa totale	78,0	76,1	59,0	55,8		
– out-of-pocket payments	38,3	65,0	49,6	88,9	11,2	10,2
in % della spesa totale	31,5	29,1	19,9	20,2		
– private health insurance	56,5	105,1	97,5	157,0	13,2	8,3
in % della spesa totale	46,5	47,0	39,1	35,6		
Componente pubblica	26,7	53,4	102,3	194,7	14,9	11,3
in % della spesa totale	22,0	23,9	41,0	44,2		
– federale	15,3	30,8	86,6	162,0	15,0	11,0
in % della spesa totale	12,6	13,8	34,7	36,8		
– statale e locale	11,4	22,6	15,6	32,7	14,7	13,1
in % della spesa totale	9,4	10,1	6,3	7,4		
Medicare (b)	2,3	4,8	69,9	126,7	15,9	10,4
in % della spesa totale	1,9	2,1	28,0	28,8		
Medicaid (b)	20,9	40,5	23,5	52,9	14,1	14,5
in % della spesa totale	17,2	18,1	9,4	12,0		
Per memoria:						
PIL nominale	9.817	12.376	13.019	17.497	4,7	5,0

(a) Proiezioni; le somme possono non corrispondere ai totali a causa di arrotondamenti. (b) Sottoinsiemi della componente pubblica.

fiscale, un aumento dei premi assicurativi e dei contributi alla spesa (*co-payments*) a carico degli aderenti a *Medicare*, una riduzione dei benefici, un inasprimento dei criteri per l'accesso ai benefici stessi, un taglio dei pagamenti ai fornitori di servizi sanitari (*providers*) o una combinazione delle precedenti misure.

A prescindere dalla specifica forma delle misure correttive, appare innanzitutto opportuno un approccio di tipo preventivo alla correzione degli attuali *trend* di spesa e finanziari: la tempestività nell'adozione delle suddette misure, infatti, è condizione necessaria per consentire gradualità degli interventi e flessibilità delle scelte, evitando così l'inevitabile ricorso ad azioni più drastiche e socialmente costose in futuro.

L'attuale Amministrazione statunitense afferma di aver fatto proprio tale approccio²⁵: nel *budget* federale per l'anno fiscale 2007, il Presidente ha proposto una serie di interventi di varia natura per rallentare, in modo graduale (*incrementally*), la crescita della spesa *Medicare*. Essi includono una modesta ridu-

zione degli aumenti dei corrispettivi riconosciuti ad alcuni *provider* di servizi sanitari, in linea con le raccomandazioni di una commissione indipendente (*Medicare Payment Advisory Commission - MedPAC*), e la graduale introduzione di limiti alle prestazioni *Medicare* per i beneficiari a più elevato reddito.

La gestione di *Medicare*, inoltre, tende in misura crescente a focalizzare l'attenzione sull'azione di prevenzione delle malattie (ad esempio, ampliando l'accesso ai trattamenti farmaceutici attraverso il *prescription drug benefit*) e di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, al fine di limitare il ricorso ai più costosi ricoveri ospedalieri. Si persegue inoltre l'obiettivo di migliorare la trasparenza e le informazioni su qualità, prezzi e tipologia delle coperture assicurative, al fine di ampliare le possibilità di scelta e stimolare la competizione tra i *provider* di piani assicurativi sanitari. Un punto cruciale, infine, è quello di favorire l'adesione ai piani *Medicare Advantage*, che favorendo il coordinamento dei trattamenti e la prevenzione,

Tabella 5

Composizione della spesa per l'acquisto di farmaci: 2000-2012 (miliardi di dollari)

Fonte: Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Care Expenditure Projections: 2004-2014.

riducono i premi a carico dei beneficiari e i costi delle prestazioni.

Oltre che per i possibili riflessi sul livello e la tipologia delle prestazioni, l'evoluzione degli aspetti finanziari del programma *Medicare* è oggetto di particolare interesse a causa delle significative pressioni (presenti e prospettiche) che ne derivano sul bilancio federale e la fiscalità generale. Quest'ultima, infatti, come in precedenza sottolineato, è divenuta la principale fonte di finanziamento della spesa *Medicare*, anche a causa dell'introduzione del nuovo *prescription drug benefit*.

Al riguardo, al fine di contenere gli oneri a carico della fiscalità generale, la *Section 801* del *Medicare Modernization Act* del 2003 ha introdotto un meccanismo di salvaguardia: esso impone agli amministratori di *Medicare* di emettere un «segnale d'allarme» (*excess general revenue Medicare funding*) qualora si preveda che nei successivi sette anni la quota delle spese del programma a carico della fiscalità generale ecceda il 45 per cento della spesa *Medicare* complessiva. Nel caso in cui tale segnale sia emesso consecutivamente per due anni, esso afferma un «rischio di finanziamento» (*Medicare funding warning*), che obbliga il Presidente a proporre misure legislative per riportare la spesa su livelli sostenibili e il Congresso ad esaminare con priorità tali misure (sebbene non comporti l'obbligo del Congresso ad approvare le stesse).

Il «segnale d'allarme» è stato emesso per la prima volta quest'anno dagli amministratori di *Medicare*: nel loro rapporto pubblicato lo scorso maggio, infatti, essi prevedono che la soglia del 45 per cento sarà raggiunta nel 2012. Se tale previsione fosse confermata anche il prossimo anno, ciò comporterebbe l'avvio della procedura prevista dal *Medicare funding warning*. Quest'ultima, inoltre, è stata ulteriormente rafforzata con l'introduzione, nel bilancio federale per l'anno fiscale 2007, di una norma che prevede un'automatica (e progressivamente crescente) riduzione dei pagamenti ai fornitori di servizi sanitari (*providers*) nel caso di emissione del «segnale d'allarme». Tale norma è esplicitamente intesa quale strumento per «incoraggiare Presidente e Congresso a raggiungere un accordo sulle riforme per rallen-

tare la spesa *Medicare*» (U.S. Government, 2006, p. 211).

L'adozione di meccanismi automatici di controllo dell'impatto della spesa *Medicare* sul bilancio federale, tuttavia, è fonte di accesa controversia e spesso assume i caratteri del confronto politico-ideologico, nella consapevolezza che a differenti politiche e strumenti di correzione della spesa corrispondono soggetti diversi che sopportano l'onere dell'aggiustamento.

Da un lato, si riconosce il potenziale valore segnalativo (*early warning*) del limite del 45 per cento della spesa *Medicare* finanziabile dalla fiscalità generale, stabilito dal MMA, che richiedendo al Presidente di proporre misure legislative per contenere la crescita dei costi di *Medicare*, stimolerebbe il dibattito pubblico necessario a sviluppare il consenso per l'adozione di interventi di riforma. In particolare, sebbene non sia unanimemente considerato plausibile assumere che il Congresso possa generare la volontà politica di adottare misure impopolari semplicemente sulla base di indicatore di natura «tecnocratica», appare ragionevole assumere che l'emissione di un «*excess funding warning*» fornirebbe il sostegno politico necessario all'adozione di politiche di ridimensionamento del programma.

Dall'altro lato, il valore soglia del 45 per cento è da alcuni considerato un «*valore soglia arbitrario carico di sottintesi ideologici*» (Greenstein *et al.*, 2005), oppure «*un'arbitraria misura dello stato di salute del programma*» (NCPSSM, 2006), in quanto si focalizza solo su una delle tre principali fonti di finanziamento di *Medicare* (fiscalità generale, specifico prelievo sui redditi da lavoro - *payroll tax* e contributi dei beneficiari).

Il suddetto valore, inoltre, contrasterebbe con lo spirito della legge del 1965 istitutiva di *Medicare* e con la struttura finanziaria da essa delineata (Moon, 2005): contrariamente alla *Part A* del programma, finanziata dalla *payroll tax*, le parti B e D sono infatti esplicitamente poste a carico della fiscalità generale, alla pari di quanto si verifica per la maggior parte delle altre spese del bilancio federale (difesa, istruzione, sicurezza nazionale).

La norma potrebbe altresì stimolare riforme di *Medicare* quale risultato di eventi non necessariamente negativi o causa di allarme

per la solvibilità finanziaria del programma. Al riguardo, infatti, si sottolinea come il limite del 45 per cento sarà certamente raggiunto per due principali ragioni: la crescita della spesa totale *Medicare* (indotta da fattori demografici e dai costi dei servizi sanitari) ad un ritmo superiore a quello dei «finanziamenti dedicati»; l'introduzione del *prescription drug benefit*, per il quale il Congresso ha esplicitamente stabilito il finanziamento in misura prevalente attraverso la fiscalità generale (invece che con i premi pagati dai beneficiari).

Per tali ragioni, secondo alcuni critici la vera *ratio* della norma sarebbe quella di escludere un certo numero di possibili opzioni per il rafforzamento della posizione finanziaria di *Medicare*, ad esempio un ridimensionamento dei tagli fiscali promossi dall'Amministrazione tra il 2001 e il 2003, al fine di utilizzare il conseguente recupero di entrate per finanziare la spesa sanitaria.

Più in generale, limitando il ricorso alla fiscalità generale, cioè alla tassazione (di natura progressiva) dei redditi complessivi (*income tax*), quale fonte di finanziamento di *Medicare*, il limite del 45 per cento determinerebbe «una crisi finanziaria artificialmente indotta», che potrebbe comportare, oltre che una riduzione delle prestazioni, un aumento del principale strumento di finanziamento (dedicato) del programma: il prelievo sui redditi da lavoro (*payroll tax*), di natura meno progressiva. In altri termini, il risultato ultimo del suddetto limite sarebbe quello di traslare l'onere del finanziamento di *Medicare* dai contribuenti appartenenti alle fasce più elevate di reddito a quelli con redditi più modesti (Greenstein *et al.*, 2005).

Nel corso del tempo, inoltre, i limiti all'uso della fiscalità generale, unitamente all'implausibilità di un uso eccessivo della *payroll tax*, implicherebbero necessariamente un ridimensionamento delle prestazioni offerte da *Medicare*. A causa della natura di lungo periodo dei problemi finanziari di *Medicare*, quindi, si ritiene imprescindibile includere il ricorso alla fiscalità generale tra le opzioni utili alla soluzione dei problemi stessi.

Nel complesso, si fa notare come, storicamente, l'annuncio dell'esistenza di problemi con lo stato finanziario di *Medicare* abbia operato quale forte imperativo all'azione: termini quali «preservare» o «salvare» *Medi-*

care sono stati spesso usati per giustificare politiche di riduzione dei livelli di spesa (Moon, 2005). Al contrario, le scelte sull'evoluzione futura di *Medicare*, in termini di dimensioni e caratteristiche, dovrebbero essere fondate su una misura della capacità della società statunitense di sostenere la spesa sanitaria (*affordability*) e non sulla volontà di usare una particolare fonte di finanziamento. Conseguentemente, al fine di essere efficace quale indicatore di sostenibilità finanziaria, il valore soglia potrebbe essere più utilmente definito in termini del rapporto tra la spesa *Medicare* e il Pil (o, alternativamente, la dimensione complessiva del bilancio federale), nell'ambito di un più generale e ampio dibattito sul valore dell'assistenza sanitaria pubblica.

Note

1. Nonostante l'elevato livello della spesa sanitaria, nel 2003 il numero di medici *pro capite* negli Stati Uniti (2,3 per 1.000 abitanti) risultava tra i più bassi del gruppo dei Paesi OCSE, che registra un valore medio di 2,9 (4,1 in Italia, il valore più elevato del gruppo). Il numero di infermieri era pari a 7,9 per 1.000 abitanti, leggermente inferiore alla media OCSE di 8,2 (5,4 in Italia).
2. Le tipologie di copertura sanitaria non sono mutualmente esclusive.
3. Il § 2.1 contiene una breve descrizione di tali *provider*.
4. Un numero significativo di tali soggetti ha comunque accesso al sistema sanitario attraverso enti di beneficenza (*charities*) o istituzioni locali (*community health-care centres*).
5. Gli individui di età pari o superiore ai 65 anni, in rapporto alla popolazione totale, dovrebbero aumentare dal 12,4 per cento nel 2000 al 16,3 per cento nel 2020. Government Accountability Office (2005, p. 11).
6. La più rapida crescita dei costi del sistema sanitario rispetto a quella dell'economia (con un differenziale medio di 2,5 punti percentuali all'anno) è una caratteristica costante degli ultimi quattro decenni. CBO (2005b).
7. Trattato estesamente nel § 4.
8. Gli anziani con almeno 65 anni di età che non hanno titolo all'assistenza gratuita possono accedere alla *Part A* pagando un premio mensile pari al costo attuariale della copertura assicurativa (375 dollari nel 2005).
9. Inclusa la parte di *Medicare (Part C)* connessa ai piani privati di assicurazione sanitaria (*Medicare Advantage plans*). Board of Trustees, 2005. Secondo i dati del CBO (2005), nel 2005 la sola *Part A* a carico del bilancio federale è pari al 44,5 per cento della spesa *Medicare* lorda (tabella 3).
10. Nel 2005 il normale premio mensile è pari a 78,2 dollari, ma i percettori di redditi più elevati sono

- soggetti al pagamento di un premio aggiuntivo (*income-related surcharge*). La copertura non esenta i beneficiari dal pagamento di franchigie (*deductibles*) e altri contributi (*cost-sharing requirements*) in occasione dell'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie. A partire dal 2006, gli aderenti al nuovo *prescription drug benefit (Medicare Part D)* pagheranno un ulteriore premio mensile, pari in media a 36,60 dollari secondo stime del CBO (il premio è variabile, in quanto sarà basato su una offerta formulata da ogni *plan provider*).
11. Includendo la parte di *Medicare* coperta da piani privati di assicurazione sanitaria (*Medicare Advantage plans* o *Medicare Part C*) (Board of Trustees, 2005). Secondo i dati del CBO (2005), nel 2005 la *Part B* a carico del bilancio federale è pari al 35 per cento della spesa *Medicare* lorda (tabella 3).
 12. Secondo il *Centers for Medicare and Medicaid Services*, al 7 maggio 2006, 8,9 milioni e 5,9 milioni di persone, rispettivamente, avevano aderito alle suddette due alternative. Nel complesso, alla stessa data circa 38 milioni di aderenti a *Medicare* beneficiavano della copertura delle spese per l'acquisto di farmaci.
 13. Nel 2005, i premi medi annuali a carico, rispettivamente, del datore di lavoro e del lavoratore (*single*) ammontano a 3.203 e 563 dollari per i piani HMO, a 3.547 e 603 dollari per i piani PPO e a 3.183 e 731 dollari per i piani POS. KFF (2005).
 14. Considerando tuttavia i cosiddetti *offsetting receipts*, cioè i contributi a carico degli assistiti e degli stati, la spesa netta per *Medicare* aumenterebbe dal 2,4 al 2,9 per cento del PIL tra il 2005 e il 2012.
 15. Il *Board of Trustees* è presieduto dal Ministro del Tesoro (*Secretary of the Treasury*) e si compone di altri 5 membri.
 16. Medicare Board of Trustees, *A Message to the Public*, marzo 2006.
 17. Medicare Board of Trustees, *A Message to the Public*, marzo 2006.
 18. Assumendo un orizzonte temporale di 10 anni, stabilisce che le attività all'inizio di ogni anno devono essere pari alle spese programmate per lo stesso anno, cioè un «*trust fund ratio*» pari almeno al 100 per cento.
 19. Il MMA ha stabilito la separazione dello SMI in due parti indipendenti, *Part B* e *Part D*, la cui adeguatezza finanziaria è da valutare altrettanto separatamente.
 20. La classificazione della spesa *Medicare* adottata dal *Board of Trustees* (tabella 2) differisce da quella propria del CBO (tabella 3), in quanto la prima non distingue la parte di spesa sostenuta attraverso i piani assicurativi privati (*Part C: Managed Care*). L'evoluzione del peso relativo del nuovo *prescription drug benefit* è tuttavia sostanzialmente simile nei due casi (21-22 per cento nel 2012).
 21. Si veda, ad esempio: Park *et al.* (2003), *The Troubling Medicare Legislation*. Center on Budget and Policy Priorities (8 dicembre); Aaron H. (2003), *The Prescription Drug Bill: Many Steps Backward*. The Brookings Institutions (21 novembre); Agan T. (2003), *Dangerous Interaction: How Mixing a Drug Benefit with Medicare Could Mean an Overdose of Federal Spending*. National Taxpayers Union Foundation Policy Paper No. 143 (26 agosto).
 22. CBO (2005c). La precedente stima, effettuata al momento dell'approvazione del MMA (dicembre 2003), ammontava a 395 miliardi. Le stime sono comunque soggette a notevole incertezza.
 23. Tali valori non includono i risparmi per la spesa *Medicare* (*offsetting receipts*) derivanti dai premi degli assistiti e ai contributi a carico degli stati introdotti dalla *Part D*, pari a 53 e 92 miliardi, rispettivamente, nel 2006 e 2012.
 24. L'aumento della sola componente pubblica della spesa per l'acquisto di farmaci spiega 7,3 punti percentuali, cioè il 12 per cento, dell'aumento della spesa sanitaria totale.
 25. «... by taking incremental steps now, we can forestall the otherwise inevitable need for drastic action later». Medicare Trustees Report *press release*, 1° maggio 2006.

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

- ANTOS J.R. (2004), *Fixing the New Medicare Law No. 2: How to Promote Real Medicare Cost Containment*, Heritage Foundation Research, Backgrounder N. 1751, aprile.
- BOARDS OF TRUSTEES OF THE FEDERAL HOSPITAL INSURANCE AND FEDERAL SUPPLEMENTARY MEDICAL INSURANCE TRUST FUNDS (2005), *Annual Report*, marzo.
- CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (2005a), *Fact Sheet for CBO's March 2005 Baseline*, marzo.
- CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (2005b), *The Budget and Economic Outlook: An Update*, agosto.
- CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (2005c), *Letter from CBO's Director Holtz-Heakin to the Chairman of the Committee on Energy and Commerce* (U.S. House of Representatives), marzo.
- GOVERNMENT ACCOUNTABILITY OFFICE (2005), *Long-Term Care Financing*, Testimony Before the Subcommittee on Health, Committee on Energy and Commerce, House of Representatives. Statement of Kathryn G. Allen Director, Health Care-Medicaid and Private Health Insurance Issues, aprile.
- GREENSTEIN R., KOGAN R., PARK E. (2005), *Overlooked Element of Medicare Trustees' Report Could Spell Trouble for Beneficiaries in Future Years*, Center on Budget and Policy Priorities, marzo.
- HEFFLER S., SMITH S., KEEHAN S., BORGER C., KENT CLEMENS M., TRUFFER C. (2005), «U.S. Health Spending Projections for 2004-2014», *Health Affairs*, febbraio, pp. 74-85.
- (THE) HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION (2005a), *Medicare at a Glance*, aprile.
- (THE) HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION (2005b), *Employer Health Benefits 2005 Annual Survey*, settembre.
- MOON M. (2005), *The Policy Implications of Medicare's New Measure of Financial Health*, The Henry J. Kaiser Family Foundation Policy Brief N. 7414, settembre.
- NATIONAL COMMITTEE TO PRESERVE SOCIAL SECURITY AND MEDICARE (2006), *Medicare Proposals in the President's 2007 Budget*, Maggio.
- U.S. CENSUS BUREAU (2005), *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004*, Agosto.
- U.S. GOVERNMENT (2006), *Budget Fiscal Year 2007, Analytical Perspectives*, Febbraio.

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.

L'approccio multiprofessionale al paziente in assistenza domiciliare integrata: la terapia farmacologica

G. BERTI, G. ALBERTI, P.P. FARONATO, P. CORZIALI, C. DARIO

The progressively ageing population has, in recent years, led to a considerable increase in the demand for long-term care and assistance. For many years now, in order to satisfy the needs of elderly people who are not self-sufficient, the Veneto Region has invested greatly in Home Care Assistance Programs. Recently, Treviso Healthcare Authority has started delivering drugs directly to the patient on Home Care Assistance Programs. Thanks to a multi-professional approach, a trial model has been developed for the management of drug therapy with a view to improving both the service provided and risk management. Considering the satisfaction expressed by the users, we can confirm that this new service has brought about higher quality levels of drug therapy in home care assistance in terms of appropriateness, safety and costs.

Note sugli autori

Azienda Ulss n. 9 - Treviso
Giovanni Berti è Dirigente Farmacista
Giambattista Alberti è Direttore Farmacia Ospedaliera
Pietro Paolo Faronato è Direttore Distretti Socio-Sanitari
Paola Corziali è Direttore Sanitario
Claudio Dario è Direttore Generale

1. Introduzione

In Italia, come in tutti i Paesi industriali avanzati, la riduzione della natalità e della mortalità infantile, associata al continuo progresso medico-scientifico e al miglioramento complessivo delle condizioni di vita, ha prodotto un rapido invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di disabilità, patologie croniche e problemi connessi.

Nell'Unione europea si prevede che gli ultrasessantacinquenni aumentino del 24% dal 2000 al 2010, mentre in Italia l'Istat stima che la quota di persone con età superiore ai 65 anni passerà dal 19% del 2005 (rispetto al 15.7% della media europea) al 28% nel 2030 e al 34% nel 2050. Inoltre, dal rapporto «Stato di salute e prestazioni sanitarie della popolazione anziana: anno 2000» del Ministero della salute si rileva che questo 19% della popolazione (gli ultrasessantacinquenni) produce il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza (e dei relativi costi).

Tutto ciò ha prodotto negli ultimi tempi un notevole incremento della domanda di cure e di assistenza di lunga durata. Il problema, che per la sua complessità è da affrontare con misure ed interventi integrati a livello sociale e sanitario, ha determinato – quale priorità in tutta Europa – un incremento delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione. È dunque obiettivo prioritario, da perseguire su tutto il territorio nazionale, la garanzia per l'anziano non autosufficiente della permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato.

In questo scenario le Aziende sanitarie sono state spinte alla realizzazione – at-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Lo scenario nazionale
3. L'Assistenza domiciliare integrata in Veneto
4. Il problema
5. Obiettivi specifici del progetto
6. La strategia adottata
7. I risultati
8. Conclusioni e prospettive

traverso una riorganizzazione dei servizi territoriali – di una rete di servizi e regimi assistenziali utile a coordinare ed integrare le risorse.

Il costante aumento del numero di soggetti che richiedono un alto grado di protezione socio-sanitaria ha fatto sì che l'Assistenza domiciliare integrata risulti essere una chiara opportunità: essa infatti permette di affrontare i diversi bisogni di soggetti anziani fragili¹ e nell'ultimo decennio è stata progressivamente riconosciuta dai decisori in ambito sanitario del nostro Paese come una delle modalità assistenziali su cui investire maggiormente.

2. Lo scenario nazionale

La prima definizione di Assistenza domiciliare integrata risale al progetto obiettivo nazionale denominato «Tutela della salute degli anziani», approvato dal Parlamento nel gennaio 1992 come stralcio del Piano sanitario nazionale 1991-1995: il progetto aveva individuato come prioritario lo sviluppo dell'ADI definita come «un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso». Lo stesso documento poneva come obiettivo finale di «attivare o potenziare i servizi di ADI in modo da assistere al termine del quinquennio almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in Residenza sanitaria assistita (RSA), che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità». Tali orientamenti sono stati recepiti dalle riforme intervenute con D.L.vo 502/92 e successive integrazioni.

Nel Psn del 1994-1996 l'ADI è compresa specificatamente tra le attività all'interno della struttura distrettuale.

Successivamente, il Psn per il triennio 1998-2000 indica l'ADI come una formula che riassume al proprio interno le diverse valenze del lavoro integrato e che richiede un profondo mutamento di prospettiva professionale. In particolare si afferma che «le condizioni necessarie dell'ADI sono: la pia-

nificazione organica delle unità di offerta nel distretto, la valutazione multidimensionale, la globalità e intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sanitari e sociali, la valutazione dei costi delle decisioni, la collaborazione della famiglia, la valutazione evolutiva degli esiti». Inoltre, «il buon funzionamento del sistema informativo di distretto e l'analisi sistematica dei costi correlati al livello di intensità e complessità assistenziale dei diversi centri di erogazione sono base necessaria per i nuclei di valutazione nell'attività di verifica e valutazione dei risultati conseguiti».

La legge n. 328 dell'8 novembre 2000 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», individua una serie di interventi quali misure di contrasto alla povertà; servizi di accompagnamento; misure volte a favorire la permanenza a domicilio delle persone totalmente dipendenti; interventi per realizzare centri socio-riabilitativi per disabili; interventi per strutture residenziali e non residenziali per anziani non assistibili a domicilio. Il principio fondante della legge è il coordinamento e l'integrazione dei compiti dei diversi attori (Stato, Regioni, Comuni, servizi sociali, Asl, organizzazioni *no-profit*). All'articolo 15 si stabilisce l'istituzione di un Fondo nazionale per le politiche sociali, finalizzato proprio alle persone anziane non autosufficienti. Il DPCM del 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria» stabilisce che l'integrazione socio-sanitaria venga «prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali».

L'assistenza domiciliare poi, nelle sue diverse forme di applicazione, è compresa tra i Livelli essenziali di assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001: ciò comporta che le Aziende sanitarie locali garantiscano l'erogazione di tale modalità assistenziale, quando valutata efficace ed appropriata, per tutti gli assistiti, attingendo il finanziamento delle prestazioni che possono soddisfare tale diritto dalla quota capitaria.

Una definizione più recente di Assistenza domiciliare integrata, come quella contenuta

nel *Manuale Home Care 2002-2003* (frutto della collaborazione di autorevoli Società scientifiche e fondazioni), conferma l'ADI come un «insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative integrate fra loro e con gli interventi socio-assistenziali, per la cura della persona nella propria casa, dove può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care».

Ma nonostante l'importanza e le finalità dell'Assistenza domiciliare integrata siano chiaramente espresse e pienamente condivise, e a livello regionale sia stata prodotta una specifica disciplina in materia, non tutte le regioni dispongono di chiare modalità organizzative e gestionali dell'attività: ne consegue che la realizzazione concreta dell'ADI in Italia si presenta ancora «a macchia di leopardo» e la percentuale di anziani assistiti formalmente a domicilio è decisamente modesta rispetto a tutti i Paesi del Nord Europa.

In ogni caso negli ultimi 10 anni si è registrato un progressivo incremento del ricorso ai servizi domiciliari: dalla «Relazione sullo Stato Sanitario del paese 2003-2004» del Ministero della salute emerge che l'obiettivo condiviso di potenziare una realizzazione concreta dell'assistenza domiciliare in Italia ha portato, negli ultimi anni, ad un progressivo incremento dei casi trattati: dai 270.000 pazienti assistiti a domicilio nel 2001 si è arrivati nel 2003 a circa 330.000 casi trattati, di cui l'80% ha più di 65 anni.

Di fatto, il Psn 2003-2005, ponendo particolare enfasi sull'assistenza territoriale e sull'abbandono di una visione «ospedale-centrica», ha affermato con chiarezza che la scommessa vera per tutelare la salute dei cittadini si giochi sul territorio.

3. L'Assistenza domiciliare integrata in Veneto

La Regione Veneto comincia a delineare modalità nuove e più razionali per rispondere ai bisogni dei soggetti «fragili» con la delibera della Giunta regionale n. 2034 del 10 maggio 1994 «Determinazione degli standard organizzativi-gestionali e strutturali sulle RSA per anziani e persone non autosufficienti di cui alla L. reg. 28/91, art. 4 e L. reg. 39/93, art. 6 co. 4», ma è con la DGRV n. 5273 del 29 dicembre 1998 «Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI, con particolare riferimento all'ADI ex allegato H del DPR n. 484/96 e dell'art. 32, punto 2, lettera a del DPR n. 613/96: ADIMED e relative prestazioni di fabbisogno assistenziale. Direttive regionali sulla fornitura di farmaci in ADIMED» che la Giunta regionale ha definito il profilo organizzativo e funzionale del servizio di Assistenza domiciliare integrata. È in questa delibera che vengono definite le linee guida regionali per l'individuazione e la regolamentazione di sei tipologie di assistenza erogabile a domicilio, di cui 5 integrate con l'intervento sociale e diversificate per intensità di intervento (**tabella 1**).

Il provvedimento prevede poi tre differenti livelli di intensità:

Livello 1 – ADI a bassa intensità di assistenza sanitaria domiciliare – nel quale l'intervento del medico è eventuale e comunque questo può esplicarsi attraverso accessi periodici, mentre l'assistenza infermieristica, e/o riabilitativa è necessaria con periodicità programmata.

Livello 2 – ADI a media intensità di assistenza sanitaria domiciliare – nel quale l'intervento periodico del medico è necessario, mentre è eventuale l'assistenza infermieristi-

Tipologie di assistenza domiciliare (DGRV n. 5273/98)

Assistenza domiciliare socio-assistenziale	
Assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale	(ADI profilo A)
Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale	(ADI profilo B)
Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale	(ADI profilo C)
Assistenza domiciliare integrata ex DPR 489/89 e DPR 613/96 - ADIMED	(ADI profilo D)
Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione domiciliare intensiva ADI - HR	(ADI profilo E)

Tabella 1
Tipologie di assistenza
domiciliare
(DGRV n. 5273/98)

ca, e/o riabilitativa è necessaria con periodicità programmata.

Livello 3 – ADI ad alta intensità di assistenza sanitaria domiciliare – nel quale, in ragione delle condizioni di grave dipendenza sanitaria in cui versa il paziente (di tutte le età), si richiede un elevato impegno medico attraverso più accessi settimanali, nonché congiuntamente l'apporto infermieristico o di altri operatori sanitari, il tutto da garantire in un quadro di pronta disponibilità diurna medica ed infermieristica all'interno di un programma di intervento definito ed autorizzato per singolo caso dall'unità valutativa del distretto. Questo terzo livello di intensità deve assicurare uno stretto collegamento con la struttura ospedaliera di riferimento, al fine di garantire la continuità delle cure specialistiche e fornire tutti i supporti terapeutici necessari.

Nel terzo livello assistenziale rientrano l'ospedalizzazione a domicilio (ADI-HR) e l'ADIMED, che rappresentano le forme superiori di «alternatività» al ricovero ospedaliero.

3.1. Il modello

L'accesso alle diverse tipologie di Assistenza domiciliare integrata avviene tramite richiesta inoltrata al Distretto socio-sanitario di residenza, all'assistente sociale del Comune di residenza o al Medico di medicina generale (Mmg) che, per rispondere adeguatamente ai bisogni dell'anziano in difficoltà e della sua famiglia, valutano la situazione complessiva assieme ad altre figure professionali (quali il geriatra, il fisiatra, l'infermiere ecc.) all'interno dell'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD); l'UVMD ha il compito di valutare in maniera integrata i bisogni espressi da ciascuna persona anziana e di predisporre un progetto personalizzato.

Sicuramente il modello di UVMD ha molto aiutato a superare logiche di parte e a ragionare come *équipe* assistenziale vera, tesa a garantire la reale integrazione socio-sanitaria e la continuità delle cure.

La valutazione multidimensionale, infatti, è fondamentale per consentire:

- una gestione complessiva del sistema in base agli obiettivi specifici individuati;
- una programmazione dei diversi processi e delle azioni che devono essere attivate;
- l'individuazione delle responsabilità, sia sotto l'aspetto clinico che organizzativo;
- la valutazione sul funzionamento dei processi in generale e, in particolare, sui risultati del progetto elaborato.

È importante sottolineare che la Regione Veneto, in un'ottica di integrazione anche a livello di responsabilità, ha adottato il modello della presa in carico condivisa dei problemi, degli obiettivi e dei risultati e, pertanto, di una verifica partecipata del loro conseguimento: tale impostazione, che porta ad operare in modo effettivamente integrato, comporta una maggiore responsabilizzazione sia individuale che di gruppo. Si tende così a superare la visione monoprofessionale che limita lo sviluppo di diversi punti di vista all'interno del gruppo, per valorizzare l'impiego creativo e flessibile delle risorse. In questo contesto è risultato importante promuovere la formazione di un'area comune di professionalità con l'utilizzo di strategie diverse quali possono essere gruppi multiprofessionali, gruppi interni al servizio o interaziendali, anche con operatori facenti capo a diverse istituzioni. Si tratta di un passaggio culturale e metodologico che va dalla logica dell'erogazione di prestazioni ad una più matura capacità di progettare e gestire processi assistenziali partendo da una valutazione multiprofessionale del bisogno.

3.2. Gli obiettivi

Principale obiettivo dell'ADI è sostanzialmente la soddisfazione di bisogni plurimi di pazienti in condizione di non autosufficienza parziale o totale; tale obiettivo viene perseguito attraverso l'integrazione e la continuità assistenziale, con una particolare attenzione alla qualità di vita del paziente: a questo proposito va considerato fondamentale il mantenimento del suo abituale ambiente di vita e delle sue relazioni significative.

In particolare l'ADI è caratterizzata da:

- valutazione multidimensionale e multiprofessionale dell'assistito da parte del-

l'UVMD nel cui ambito ricadono gli interventi domiciliari;

- presa in carico globale dell'assistito, premessa una reale conoscenza delle risorse disponibili, cui corrisponde la multidisciplinarietà degli interventi da parte degli operatori sociosanitari, che si recano a domicilio secondo il piano di intervento assistenziale assunto in sede di UVMD con le eventuali modifiche e gradualità degli interventi che si rendono necessari nel corso del trattamento assistenziale;

- continuità terapeutica intesa come la realizzazione di un progetto assistenziale in grado di collegare strettamente interventi svolti in ospedale ed interventi da svolgersi a domicilio e, viceversa, con la garanzia necessaria di ricovero preferenziale in caso di accesso programmato (DGRV n. 5273/98).

È evidente come tale rappresentazione comporti una modalità di lavoro che obbliga ad uscire dai contesti operativi strutturati: infatti l'intervento a domicilio impone un cambiamento radicale anche nel modo di relazionarsi con gli utenti, le loro famiglie, gli altri operatori, al fine di elaborare soluzioni unitarie e personalizzate capaci di offrire risposte strutturate a bisogni specifici.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica al paziente in ADI, la già citata DGRV n. 5273/98 prevede – come logica applicazione della continuità terapeutica – la possibilità di erogare i farmaci attraverso la struttura ospedaliera: è un ulteriore ampliamento dell'intervento multidisciplinare, capace di realizzare un progetto di continuità assistenziale integrata ospedale-territorio che, da un lato permetta di ridurre i costi complessivi del sistema, dall'altro consenta di andare incontro alle esigenze di un cittadino sempre più anziano e allo stesso tempo consapevole: realizzare una vera continuità assistenziale, che si occupi della presa in carico globale del cittadino-paziente per tutto il tempo della malattia è un obiettivo che qualsiasi sistema sanitario che si dica avanzato e centrato sul paziente deve mettere in atto.

4. Il problema

Decisamente rilevante è il problema dell'uso dei farmaci nel paziente anziano, dove

le interazioni tra i molti farmaci prescritti sono spesso piuttosto complicate.

La popolazione anziana risulta essere la più esposta all'insorgenza di reazioni avverse: studi americani affermano che il 30% dei ricoveri ospedalieri nei pazienti anziani è legato a reazioni avverse da farmaci (Hanlon *et al.*, 2001), le quali sono stimate essere la quinta causa di morte tra i pazienti anziani ricoverati. È dimostrato poi che gli effetti indesiderati dei farmaci sono due volte più frequenti, in media, dopo i 65 anni e che dal 10 al 20% di questi effetti indesiderati portano ad una ospedalizzazione (Bégaud *et al.*, 2002); probabilmente queste cifre sono sottostimate a causa della mancata notifica o alla mancata identificazione di numerosi eventi; è noto poi che dal 30 al 60% degli eventi sono prevedibili ed evitabili, in quanto sono conseguenze di un errore terapeutico (cattive indicazioni, mancato rispetto delle controindicazioni, dosaggio eccessivo o trattamento troppo prolungato), di una scarsa osservanza della posologia, di un uso inappropriato di farmaci di automedicazione da parte di pazienti anziani e in presenza di comorbilità e politerapie (Ankri, 2002).

La maggior incidenza nella popolazione geriatrica degli eventi avversi associati all'utilizzo di farmaci è da imputare non solo alle modificazioni fisiologiche (presenza di patologie multiple), ma anche alla confusione derivante dalle molteplicità delle terapie farmacologiche, dalle alterazioni della memoria, della vista e dell'abilità manuale; aggiungendo poi la frequente inadeguatezza delle confezioni dei farmaci, è evidente che l'incapacità di seguire correttamente un regime posologico e gli errori di somministrazione non possono che aumentare con l'età.

Ma la causa principale di una ridotta *compliance* alla terapia farmacologica, ovvero la situazione in cui il comportamento del paziente verso l'assunzione di un farmaco non corrisponde alle indicazioni del medico, deriva dalla scarsa comprensione della prassi da seguire, sia da parte dei pazienti, sia dei loro familiari (Offerhaus, 1998).

Dai dati presenti in letteratura, gli errori terapeutici che si manifestano con maggiore frequenza sono:

- errori di prescrizione: errata scelta del farmaco (basata sulle indicazioni, controin-

dicazioni, allergie, interazioni farmacologiche), della dose, della forma farmaceutica, della via di somministrazione, della concentrazione, ma anche una grafia illeggibile. A ciò si aggiungono gli errori causati dalla similitudine dei nomi dei farmaci e dall'uso di abbreviazioni non sempre chiare;

- errori di omissione: la mancata somministrazione di un farmaco;
- errato tempo di somministrazione del farmaco prescritto;
- somministrazione di un farmaco non prescritto;
- errore di preparazione del farmaco;
- somministrazione di un farmaco scaduto, deteriorato o non correttamente conservato;
- errore da mancata aderenza alla prescrizione (*non compliance*): spesso è da imputare alla sensazione dei pazienti che il farmaco non sia efficace o non sia necessario. Per i pazienti anziani si aggiungono le difficoltà a leggere e comprendere le istruzioni sul foglietto illustrativo e a pagare farmaci molto costosi.

Oltre ai rischi correlati con l'età avanzata (la media dei pazienti attualmente serviti nell'Azienda Ulss n. 9 di Treviso è di 80 anni), i pazienti a domicilio sono soggetti anche ad altri rischi legati ad un ambiente domestico che non è sempre adeguato alla gestione di terapie farmacologiche complesse: un'indagine condotta sul territorio dell'Azienda Ulss n. 9 ha messo in evidenza dati decisamente preoccupanti sulla gestione dei farmaci a casa:

- nelle abitazioni delle famiglie coinvolte nell'indagine sono presenti mediamente 30 confezioni di farmaci, di cui solo il 20% sono di utilizzo corrente (il restante 80% risale a prescrizioni e stati patologici non più in atto);
- il 10% dei farmaci è conservato in modo «rischioso» in quanto privo della confezione originale, privo del foglietto illustrativo, in confezioni polidose aperte da tempo imprecisato (colliri, sciroppi, gocce orali);
- i farmaci scaduti sono il 5%, mentre il 16% è di prossima scadenza (entro 3 mesi);
- per il 3% dei preparati non è chiara la data di scadenza.

In questo contesto l'intervento a domicilio di personale sanitario specializzato può permettere il rispetto dei principi fondamentali che stanno alla base di una corretta conservazione e assunzione del farmaco da parte dei pazienti in Assistenza domiciliare integrata. Grazie alla presenza a domicilio dell'infermiere – attraverso un intervento educativo mirato nei confronti del paziente e dei familiari – è possibile prevenire errori di autosomministrazione e migliorare la *compliance* farmacologica; all'atto della consegna dei farmaci, infatti, l'infermiere si assicura che la prescrizione sia totalmente compresa dai familiari e dal paziente, siano conosciute le azioni e gli effetti collaterali dei farmaci prescritti, non siano assunti contemporaneamente altri preparati non prescritti e che i farmaci siano correttamente conservati.

Il farmacista ospedaliero invece può migliorare la sicurezza nell'uso dei farmaci offrendo un valido supporto al Mmg nell'individuazione di situazioni potenzialmente pericolose (es. interazioni tra farmaci).

5. Obiettivi specifici del progetto

L'analisi dello stato di salute della popolazione dell'Azienda Ulss n. 9 evidenzia, in linea con l'andamento su tutto il territorio nazionale, il costante aumento dei pazienti non autosufficienti (+ 4% annuo) e la notevole quantità di risorse assorbita dagli ultrasessantacinquenni (circa il 47% delle risorse complessive dell'Azienda).

L'elevata prevalenza di patologie croniche nella popolazione anziana e gli elevati costi dei problemi derivati da un'inadeguata gestione delle patologie croniche stesse, hanno imposto anche all'Azienda Ulss n. 9 una revisione dei modelli assistenziali e quindi una gestione integrata di aspetti sanitari e sociali dei singoli casi. In questo contesto, particolare risalto è stato dato al potenziamento delle risposte alternative al ricovero come l'ADIMED, coinvolgendo i Medici di medicina generale e comprendendo in essa anche l'erogazione dei farmaci e dei dispositivi medici (Piano attuativo locale 2003-2005).

In accordo con il modello regionale, il servizio di Assistenza domiciliare integrata dell'Azienda Ulss n. 9 si rivolge alle persone che presentano vari gradi di non autosufficienza, siano essi minori, adulti, anziani o

portatori di handicap; obiettivo del servizio è di favorire l'autonomia delle persone non autosufficienti, mantenendole nel proprio ambiente di vita e facendosi carico del processo di recupero di tale autonomia. La presa in carico del paziente ed il relativo piano operativo sono definiti dalla UVMD che garantisce la risposta infermieristica e medica ai bisogni del paziente. Le prestazioni più comunemente erogate sono di tipo medico, medico specialistico, infermieristico e riabilitativo. Trattandosi di un servizio a forte integrazione socio-sanitaria, vengono offerte anche prestazioni di tipo socio-assistenziale, particolarmente di assistenza domestica e alla persona, da parte dei Servizi sociali comunali; la richiesta di informazioni e/o di prestazioni avviene attraverso uno sportello unico previsto in ognuno dei quattro Distretti socio sanitari (Sportello cure sanitarie a domicilio).

Per sviluppare al meglio il modello di continuità assistenziale ospedale-territorio, l'Azienda Ulss n. 9 di Treviso, grazie alla collaborazione tra Distretti socio sanitari, Medici di medicina generale, Servizio farmaceutico territoriale e Farmacia ospedaliera, nel mese di febbraio 2005 ha avviato il progetto di distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti in ADIMED. L'inserimento anche dell'assistenza farmaceutica nel programma assistenziale integrato, oltre ad essere in linea con quanto previsto dalla DGRV 5273/98, ha come obiettivo – attraverso la gestione delle terapie farmacologiche per singolo paziente – di intraprendere un'efficace azione di controllo del rischio associato all'uso di farmaci nel paziente fragile, monitorare adeguatamente le prescrizioni e migliorare nel suo complesso la qualità del servizio.

Come evidenziato in precedenza, la gestione della terapia farmacologica a domicilio di pazienti per lo più anziani, con polipatologie e politerapie, a causa della sua complessità

e della fragilità dei soggetti interessati, è un elemento di notevole rischiosità per la qualità di vita del paziente (Lesar, 2002; Philips *et al.*, 2001).

Numerosi sono gli interventi in grado di ridurre l'incidenza degli errori di terapia e le azioni devono coinvolgere diverse figure professionali, in modo da monitorare e, se possibile, migliorare tutte le fasi del processo diagnostico e terapeutico.

Il coinvolgimento del farmacista ospedaliero ha l'obiettivo di sviluppare un'attività di revisione dei piani prescrittivi dei singoli pazienti in modo da poter contribuire ad aumentare la probabilità di riconoscere gli errori (es. interazioni farmacologiche) e quindi ridurre l'incidenza (Lesar *et al.*, 1997).

Altrettanto importante è il contributo degli infermieri che, recandosi frequentemente a domicilio del paziente e consegnando personalmente i farmaci prescritti, possono offrire un grande aiuto nel guidare e controllare l'assunzione dei medicinali, e nel fornire informazioni che, contenendo forti elementi di personalizzazione, rappresentano un requisito fondamentale per una condivisione attiva all'uso dei farmaci; questo tipo di intervento riflette da vicino i «Principi generali per ridurre le reazioni avverse nel paziente anziano» pubblicati nel luglio 2005 dall'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) (tabella 2).

Un ulteriore obiettivo della sperimentazione è rappresentato dall'analisi dei costi sostenuti per gestire la nuova attività. La scarsità di risorse disponibili non consente di sviluppare nuove attività senza una precisa verifica dell'impatto economico: nella progettazione di un servizio aggiuntivo complesso come la distribuzione dei farmaci al domicilio del paziente non può non essere affrontato il problema dei costi necessari all'avviamento, al mantenimento e allo sviluppo dell'attività.

Principi generali per ridurre le reazioni avverse nel paziente anziano (Afssaps, 2005)

1. Adottare schemi terapeutici che possano facilmente essere seguiti
2. Assicurarsi che la prescrizione sia stata compresa
3. Incoraggiare il paziente a rispettare la posologia spiegandogli l'utilità dei farmaci che sta assumendo
4. Mettere in guardia il paziente dall'assumere medicinali di automedicazione e farmaci a base di erbe di propria iniziativa

Tabella 2
Principi generali per ridurre le reazioni avverse nel paziente anziano (Afssaps, 2005)

6. La strategia adottata

La sperimentazione si è sviluppata sul territorio del Distretto socio sanitario n. 3 di Villorba, su una popolazione di 62.545 abitanti, di cui 219 (0.3%) sono assistiti attraverso l'ADI. In base all'anagrafe dei pazienti in ADI e all'analisi delle prescrizioni sul territorio relative al 2004, nel mese di gennaio 2005 è stata fatta una prima mappatura per individuare con precisione le caratteristiche peculiari, dal punto di vista dell'assistenza farmaceutica, dei pazienti oggetto della sperimentazione.

Nel febbraio 2005 il progetto sperimentale – illustrato dal diagramma di Gantt (**figura 1**) – è entrato nel Piano attuativo locale (PAL) 2005-2007 ed è stata messa a punto una specifica procedura gestionale, necessaria per definire con chiarezza le responsabilità e le specifiche modalità organizzative di un'attività che integra diversi servizi e diverse professionalità.

I pazienti sono stati arruolati secondo i seguenti criteri:

- complessità della terapia farmacologica, vale a dire piani prescrittivi con più farmaci;
- possibilità di gestire attraverso il Pronuario terapeutico ospedaliero (PTO) l'intera terapia farmacologica (nel PTO sono disponibili 875 farmaci rispetto a circa 11.000 confezioni in commercio);

– disponibilità dei Medici di medicina generale.

Dal punto di vista strettamente operativo, il Mmg redige una dettagliata «scheda di avvio trattamento» (**figura 2**) – in cui viene riportata, a fianco dei dati anagrafici del paziente e della patologia, tutta la terapia farmacologica, compresa una dettagliata posologia e la durata presunta del trattamento – e la invia al Distretto che a sua volta la trasmette alla Farmacia ospedaliera.

Il farmacista valuta la prescrizione in relazione allo stato patologico: in questo modo si può verificare, contrariamente a quanto avviene nell'erogazione dei farmaci attraverso le farmacie convenzionate, la presenza di farmaci controindicati, interazioni farmacologiche ed altri eventuali problemi; al fine di ricondurre il più possibile la prescrizione alla scelta dei farmaci inclusi nel Pto, il farmacista propone eventuali modifiche, che vengono poi confermate dal Mmg. Successivamente a questa fase di verifica, nella Farmacia ospedaliera viene allestito il pacchetto nominativo contenente i farmaci in quantità sufficiente per almeno un mese di terapia: sfruttando una catena distributiva già consolidata per altre attività aziendali, il pacchetto nominativo arriva al Dss e da qui, secondo un calendario di accessi programmati e coincidenti con altri interventi assistenziali, vie-

Figura 1
Fasi di sviluppo
del progetto sperimentale

Attività	Tempi (anno 2005)											
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
Proposta e approvazione progetto												
Pianificazione attività												
Valutazione terapie farmacologiche												
Avvio attività distributiva (30 pazienti)												
Valutazione andamento attività												
Ampliamento attività distributiva (20 pazienti)												
Valutazione andamento attività												
Proposta piano di sviluppo 2006												

Figura 2

U.L.S.S. n° 9 - Treviso DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 3 tel. (0422)918734 fax (0422)608658 E-mail: segdis3ter@ulss.tv.it SCHEDA DI AVVIO TRATTAMENTO		
RICHIESTA DI FARMACI PER PAZIENTI IN ADIMED Da consegnare o spedire per fax agli indirizzi sopra indicati Data.....		
La presente scheda deve essere compilata <u>per singolo paziente</u> per la richiesta di:		
NUMERO PROTOCOLLO timbro con C.d.C e visto del responsabile del distretto	Paziente (cod. t.s.) _____ Cognome e Nome _____ Eventuale n° tel. _____ Età (anni) _____ Sesso: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Farmaci prescritti (specialità, forma farmaceutica)	Dosaggio/unità di tempo	Durata prevista trattamento
La patologia del paziente per cui è indicato tale trattamento è la seguente:		
Note		
Il medico richiedente (timbro e firma per esteso)..... Si richiede cortesemente di fornire tutte le informazioni richieste con la maggiore accuratezza possibile, al fine di una rapida evasione della richiesta, grazie.		

ne consegnato dall'infermiere a casa del paziente in orari e giorni concordati.

Presso la Farmacia ospedaliera i dati delle singole prescrizioni vengono inseriti, con il dettaglio della posologia, in un foglio elettronico che permette di calcolare i costi/risparmi, aggiornare il calendario di distribuzione settimanale/mensile e produrre un documento (figura 3) che – oltre a costituire la «picking list» per gli operatori tecnici che provvedono ad allestire i pacchetti nominativi – consente di verificare a domicilio il rispetto della terapia in corso: infatti per ogni farmaco prescritto viene indicato il nome commerciale, il principio attivo, la quantità consegnata, la posologia, la durata della fornitura, ovvero la

data della successiva consegna, le modalità di conservazione ed eventuali avvertenze.

Quando i pacchetti nominativi vengono consegnati per la prima volta a domicilio, l'infermiere del Distretto fornisce al paziente ed ai familiari tutte le informazioni necessarie sull'organizzazione del servizio, nonché sulle modalità di assunzione della terapia; inoltre viene spiegata la necessità di attenersi scrupolosamente a quanto prescritto dal medico e riportato sul foglio informativo redatto dal farmacista; ad ogni visita successiva, dal controllo dei farmaci rimasti in giacenza presso il paziente, l'infermiere può riconoscere l'eventuale rispetto della posologia o identificare assunzioni non conformi alla

Figura 3

Documento allegato ai farmaci consegnati a domicilio

Si consegnano al Sig.		I seguenti farmaci:	
Farmaco (principio attivo - nome commerciale)	Posologia	Quantità consegnata	Prossima consegna
Complesso vitaminico gocce – IDROPLURIVIT®	20gtt + 20gtt	2 flac	29.12.05
Digossina 0.125mg cp – LANOXIN®	1 cp ore 8	30 cp	29.12.05
Enalapril 20mg cp – NAPRILENE®	1 cp ore 8	28 cp	27.12.05
Lattulosio sospensione – NORMASE®	2 cucchiari	2 flac	29.12.05
Risperidone 2mg cp – RISPERDAL®	1 cp ore 20	60 cp	01.03.06
Triazolam 0.25mg cp – HALCION®	1 cp ore 22	40 cp	29.01.06
Insulina lispro flac – HUMALOG® conservare in frigorifero	8 + 6 + 8 ui	1 flac	29.12.05

Il farmacista

prescrizione. L'accesso dell'infermiere rappresenta inoltre un momento molto importante per discutere con il paziente – o con chi lo assiste – il nome, lo scopo e gli effetti della terapia, e anche per il continuo monitoraggio di eventuali effetti indesiderati e/o inattesi della terapia. In questo modo è possibile soddisfare le importanti raccomandazioni emanate nel 1999 dal *National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention*:

- il Consiglio raccomanda che al momento della somministrazione vengano discussi con il paziente, o con chi lo assiste, il nome, lo scopo e gli effetti della terapia;
- il Consiglio raccomanda il continuo monitoraggio del paziente per gli effetti desiderati e/o inattesi della terapia.

In Farmacia viene archiviata tutta la documentazione ed il farmacista elabora una specifica reportistica con particolare attenzione ad indicatori di attività e analisi costo/beneficio.

Oltre all'attività descritta, il farmacista è in grado di produrre un'approfondita analisi del piano prescrittivo di ogni singolo paziente grazie alla banca dati del Sistema di informazione clinica computerizzata edito

da Micromedex®, un'azienda americana che pubblica database e strumenti di supporto per l'attività scientifica pensati per rispondere alle esigenze pratiche degli operatori sanitari. I contenuti di ciascun *database* sono il risultato di un processo editoriale svolto da un *Editorial Board* internazionale a garanzia della totale indipendenza e attendibilità scientifica dei contenuti (*Evidence Based Medicine*). I primi risultati, hanno fornito un ottimo punto di partenza per aprire uno stretto dialogo tra medico e farmacista; poiché il rischio di interazioni farmacologiche anche severe (definite «maggiori») è presente nella maggioranza dei pazienti monitorati, da febbraio 2006 si è ritenuto opportuno aprire un importante canale di comunicazione tra farmacista e medico di medicina generale; il medico viene informato via mail con un'accurata reportistica sulle interazioni a cui è esposto ciascun proprio assistito in ADI: sono evidenziate le interazioni «maggiori» e «minori», non solo tra farmaco e farmaco, ma anche eventuali interazioni dei farmaci prescritti con cibi, fumo, alcool e le possibili alterazioni delle indagini di laboratorio; delle interazioni maggiori viene poi fornito (in italiano) uno specifico suggerimento di «clinical management» (figura 4).

Figura 4



SERVIZIO di FARMACIA OSPEDALIERA
Azienda ULSS N. 9

Medico	...	Distretto	...
Paziente	Cognome	Nome	Tessera sanitaria ...

Terapia farmacologica

Depakin Chrono® Acido Valproico	Isoptin® Verapamil	Pantorc® Pantoprazolo	Cardioaspirin® Acido Acetil Salicilico	Lanoxin® Digossina
--	-------------------------------------	--	---	-------------------------------------

Interazioni farmaco-farmaco

Caso 1		
Farmaci	Digossina	Verapamil
<i>Classe terapeutica</i>	Glucosidi digitalici	Calcio-antagonisti

Effetto avverso	<i>L'uso concomitante di Digossina e Verapamil può portare ad un aumento delle concentrazioni di digossina nel siero e aumentata tossicità (nausea, vomito, aritmie)</i>	Grado severità	<i>Maggiore</i>
		Insorgenza	<i>Rapida</i>
		Documentazione	<i>Eccellente</i>
Clinical Management	Monitorare il paziente per quanto riguarda i segni e sintomi (nausea, vomito, disturbi del ritmo cardiaco) della tossicità da glucosidi digitalici e evidenze di laboratorio circa aumentate e non accettabili concentrazioni della digossina nel siero. Aggiustare la dose se richiesto.		

Altre interazioni minori o moderate			
1	Farmaci	Acido Acetil Salicilico	Verapamil
	<i>Classe terapeutica</i>	Antitrombotici	Calcio-antagonisti
2	Farmaci	Acido Acetil Salicilico	Acido Valproico
	<i>Classe terapeutica</i>	Antitrombotici	Antiepilettici

Note eventuali

Servizio di Farmacia Ospedaliera
Responsabile: Dr. Giovanni Berti – Telefono: 0422715515

GRADO SEVERITÀ Maggiore Moderata Minore	DOCUMENTAZIONE Eccellente Buona Discreta Insufficiente
---	---

Tabella 3

Valutazione dei costi del personale

Personale coinvolto nel progetto	Impegno orario (ore/mese)	Costo orario (euro)	Costo mensile (euro)
Infermiere	60	17	1.020
Farmacista	4	27	108
Operatori tecnici	3	13	39
Operatori amministrativi	3	13	39
Totale costo mensile del personale			1.206
Risparmio medio mensile (15 mesi)			3.359

Infine, per ottenere un'evidenza dell'efficacia del progetto e misurare in modo obiettivo il livello di performance raggiunto, si è programmato di valutare, a un anno dall'avvio del progetto, la qualità percepita da parte degli utenti del servizio di consegna farmaci a domicilio: l'indagine di *customer satisfaction* proposta ai pazienti in ADI offre l'opportunità di rilevare il punto di vista del cliente, di valutare eventuali criticità e rivedere l'organizzazione in un'ottica di miglioramento continuo della qualità del servizio offerto. A tal proposito è stata redatto e distribuito a tutti i pazienti serviti un questionario: si tratta di una scheda a compilazione autonoma per garantire l'anonimato, allegata al pacchetto contenente i farmaci e costituita da domande semplici del tipo «liste di controllo» e «scala verbale».

7. I risultati

In un contesto sanitario come quello attuale, in cui i mezzi limitati inducono a far fronte a bisogni illimitati, risulta essenziale la capacità di governare le poche risorse disponibili, ed è pertanto assolutamente indispensabile la valutazione dell'impatto economico dell'iniziativa, per orientare adeguatamente le attività assistenziali.

Nei primi 15 mesi di attività, con una valutazione fatta esclusivamente sulla base del ridotto costo dei farmaci acquisiti attraverso

gara regionale dall'Azienda Ulss n. 9 e senza considerare la riduzione degli sprechi indotta dalle consegne programmate di quantità di farmaco non superiore a trenta giorni di terapia, è stato ottenuto un risparmio medio di 3.359 €/mese.

Tale risultato, pur non rappresentando di per sé un valore di particolare rilevanza, specialmente se paragonato ad altre consolidate attività di distribuzione diretta (per esempio l'erogazione di farmaci ai pazienti all'atto della dimissione ospedaliera o la distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT, che nell'Azienda Ulss n. 9 producono un risparmio rispettivamente 10 volte e 100 volte maggiore), è comunque più che sufficiente a coprire i costi sostenuti per il personale dedicato alla nuova attività (**tabella 3**): nella valutazione dell'impatto economico va sicuramente tenuto in debita considerazione che questo nuovo modello organizzativo offre, senza gravare sul bilancio aziendale, un servizio complessivamente di qualità superiore ai pazienti in ADI.

Nei primi 15 mesi sono stati seguiti 60 pazienti (il campione è rappresentato in **tabella 4**) ed è stato prodotto un risparmio di 50.395 €, pari a 840 €/paziente (**figura 5**). I piani terapeutici monitorati sono stati 84, con 24 revisioni occorse nel tempo. Tutti i suggerimenti proposti dal farmacista, orientati a riportare le prescrizioni all'interno del PTO, sono state condivisi e pienamente accettati dai Mmg, al punto da soddisfare con i farmaci presenti in PTO l'87% delle richieste (**figura 6 e tabella 5**).

La revisione dei piani terapeutici da parte del farmacista ha offerto la possibilità di monitorare l'eventuale presenza di interazioni farmacologiche più o meno significative;

Tabella 4

Descrizione del campione

	Maschi	Femmine	Totale
Numero pazienti	33	27	60
Età media	74.2	83.8	78.6
Numero pazienti con pluriprescrizione	32	26	58

i dati relativi a questa analisi, sintetizzati in **tabella 6**, hanno evidenziato la presenza di rischio di interazione «maggiore» per un paziente su tre (29.3%), rischio di interazione «minore» per due pazienti su tre (72.4%) e, in media, la presenza di un'interazione rilevante per ogni piano prescrittivo; inoltre, è stato evidenziato un chiaro aumento del rischio di interazioni in proporzione al numero dei farmaci prescritti (il tutto senza tener conto della gravità dello stato patologico del paziente!).

Per quanto riguarda la gestione della terapia farmacologica a domicilio, l'intervento dell'infermiere ha messo in luce numerosi casi di «non compliance». Queste situazioni sono talvolta anche gravi, al punto di compromettere il buon esito del trattamento: spesso infatti, i pazienti e/o i familiari non rispettano le indicazioni posologiche, non assumono o non somministrano i farmaci prescritti oppure assumono farmaci o altri preparati prescritti per altri familiari o in periodi precedenti o da altri medici (prescrizioni multiple) e, così facendo, aumentano enormemente il rischio di reazioni avverse; il rischio legato alla non corretta assunzione dei farmaci, specie in pazienti anziani, può essere ridotto introducendo il controllo costante da parte di personale sanitario e, soprattutto, attraverso una corretta e completa informazione che il personale infermieristico del Distretto può fornire all'assistito e ai suoi familiari.

Tra i vari vantaggi prodotti dalla consegna diretta al domicilio del paziente, non va poi dimenticato che – grazie a questa modalità di fornitura – si riducono notevolmente i disagi che le persone socialmente isolate e i loro familiari devono accollarsi per recarsi dal proprio medico di base e presso le farmacie convenzionate.

Dal punto di vista organizzativo è importante sottolineare che il carico di lavoro aggiuntivo derivante dalla nuova attività è stato riassorbito dai servizi coinvolti attraverso un'efficace riorganizzazione interna e, a tutt'oggi, per la gestione di più di 70 pazienti, non è stato necessario ricorrere ad un aumento del personale, né sviluppare ulteriormente la catena distributiva aziendale.

Infine, i primi dati raccolti per misurare la qualità percepita con l'indagine di *customer satisfaction* sono decisamente incoraggianti: il parere espresso dalle 26 famiglie che hanno

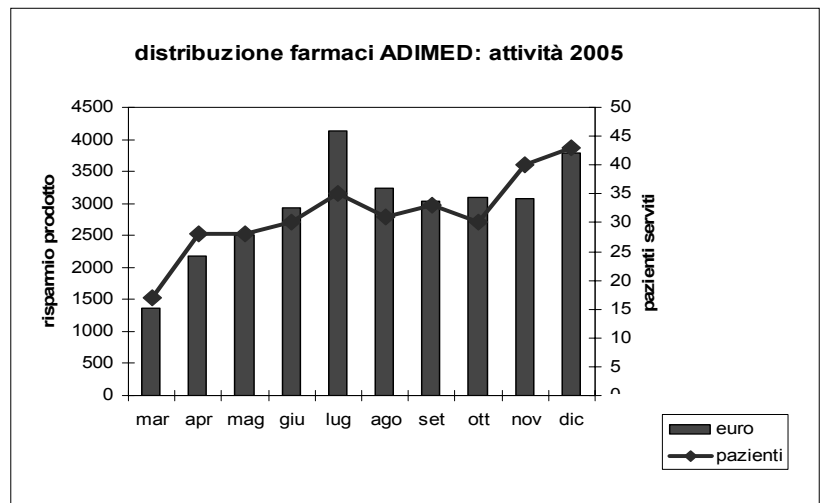


Figura 5
Numero pazienti serviti e risparmi prodotti nel 2005

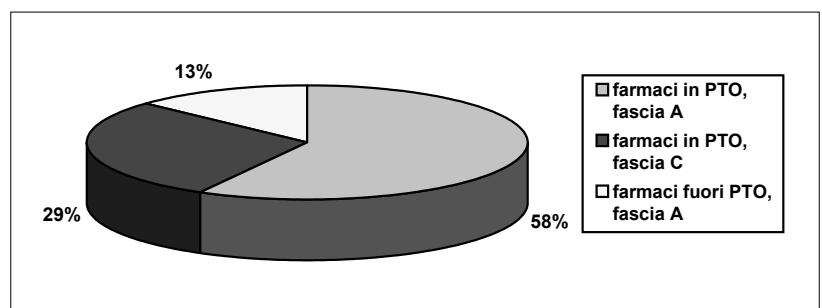
aderito all'iniziativa (con un soddisfacente tasso di risposta pari al 58%) è assolutamente positivo. È stata sottolineata in particolare la notevole disponibilità degli infermieri che si recano a domicilio del paziente; anche l'organizzazione ha avuto apprezzamento, come pure la qualità del servizio nel suo insieme; soltanto una parte dei pazienti (32%) ha lamentato una incompletezza delle informazioni fornite dal medico in merito al nuovo servizio offerto, mentre l'informazione data dall'infermiere è stata giudicata per lo più completa e corretta (92%).

Sarà interessante, in un immediato futuro, valutare anche l'impatto dell'attività sul Medico di medicina generale, per raccogliere anche i suoi suggerimenti per migliorare un servizio che dovrebbe avere delle ricadute positive su tutta l'organizzazione assistenziale.

8. Conclusioni e prospettive

In uno scenario socio-demografico contrassegnato dall'aumento della popolazione

Figura 6
Distribuzione dei farmaci prescritti ai pazienti in ADI rispetto a Classe Ssn e presenza in PTO



anziana, della cronicità e della disabilità, che deve confrontarsi con i problemi gestionali ed economici derivanti dalla specializzazione dei servizi ospedalieri, la diffusione e il rafforzamento dell'ADI rappresenta una vera e propria sfida per il sistema sanitario.

Un'organizzazione sanitaria che finalmente ruoti attorno al cittadino, soprattutto alle fasce più deboli come gli anziani, i disabili e coloro che sono affetti da patologie croniche, rappresenta oggi una priorità assoluta.

Nella realtà trevigiana, la collaborazione tra servizi e l'integrazione tra livelli organizzativi e gestionali ha permesso di rendere più efficaci gli interventi e, rafforzando i rapporti tra ospedale e territorio, non solo ha favorito la continuità assistenziale, ma ha anche offerto un importante strumento per la gestione del rischio legato alla terapia farmacologica: deve infatti essere sempre ben presente che uno dei requisiti basilari dell'assistenza sanitaria, insieme ad efficacia e appropriatezza, è certamente quello della sicurezza.

Lo sviluppo dell'integrazione attraverso l'erogazione dei farmaci a domicilio, sotto lo stretto controllo di una squadra composta da medici, infermieri e farmacisti, ha sicu-

ramente consentito di migliorare la qualità della gestione delle terapie farmacologiche, coinvolgendo il paziente e la famiglia nelle scelte terapeutiche; la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, la presa in carico globale e la continuità terapeutica trovano in questo modello sperimentale un'ideale realizzazione, offrendo al paziente un servizio efficace, più sicuro e privo di costi aggiuntivi per l'Azienda.

Infine, per garantire ai cittadini l'uniformità delle prestazioni rese nei diversi punti del territorio, è stato avviato da aprile 2006 un progetto di estensione del servizio di distribuzione diretta dei farmaci ad una seconda sede distrettuale, con l'intento di passare da un modello sperimentale ad una vera e propria organizzazione aziendale dell'attività.

Note

1. Secondo le Linee Guida VMD (sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile - 2001) gli anziani fragili sono «quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico».

Tabella 5

Tipologia dei farmaci prescritti e impatto economico (anno 2005)

	N.	% su totale farmaci utilizzati	Costo ospedale	Costo territorio	Risparmio
Farmaci utilizzati per pazienti in ADI	54 (*)	–	9.527 €	38.828 €	29.301 €
Farmaci in P.T.O. (fascia A)	31	58%	8.562 €	37.584 €	29.022 €
Farmaci in P.T.O. (fascia C)	16	29%	242 € (**)	0	– 242 €
Farmaci fuori P.T.O. (fascia A)	7	13%	723 €	1.244 €	521 €

(*) Pari al 6.2% dei farmaci disponibili nel P.T.O.

(**) Pari al 2.5% della spesa totale: la DGRV n. 5273 fissa un tetto massimo per i farmaci fascia C pari al 10% sulla spesa totale: «... la spesa conseguente alla prescrizione di farmaci di fascia C ... *omissis* ... non può superare in alcun caso il 10% della spesa totale sostenuta per i farmaci nell'ambito del complessivo programma ADIMED, attivato a livello locale».

Tabella 6

Analisi delle interazioni farmacologiche

Totale pazienti	60	
Pazienti con pluriprescrizione	58	96.6%
Interazioni «maggiori»	17	29.3%
Interazioni «minori»	42	72.4%
Totale interazioni, su 58 piani prescrittivi	59	101.7%

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

- AFSSAPS (2005), «Principi generali per ridurre le reazioni avverse nel paziente anziano», Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- ANKRI J. (2002), «Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé», *Gérontologie et Société*, 103, pp. 93-103.
- AZIENDA ULSS N. 9 DI TREVISO (2005), «PAL (Piano attuativo locale) 2005-2007».
- AZIENDA ULSS N. 9 DI TREVISO (2005), «PTO (Prontuario Terapeutico Ospedaliero)».
- BÉGAUD B. *et al.* (2002), «Does age increase the risk of adverse drug reaction?», *Br J Clin Pharmacol*, 54, pp. 548-552.
- DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE DEL VENETO N. 5273 (1998), «Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI».
- HANLON J.T. *et al.* (2001), «Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients», *J Am Geriatr Soc*, 49(2), pp. 200-209.
- LESAR T.S. *et al.* (1997), «Factors related to errors in medication prescribing», *JAMA*, 277(4), pp. 312-317.
- LESAR T.S. (2002), «Prescribing errors involving medication dosage forms», *J Gen Intern Med*, 17(8), pp. 579-587.
- OFFERHAUS L. (1998), *Farmaci per l'anziano*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- PHILLIPS J. *et al.* (2001), «Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors», *Am J Health-Syst Pharm*, 58(19), pp. 1835-1841.

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.

Benchmarking di performance e processo: il caso dei laboratori ospedalieri di analisi

PAOLO ZANABONI, EMANUELE LETTIERI, CRISTINA MASELLA, MARCELLO CRIVELLINI

This paper contributes to the national literature about performance evaluation of healthcare services analyzing the hospital laboratories. The methodology consists in a comparison model designed to support health providers in the reengineering of laboratory process in order to achieve both efficiency and effectiveness. The study has been made through a benchmarking analysis focused on performance and process. The analysis have been subsequently refined through the use of case studies performed on three hospital in Lombardia. The main purpose is to investigate the linkages between performance and process. Results are relevant for both the health regulators and health providers in order to improve the cost-effectiveness ratio of healthcare services.

Note sugli autori

Paolo Zanaboni, è collaboratore di ricerca presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale, Politecnico di Milano - E-mail: paolo.zanaboni@polimi.it

Marcello Crivellini, è professore presso il Dipartimento di Ingegneria Biomedica, Politecnico di Milano
Emanuele Lettieri è ricercatore presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale, Politecnico di Milano
Cristina Masella è professore presso il Dipartimento di Ingegneria Gestionale, Politecnico di Milano

Ringraziamenti

Gli autori intendono ringraziare le aziende sanitarie che hanno partecipato con vivo entusiasmo alla presente ricerca e tutti coloro che, rispondendo alle interviste o partecipato ai tavoli di lavoro, hanno contribuito a conseguire i sopradescritti risultati

1. Introduzione e obiettivi del lavoro

Negli anni recenti, l'applicazione dei decreti di riordino del Servizio sanitario nazionale (D.L. vi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993) ha evidenziato alcuni nodi strategici, tra i quali l'esigenza di una maggiore attenzione alla qualità del servizio erogato, all'utilizzo delle risorse, alla razionalizzazione della spesa sanitaria e alla valutazione delle prestazioni raggiunte, nonché l'introduzione di una cultura di confronto tra le diverse aziende sanitarie, fondata sia sui risultati ottenuti sia sul soddisfacimento delle richieste specifiche dei cittadini. Anche i laboratori di analisi, come tutte le funzioni ospedaliere, sono attualmente coinvolti in un processo di riorganizzazione finalizzato al recupero di efficienza e al miglioramento dell'efficacia. Il forte impegno della medicina di laboratorio per il miglioramento della qualità analitica è testimoniato dal continuo rafforzamento di programmi di controllo della qualità nei Paesi più industrializzati, unitamente alla diffusione di certificazioni e accreditamenti, nonché all'adozione di normative in tema di sicurezza sempre più stringenti. Tali azioni sono volte a migliorare la procedura analitica, che tuttavia costituisce una sola delle determinanti delle performance di un laboratorio di analisi. La qualità del processo di laboratorio infatti non dipende esclusivamente dalla sola qualità analitica, ma sono coinvolte altre variabili di rilevante importanza che possono incidere significativamente sulla qualità globalmente percepita dall'utente del servizio, ma sulle quali è dedicato un livello di attenzione inferiore. Tra i principali fattori è possibile enunciare l'entità dei tempi di processo (*turnaround time* - TAT), l'orga-

SOMMARIO

1. Introduzione e obiettivi del lavoro
2. Metodologia di ricerca
3. Framework
4. Analisi empirica e risultati
5. Utilità del lavoro e sviluppi futuri

nizzazione interna del dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio, la pianificazione delle attività e l'utilizzo di tecnologie innovative anche per le fasi pre-analitica e post-analitica. Si rileva inoltre una carenza di studi relativi alla redditività dei laboratori e all'efficienza di utilizzo delle risorse interne.

Alla luce di tali considerazioni, il presente lavoro si pone quale obiettivo primario quello di indagare le tematiche sopra citate effettuando una valutazione comparata tra alcuni dipartimenti di medicina di laboratorio. Il ricorso ad un'ottica comparativa permette infatti un tipo di osservazione rivolta all'esterno dell'azienda, finalizzata al confronto delle proprie performance con quelle conseguite da altre strutture sanitarie che sull'eccellenza nella gestione di alcuni processi sanitari e gestionali hanno costruito il proprio successo competitivo. Il confronto con l'esterno espone dunque la realtà sanitaria a una verifica immediata sia in merito agli spazi di miglioramento potenziale dei propri livelli di performance, sia all'adeguatezza delle soluzioni gestionali all'interno della propria organizzazione; a questo approccio è legato lo sviluppo del *benchmarking*. Tale *modus operandi* è oggi sempre più accettato e diffuso in ambito di pubblica amministrazione (es. università, sanità, amministrazioni locali) e sta originando numerose sperimentazioni a livello regionale e nazionale. La scelta di ricorrere allo strumento del *benchmarking* quale metodologia di indagine per la valutazione comparativa dei laboratori deriva innanzitutto dalla possibilità di disporre di una valutazione oggettiva del processo, di individuarne i *benchmark*, ovvero specifici standard prestazionali identificati come eccellenti, nonché le possibili aree di miglioramento. Inoltre la conoscenza del funzionamento di altre organizzazioni ed il conseguente allargamento della propria base di esperienze possono essere usati dal personale di laboratorio come patrimonio informativo per lo sviluppo di nuove idee e il miglioramento delle performance aziendali, in accordo con le logiche della *learning organization* (Croce *et al.*, 2004). Il ricorso al *benchmarking* costituisce quindi un indispensabile strumento di miglioramento organizzativo volto alla re-ingegnerizzazione delle modalità operative

di processo finalizzata al recupero di efficienza ed efficacia.

In secondo luogo risulta molto importante, da un lato, approfondire la conoscenza dell'intero processo diagnostico di laboratorio, allargando l'analisi dalla sola qualità analitica anche alle fasi pre-analitica e post-analitica. Dall'altro lato, è utile proporre integralmente una misurazione delle performance derivanti dalle diverse configurazioni adottate sul processo. La peculiarità del presente lavoro consiste infatti nel proporre un modello di *benchmarking* che pone il proprio *focus* integralmente sia sulle performance dei laboratori che sul processo. Un confronto congiunto di questo tipo permette infatti non solo una valutazione dei risultati raggiunti, ma anche di verificare l'esistenza di relazioni tra i fattori di processo e le performance. La pietra angolare della ricerca consiste, infatti, nella volontà di esplicitare i legami tra le performance di un laboratorio di analisi e le diverse determinanti del processo al fine di comprendere le ragioni delle variazioni ed evidenziare le aree per le quali risulta più critica l'applicazione di una re-ingegnerizzazione di processo, con azioni di miglioramento volte all'ottimizzazione gestionale e all'eccellenza.

2. Metodologia di ricerca

La metodologia del *benchmarking* affonda le sue radici nella filosofia del miglioramento continuo e formalizza un processo di valutazione strutturata e permanente, finalizzata a confrontare le informazioni sulle performance delle organizzazioni, funzioni e processi e sulle cause strutturali delle performance, cioè sulle tecnologie e sulle pratiche manageriali e organizzative, con l'obiettivo di stimolare il miglioramento continuo (Bartezzaghi *et al.*, 1999). Sono definite in letteratura e nella pratica aziendale diverse tipologie di *benchmarking*: (i) *interno*: esame delle attività svolte da un'azienda e analisi delle performance raggiunte dalle unità organizzative; (ii) *competitivo*: confronto con i concorrenti migliori; (iii) *settoriale*: variante del *benchmarking* competitivo che comprende più aziende appartenenti al medesimo settore; (iv) *best-in-class*: confronto delle performance con il riferimento assunto ad eccellenza in merito ad una determinata

prestazione. In ciascuna tipologia di *benchmarking*, il confronto tra le performance conseguite e valori target (definiti internamente o dal confronto con l'esterno) rappresenta di fatto la pietra angolare per la definizione di programmi di miglioramento delle performance aziendali, attraverso una chiara identificazione delle priorità e dei margini di miglioramento (Camp, 1996). Infatti la *best practice* diventa contemporaneamente un punto di riferimento, un obiettivo stimolante, ma soprattutto un obiettivo raggiungibile. Cruciale in un progetto di *benchmarking* è l'analisi dei *trade-off* tra le performance (soprattutto di qualità e costo) nonché la chiara consapevolezza che tra performance e determinanti di processo esiste un fisiologico sfasamento temporale. Il successo di un'analisi di *benchmarking* consiste non solo nella capacità di individuare e isolare parametri e misure comuni relative ad una stessa funzione, ma anche nell'abilità di rielaborare i dati raccolti, adattandoli alle peculiarità della propria realtà aziendale (Cook, 1996).

A partire dagli anni ottanta in molti Paesi occidentali si è dato avvio ad un processo di profonda trasformazione delle amministrazioni pubbliche finalizzato a fornire i servizi di pubblica utilità in modo efficace ed efficiente. In tale contesto di tensione al cambiamento e all'innovazione, derivante dai recenti processi di riforma e modernizzazione della pubblica amministrazione, trovano collocazione diverse iniziative volte a favorire la rilevazione e il confronto delle prestazioni. Gli esempi di *benchmarking* applicato alle aziende sanitarie non sono molto numerosi e riguardano soprattutto i Paesi anglosassoni (Stati Uniti e Regno Unito) e il Canada. Emblematico, ad esempio, è stato il significativo sforzo del sistema sanitario inglese nella definizione di un sistema di confronto delle performance delle aziende sanitarie attraverso un sistema a stelle (Cattabeni, 2005), che tuttavia ha incontrato un forte scetticismo sia tra gli operatori sia tra gli accademici. Per quanto concerne l'Italia, nell'ultimo decennio, il *benchmarking* sta vivendo un discreto processo di accettazione e diffusione, soprattutto nei settori *non-profit*, che più di altri ricercano *best practice* a cui tendere in termini di efficienza ed efficacia. La sanità rappresenta di sicuro il settore tra quelli *non-profit* che maggiormente ha «sposato» tale

metodologia sia per processi sanitari sia per quelli amministrativi (Ferri, 1997). Esempi applicativi sono i servizi di ristorazione, pulizia, e smaltimento dei rifiuti, la gestione delle risorse umane, il controllo di gestione, la contabilità economica, il pronto soccorso e le attività in emergenza (Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna, 1998), il Centro unico delle prenotazioni, i poli-ambulatori, (Mallarini, 2003), il blocco operatorio (Longo, Masella, 2002), la motivazione e la soddisfazione del personale (Sargiacomo, 1998), le certificazioni e i bilanci di esercizio (Banchieri, 2003).

La progressiva automazione dei laboratori di analisi per il recupero di efficienza e di tempestività ha favorito la diffusione di una cultura di processo presso tali unità organizzative. Per tale ragione, nel rispetto delle normative vigenti, il laboratorio di analisi è percepito dal management delle aziende sanitarie come una «scatola nera» che fornisce prestabiliti servizi alle altre unità produttive, le cui performance (in termini di qualità, costi e tempi) sono valutate ai morsetti. In tale ottica, il presente studio ha identificato due prospettive di azione: da un lato sono state formalizzate le performance ai morsetti (in una logica di *service level agreement* – SLA – tra il management dell'azienda sanitaria e il *process owner* del laboratorio di analisi) e dall'altro lato sono state identificate le determinanti organizzativo-gestionali e tecnologico-informative delle prestazioni ai morsetti (in una logica di supporto alla definizione di azioni di miglioramento radicale). Sulla base di tali considerazioni si è quindi provveduto alla progettazione di un modello di *benchmarking* consapevole (ovvero coinvolgendo direttamente le aziende sanitarie), formalizzato per la valutazione dei laboratori ospedalieri di analisi, orientato in primo luogo alla misurazione di un cruscotto di indicatori di performance e all'individuazione dei migliori risultati (*best performance*); in secondo luogo si è provveduto allo svolgimento di un *benchmarking* orientato ai processi di laboratorio, con l'obiettivo di evidenziare le migliori soluzioni procedurali (*best practice*).

L'ottica comparativa del modello di *benchmarking*, al fine di verificarne le capacità esplicative, necessita naturalmente di una sperimentazione su un campione selezionato di aziende sanitarie. In particolare

la scelta dei laboratori deve rispettare il requisito di confrontabilità delle strutture, le quali devono essere tra loro omogenee in termini di:

- *localizzazione geografica*, che impone che le strutture di laboratorio del campione siano localizzate all'interno di una stessa regione per uniformità della normativa locale;
- *dimensione*, che predilige il confronto tra strutture caratterizzate da un'entità dimensionale delle attività simile (posti letto, personale, prestazioni, ricoveri, giornate di degenza);
- *livello di specializzazione* delle attività sanitarie ospedaliere, in quanto diversità a livello aziendale giustificano facilmente differenze a livello di prestazioni di laboratorio.

A valle di tali considerazioni, per lo studio in esame sono stati coinvolti tre ospedali lombardi, di grandi dimensioni (> 700 posti letto) e non specializzati in una specifica branca medica, bensì erogatrici dell'insieme di tutte le funzioni sanitarie. L'omogeneità delle realtà ospedaliere scelte è sintetizzata dalle **tabelle 1 e 2**, le quali raccolgono parametri dimensionali riguardanti sia il sistema ospedale¹ che i dipartimenti di laboratorio². Allo scopo di garantire l'anonimato delle tre aziende sanitarie facenti parte del campio-

ne, ci si riferirà ad esse genericamente con l'appellativo di Ospedale A, B e C. Tra le grandezze mostrate, la superficie lorda di pavimentazione misura la dimensione di superfici interne in metri quadrati; è anche fornita una classificazione dello stato di adeguatezza delle strutture.

3. Framework

La progettazione del modello di *benchmarking* è stata svolta tramite il giudizio di un panel di esperti comprendente i *process owner* dei laboratori di analisi oggetto del *benchmarking* e i direttori sanitari delle rispettive aziende sanitarie. Un ulteriore giudizio è stato richiesto ai dirigenti medici e al personale infermieristico operante presso i laboratori di analisi. L'architettura del modello di *benchmarking* progettato è schematizzata in **figura 1**.

In primo luogo è previsto lo svolgimento di un *benchmarking orientato alle performance*, basato sulla misurazione di un dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio secondo tre tipologie di indicatori, selezionati in accordo con i responsabili dei laboratori coinvolti e coerentemente a quanto riportato in letteratura in tema di *benchmarking* sui laboratori (Heatherlay, 2000; Galloway, Nadin, 2001):

Tabella 1

Sintesi sulle grandezze generali relative agli ospedali selezionati (2003)

OSPEDALI	Ospedale A	Ospedale B	Ospedale C
Posti letto	767	1.310	714
> ordinari	695	1.140	668
> di <i>day hospital</i>	72	170	46
Personale totale	2.141	4.515	2.784
> personale medico	398	737	422
> personale infermieristico	786	1.673	1.314
Ricoveri annui	17.133	34.416	20.561
Gg degenza ordinaria	141.637	342.410	168.839
Gg <i>day hospital</i>	33.083	89.523	21.285
Superficie lorda pavimentazione	101.495	143.056	140.800
> scadente	81%	50%	–
> sufficiente	3%	18%	–
> buono	2%	–	100%
> in ristrutturazione	14%	32%	–

LABORATORI	Ospedale A	Ospedale B	Ospedale C
Prestazioni	3.080.705	3.783.153	3.604.865
> per interni	1.866.423	2.337.004	1.713.024
> per esterni	1.214.282	1.446.149	1.891.841
Personale equivalente totale	109,74	216	154,85
> dirigenti medici	14	23	20,75
> dirigenti sanitari	12	20	15,75
> tecnici sanitari	59	108	69,69
> operatori tecnici	8,8	32	18,88
> infermieri	3,6	12	11,74
> amministrativi e altro	12,34	21	18,08
Ricavi	€ 13.949.027,57	€ 18.171.158,63	€ 18.771.923,96
Costi materiali diretti e personale	€ 12.042.692,22	€ 10.668.940,48	€ 13.377.485,82

Tabella 2
Sintesi sulle grandezze relative ai dipartimenti di medicina di laboratorio (2004)

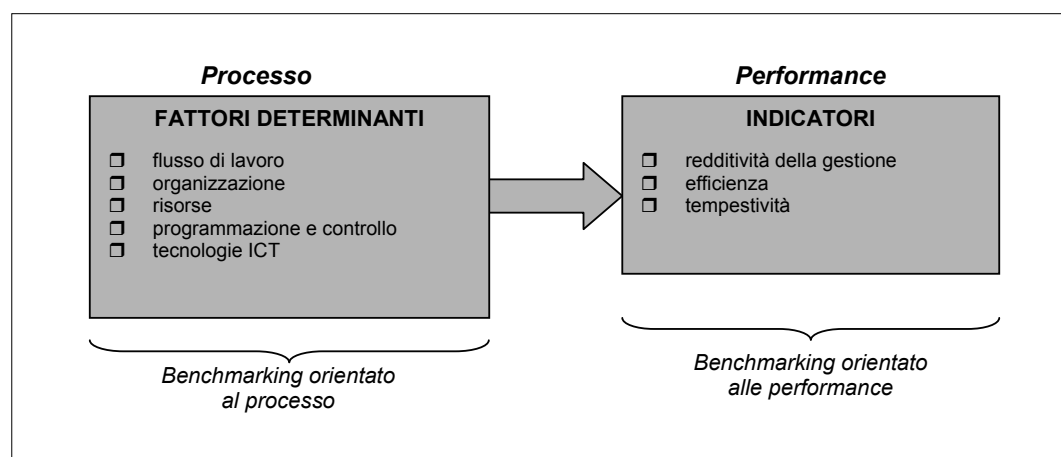


Figura 1
Framework di valutazione dei laboratori di analisi

- di redditività della gestione;
- di efficienza;
- di tempestività.

La redditività della gestione è misurata da due indici che forniscono congiuntamente una chiara rappresentazione dell'andamento economico di un laboratorio di analisi: il rimborso medio per prestazione (derivante dal tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali) e il costo medio per prestazione.

L'efficienza è impostata rispetto alla razionalizzazione del personale di laboratorio, che rappresenta la risorsa critica, e al suo utilizzo in rapporto al volume delle attività svolte; l'indice elaborato consiste pertanto

nel numero medio di prestazioni per unità di personale medico.

Infine per la tempestività si è provveduto alla rilevazione del *turnaround time* (TAT) relativo ad un campione rappresentativo di esami.

Occorre apportare due ulteriori considerazioni riguardanti la scelta del sistema di misurazione delle performance: innanzitutto non è stato possibile includere, al fine della valutazione della qualità interna, un confronto sugli errori di processo, dal momento che questi non tenuti a registro dai laboratori. Tuttavia tale grandezza rappresenta un importante indicatore della qualità analitica, e in tal senso occorrerebbe sviluppare un sistema di registrazione e monitoraggio degli

errori di processo. Una seconda osservazione è relativa alla *customer satisfaction*, cioè al livello di servizio percepito dall'utente: in questo caso nell'analisi di *benchmarking* risulterebbe utile la costruzione di questionari con domande semplici per la rilevazione della soddisfazione del cliente sia per le operazioni di prenotazione e ritiro dei referti che per il prelievo.

Inoltre, essendo le performance di un laboratorio ospedaliero diretta conseguenza delle soluzioni adottate nelle diverse fasi in cui si articola il processo, è risultato indispensabile comprendere l'esistenza di legami tra le performance e le determinanti di processo. Pertanto è stato condotto un *benchmarking orientato al processo*. In particolare questa seconda analisi si focalizza sullo studio di cinque *fattori determinanti*, definiti secondo i principi del *Business Process Reengineering (BPR)*, che influiscono sul processo adottato da ciascuna struttura di laboratorio:

– *il flusso di lavoro*, cioè l'articolazione delle attività che costituiscono il processo di erogazione del servizio di un'unità di laboratorio, includendo i vincoli dati dalla disposizione fisica delle strutture all'interno dell'area ospedaliera;

– *l'organizzazione*, intesa a livello macro (riferita al dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio), di *process owner* (cioè la responsabilità sulla progettazione organizzativa a di processo e la responsabilità sui risultati raggiunti), e micro (riferita alla singola fase del processo);

– *le risorse* richieste ed impiegate per il corretto svolgimento delle attività diagnostiche;

– *la programmazione e il controllo*, relativi alla capacità di definire target prestazionali, di organizzare le attività, di allocare le risorse e verificare i risultati raggiunti;

– *le tecnologie ICT* adottate per favorire l'automatizzazione di alcune operazioni.

Il ricorso ad un *benchmarking* esterno di processo ha necessitato di procedere con un *benchmarking* di tipo consapevole, richiedendo dati e informazioni direttamente alle aziende sanitarie presenti nel campione. Ciò si è reso necessario fondamentalmente a causa due criticità: innanzitutto i dati necessari per il calcolo degli indicatori di performance

non sono accessibili pubblicamente, bensì di pertinenza degli uffici per il controllo di gestione. In secondo luogo la conoscenza dei fattori determinanti sul processo è realizzabile esclusivamente tramite una ricerca diretta sul campo da condursi con interviste al personale di laboratorio.

4. Analisi empirica e risultati

L'analisi di *benchmarking*, i cui risultati sono di seguito presentati, è stata condotta in primo luogo tramite un confronto orientato alla misurazione dei diversi livelli di performance raggiunti dai laboratori ospedalieri analizzati e all'individuazione degli standard prestazionali eccellenti (*best performance*). A tal fine è stato costruito un cruscotto di indicatori che sintetizzano una valutazione economica, di efficienza e temporale. In seguito si è provveduto allo svolgimento di un confronto orientato ai processi di laboratorio, i quali giustificano i precedenti risultati di performance. In questo caso sono invece evidenziate le migliori soluzioni e procedure (*best practice*).

4.1. *Benchmarking* orientato alle performance

I dati trattati di seguito, riferiti all'anno 2004, sono stati forniti dagli uffici per il controllo di gestione degli ospedali coinvolti nel *benchmarking*, ad eccezione dei dati relativi alla tempestività, per i quali è stato coinvolto, tramite una serie di interviste, il personale medico di laboratorio.

Redditività della gestione: il primo indice considerato consiste nel *rimborso medio per prestazione*, misurato come rapporto tra il rimborso totale del dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio e le prestazioni complessivamente erogate. Il totale delle prestazioni include sia gli esami erogati dai laboratori strutturalmente facenti parte del dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio, sia eventuali prestazioni svolte tramite «service», ovvero esternalizzati ad altre strutture con la stipulazione di convenzioni³. Il tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali prevede infatti per i laboratori di analisi l'assegnazione di un rimborso variabile in funzione della prestazione, il quale aumenta all'aumentare della complessità del

singolo esame. Evidenti differenze registrate su tale indice derivano quindi dalla diversità nel mix di output, ovvero da tipologie e quantità diverse di prestazioni svolte. I risultati a livello dipartimentale sono esposti in **tabella 3**.

Si nota come i risultati del ricavo medio per prestazione siano relativamente simili tra loro e localizzati intorno al valore di 4,5 €; in particolare gli ospedali A e C presentano valori lievemente inferiori (rispettivamente 4,53 € e 4,44 €), mentre l'ospedale B è caratterizzato da un valore più alto (4,80 €), ma comunque in linea con quelli delle altre realtà analizzate. Tale confronto riflette di fatto l'omogeneità del *mix* di esami svolti da tutte le organizzazioni; al fine di analizzare nello specifico il *mix* delle prestazioni ed evidenziarne l'entità del rimborso associato, si è provveduto a suddividere il totale degli esami svolti per fasce di rimborso e a rappresentare la distribuzione percentuale delle prestazioni relativamente a tali classi (**figura 2**).

Il *costo medio per prestazione* è determinato invece come rapporto tra i costi sostenuti e le prestazioni complessivamente erogate dal dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio. In particolare al numeratore sono stati presi in considerazione esclusivamente i costi diretti; le tre componenti di costo incluse sono relative ai materiali diretti di consumo (materiale diagnostico, dispositivi,

Rimborso/Prestazione	Dipartimento
Ospedale A	€ 4,53
Ospedale B	€ 4,80
Ospedale C	€ 4,44

farmaci), al personale di laboratorio e alla stipulazione di eventuali convenzioni esterne per lo svolgimento di alcune prestazioni di laboratorio tramite «service». Il costo medio per prestazione costituisce un importante parametro di valutazione del funzionamento economico dei laboratori: strutture che presentano un valore basso riflettono infatti un utilizzo più razionale delle risorse. I risultati di sintesi per le tre organizzazioni analizzate sono riportati in **tabella 4**.

Confrontando i valori si evince come essi non siano del tutto simili tra loro, bensì si presenta una variabilità superiore ad 1 € tra il valore minore (2,82 € dell'ospedale B) e il valore maggiore (3,91 € dell'ospedale A), che riflette un risparmio superiore al 25% sui costi del dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio per la realtà più efficiente. Al fine di giustificare le ragioni di tali scostamenti, è indicata di seguito l'incidenza delle tre componenti di costo considerate sul costo medio per singola prestazione (**tabella 5**).

La tabella mostra un marcato contrasto tra i valori dei tre fattori. Dal punto di vista dei

Tabella 3
Rimborso medio per prestazione per i tre dipartimenti del campione

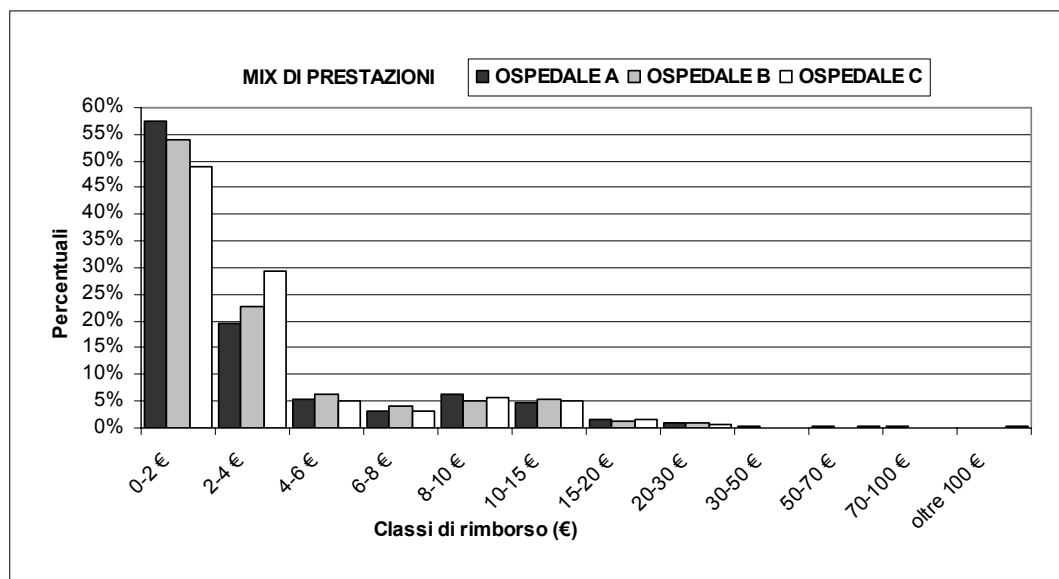


Figura 2
Mix di rimborso degli esami di laboratorio degli ospedali A, B e C (2004)

Costo/Prestazione	Dipartimento
Ospedale A	€ 3,91
Ospedale B	€ 2,82
Ospedale C	€ 2,90

Tabella 4

Costo medio per prestazione per i tre dipartimenti del campione (2004)

costi associati ai materiali il risultato ottimo è raggiunto dall'ospedale B (0,52 €), la cui quota complessiva è addirittura inferiore al 20% dei costi totali. Per quanto riguarda invece i costi relativi al personale il valore migliore è quello associato all'ospedale C (1,65 €). Infine si nota come solo per l'ospedale A alcune prestazioni siano erogate tramite «service». Questo approfondimento suggerisce come un'analisi comparativa svolta con altre organizzazioni simili permetta di ottenere degli standard economici di riferimento che possano costituire degli obiettivi futuri di miglioramento nell'ottica di una reingegnerizzazione di processo.

Efficienza: il numero medio di prestazioni per unità di personale medico è calcolato come rapporto tra il totale delle prestazioni, per pazienti interni ed esterni, erogate dal dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio, e le unità equivalenti di personale medico complessivamente adottato (definito dal responsabile del controllo di gestione in base al lavoro *part-time* e a tempo pieno). Il personale considerato include medici di laboratorio, personale sanitario (chimici, biologi e fisici), tecnici sanitari e operatori tecnici, ovvero il personale direttamente coinvolto nell'esecuzione degli esami; è invece escluso il personale amministrativo ed infermieristico. Questo parametro rappresenta un indice di efficienza relativa che misura una grandezza non economica, bensì dimensionale: strutture con un valore del parametro più alto riescono a svolgere, a parità di personale, un numero maggiore di esami, risultando quindi più efficienti. La **tabella 6** espone il numero

Tabella 5

Incidenza delle componenti di costo sul costo medio per prestazione (2004)

	Costo materiali prestazione	Costo personale prestazione	Costo convenzioni prestazione
Ospedale A	€ 1,82	€ 1,78	€ 0,31
Ospedale B	€ 0,52	€ 2,30	€ 0
Ospedale C	€ 1,25	€ 1,65	€ 0

medio di prestazioni per unità di personale riferito all'intero dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio.

Dal confronto emerge come l'ospedale C rappresenti la realtà più efficiente dal punto di vista dell'utilizzo razionale delle risorse. Ogni singola unità di personale di laboratorio è in grado di eseguire, ogni anno, 3.416 prestazioni in più rispetto all'ospedale A (+ 11%) e ben 12.947 esami aggiuntivi rispetto a quelli svolti da un'unità di personale dell'ospedale B (+ 63%). Anche tale indice risulta utile per ottenere uno standard di riferimento dal punto di vista dell'utilizzo razionale delle risorse, che può costituire un obiettivo di miglioramento perseguibile in quanto già raggiunto da altre realtà eccellenti.

Tempestività: la principale unità di misurazione del livello di tempestività nell'ambito della medicina di laboratorio è rappresentata dal *turnaround time (TAT)*; esso rappresenta l'intervallo di tempo compreso tra il ricevimento del campione da analizzare e la comunicazione del risultato dell'analisi al medico richiedente⁴. In particolare la misurazione della tempestività risulta più critica principalmente per gli esami per interni, piuttosto che per quelli ambulatoriali, data la maggiore necessità di cura del paziente ricoverato. Per questo motivo, in accordo con i responsabili dei dipartimenti di laboratorio, si è deciso di limitare l'analisi ai tempi riferiti all'utenza interna, rappresentata dai medici di reparto che richiedono lo svolgimento degli esami di laboratorio nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico del paziente ricoverato. Inoltre si è preferito procedere nella valutazione degli esami di routine piuttosto che delle urgenze per due ragioni: innanzitutto a causa del volume limitato degli esami urgenti (la media nazionale è del 10-12% sul totale delle richieste di laboratorio) rispetto a quelli di routine. In secondo luogo poiché le urgenze, data la priorità con cui i campioni biologici vengono trattati all'interno del processo di laboratorio, sono caratterizzate dall'assenza di tempi di attesa tra le varie sottofasi; al contrario il presente studio intende proprio indagare e quantificare i tempi di attesa dovuti alla presenza di inefficienze procedurali, in particolare nelle fasi pre-analitica e post-analitica.

Il campione di esami su cui indicare i tempi di processo è stato concordato con i

responsabili di laboratorio, in seguito allo svolgimento di due *round* di incontri, sulla base di tre criteri:

- la frequenza di svolgimento degli esami, che ha optato per prestazioni comuni, svolte in numero consistente e quindi con un peso maggiore sull'intero processo di laboratorio;
- l'entità della durata media della fase analitica, che ha escluso esami con elevati tempi analitici (> 48 ore) richiesti per necessità di incubazione o coltura dei campioni biologici;
- la rappresentatività delle sei principali sottobranchie di laboratorio, ovvero chimica clinica, immunologia, ematologia, virologia, biologia molecolare e batteriologia.

Per questi esami si è quindi provveduto all'indicazione del TAT (tabella 7).

Esaminando i *turnaround time* per i 12 esami del campione, si nota come l'ospedale C faccia registrare globalmente dei tempi inferiori alle altre realtà del campione. Vi è una ragione molto importante alla base di tali differenze: i laboratori di tale organizzazione hanno adottato infatti una politica operativa, intrapresa in parte anche dall'ospedale B, finalizzata a trattare gli esami di routine, sui quali è avvenuta la misurazione dei tempi di processo, allo stesso modo degli esami urgenti. In questo modo è stato possibile, grazie all'impegno e al coordinamento di tutto il personale di laboratorio, contribuire ad

Prestazioni/Personale medico	Dipartimento
Ospedale A	29.871
Ospedale B	20.340
Ospedale C	33.287

un'evidente riduzione degli esami richiesti in regime di urgenza e soprattutto ad un netto abbassamento dei tempi medi di refertazione per tutte le tipologie di prestazioni, con un conseguente aumento del livello di servizio erogato.

4.1. *Benchmarking* orientato al processo

Le informazioni descritte di seguito sono state raccolte tramite interviste, sulla base di un questionario strutturato, svolte con i responsabili dei dipartimenti di medicina di laboratorio oggetto del *benchmarking*, i dirigenti medici e il personale infermieristico operanti presso i laboratori.

Flusso di lavoro: il confronto svolto sul campione di organizzazioni non ha mostrato particolari differenze nella successione delle attività svolte dai laboratori ospedalieri; piuttosto ha permesso di mettere in evidenza la presenza di un processo standardizzato dei servizi di medicina di laboratorio. In particolare il *flusso standard delle attività* si articola principalmente sulle tre seguenti macrofasi:

Tabella 6

Numero medio di prestazioni per unità di personale medico, per i tre dipartimenti del campione (2004)

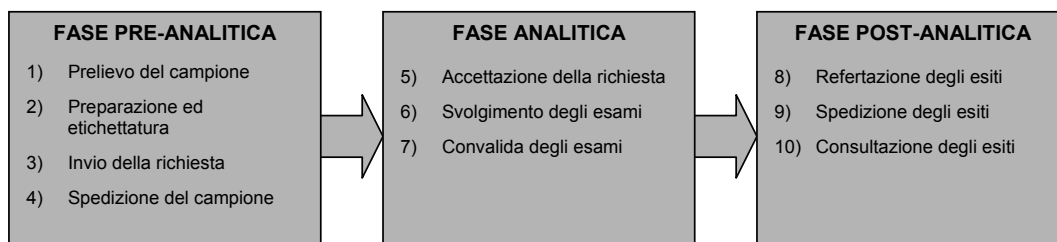
Branche di laboratorio	TAT	Ospedale A	Ospedale B	Ospedale C
CHIMICA CLINICA	Glicemia	8 ore	1,5 ore	1 ora
	Na/K	8 ore	1,5 ore	1 ora
	CPK	8 ore	1,5 ore	1 ora
	TSH	8 ore	1,5 ore	4/5 ore - 2 gg.
	Hb Glicata	48 ore	12 ore	4 ore
	Esame completo urine	5 giorni	4/6 ore	4 ore
IMMUNOLOGIA	CEA	8 ore	1,5 ore	4/5 ore - 2 gg.
EMATOLOGIA	Ferritina	8 ore	1,5 ore	5/6 ore
	Emocromo	8 ore	1,5 ore	45 minuti
VIROLOGIA	Epatite C	8 ore	5 ore	1/2 ore
BIOLOGIA MOLECOLARE	Citomegalovirus	18 ore	7 - 10 gg.	(non disponibile)
BATTERIOLOGIA	Urinocoltura	24/48 ore	24/48 ore	24/48 ore

Tabella 7

Tempestività relativa al campione di prestazioni scelte

Figura 3

Schema di processo con l'indicazione delle macrofasi e delle relative sottofasi



- la fase pre-analitica, ovvero l'insieme delle attività che sono svolte dal momento del prelievo sul paziente fino all'istante di inizio delle operazioni di analisi diagnostica;
- la fase analitica, consistente nel complesso delle attività di indagine svolte sui campioni biologici da analizzare;
- la fase post-analitica, cioè la porzione conclusiva del processo che va dalla refertazione degli esiti di laboratorio fino al ricevimento della documentazione da parte dei reparti richiedenti o dei pazienti ambulatoriali esterni.

Le tre macrofasi si articolano inoltre nelle dieci sottofasi di dettaglio riportate in **figura 3**.

Accanto all'articolazione delle fasi del processo, è risultata utile anche un'analisi della *disposizione fisica* dei laboratori all'interno dell'area ospedaliera e del conseguente impatto sulla complessità gestionale delle attività. A seconda del modello ospedaliero adottato (a padiglioni, monoblocco, a piastra) e dell'organizzazione delle unità dipartimentali (per funzioni ospedaliere, per sottobranchi di laboratorio) sono possibili differenti configurazioni spaziali delle strutture di laboratorio, che vanno da una delocalizzazione in aree separate o padiglioni distinti a una centralizzazione di tutte le attività in uno spazio unificato.

L'attuale disposizione dei laboratori dell'ospedale A è caratterizzata da una dispersione dei numerosi laboratori tra i padiglioni del territorio ospedaliero, con una conseguente inefficienza derivante dai flussi intrecciati per il trasporto manuale dei campioni biologici e la consegna dei referti. Sebbene la consegna dei campioni potrebbe trovare come soluzione l'adozione di un impianto di posta pneumatica, contribuendo ad una riduzione del *turnaround time* (Manor, 1999), la

permanenza di molte strutture implicherebbe comunque un flusso molto intrecciato dei bussolotti tra le tubazioni dell'impianto, con un conseguente rischio di intasamento dello stesso e di riduzione della portata oraria, causata da maggiori tempi di attesa per l'invio del campione. La refertazione informatizzata risolverebbe invece il problema della consegna degli esiti di laboratorio. Sono inoltre state riscontrate altre importanti inefficienze che conducono inevitabilmente a maggiori costi amministrativi, tra cui la duplicazione degli spazi fisici e delle risorse utilizzate, personale e strumentazione.

Come risultato dell'analisi svolta lo standard di riferimento si identifica invece nella centralizzazione dei laboratori in una sola struttura. L'unificazione delle strutture di laboratorio mostra infatti come siano perseguibili evidenti benefici in termini di efficienza, di flussi delle attività, di razionalizzazione degli spazi e di coordinamento del personale. L'ospedale B, pur essendo una struttura a padiglioni, ha optato per la centralizzazione in un solo edificio, ed eccezione del laboratorio di anatomia patologica che trova sede, per esigenze sanitarie di vicinanza alle camere mortuarie, all'interno del dipartimento di anatomia patologica. L'ospedale C, configurandosi invece come ospedale monoblocco, concentra tutte le attività di laboratorio in un unico piano, risultando dunque molto efficiente dal punto di vista logistico.

Organizzazione: a livello *macro* occorre descrivere la situazione strutturale dei dipartimenti di laboratorio analizzandone i relativi organigrammi. La configurazione standard più diffusa a livello nazionale prevede la composizione di un dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio secondo le tre unità operative di Analisi chimico-cliniche, Microbiologia e virologia ed anatomia patologica e citogenetica. La **figura 4** pone

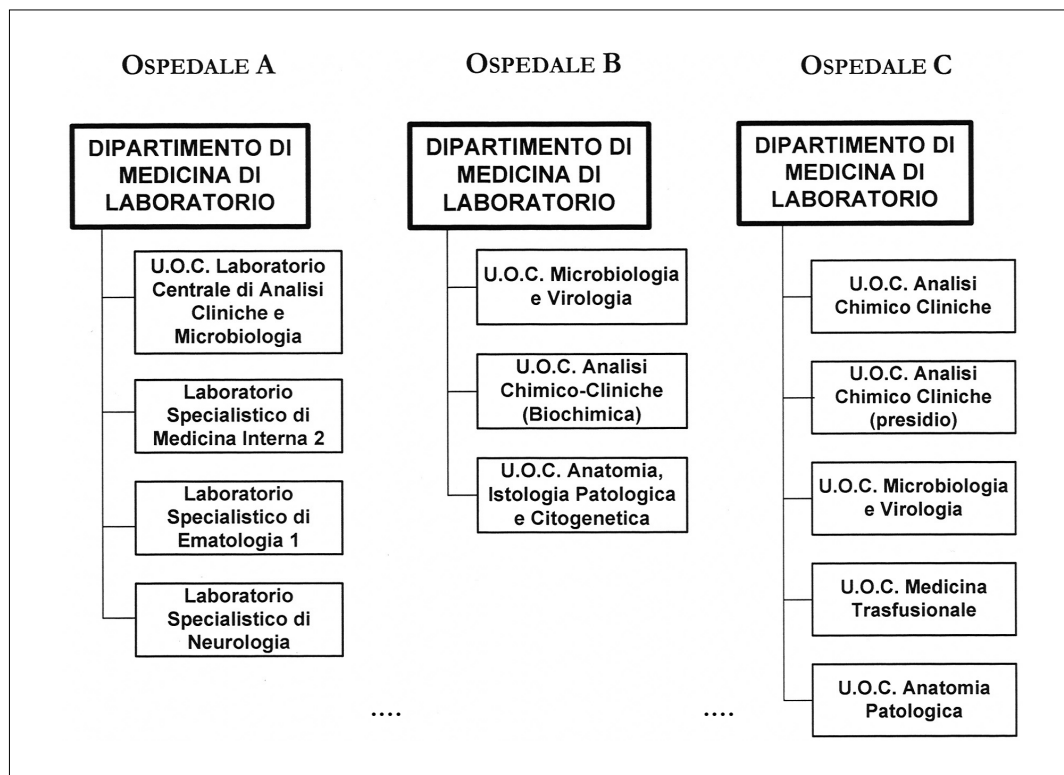


Figura 4
Organigrammi dei dipartimenti di medicina di laboratorio degli ospedali del campione

a confronto gli organigrammi dei tre dipartimenti di medicina di laboratorio considerati, rappresentativi delle diverse unità operative che garantiscono lo svolgimento delle prestazioni diagnostiche.

In questo caso emerge come il solo ospedale A presenti un'organizzazione dipartimentale differente da quella standard, con una logica di suddivisione delle unità operative di laboratorio secondo le diverse funzioni ospedaliere. Al contrario gli altri due ospedali (B e C) presentano una situazione comune che prevede l'organizzazione delle unità operative secondo le specifiche sotto-branche di laboratorio. Oltre alla duplicazione del laboratorio di Analisi chimico-cliniche in due sedi territoriali distinte, la principale variante del modello dipartimentale adottato dall'ospedale C rispetto allo standard individuato riguarda la dipendenza del Centro trasfusionale che, pur contenendo un laboratorio, svolge principalmente funzioni sanitarie non diagnostiche.

A livello di *process owner* (chi detiene la responsabilità della progettazione del processo e dei risultati raggiunti), le responsabilità funzionali di una struttura di laboratorio

sono uniformate in ambito regionale dalla Del. G.R. n.VII/3313 del 2 febbraio 2001, contenente le direttive di riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio e delle attività di prelievo. Secondo tale delibera, un dipartimento ospedaliero di medicina di laboratorio, coordinato da un unico responsabile, è composto da uno o più Servizi di medicina di laboratorio (SMeL), ciascuno dei quali può configurarsi come Unità operativa complessa (U.O.C.) o Unità operativa semplice (U.O.S.). Inoltre è possibile la presenza di sezioni di laboratorio, ovvero dei laboratori satelliti non indipendenti in quanto costituiscono parte integrante dell'Unità operativa di appartenenza. Gli allegati della normativa contengono i requisiti minimi autorizzativi degli SMeL; in particolare quelli di natura organizzativa prevedono la presenza di un dirigente medico e di vincoli minimi per il personale dipendente.

A livello *micro* infine l'analisi di *benchmarking* ha condotto alle conclusioni, schematizzate di seguito in **tabella 8**, riguardanti le singole attività che costituiscono il processo; in particolare è riportata l'indicazione delle soluzioni ottime o la presenza di pro-

Attività	Ospedale A	Ospedale B	Ospedale C
1) prelievo del campione	Le modalità di prelievo sono standardizzate e includono la preparazione del paziente e la regolare esecuzione del prelievo nel rispetto delle norme di sicurezza (procedure standard)		
2) preparazione ed etichettatura	La procedura comune consiste nella preparazione delle provette, adottando le opportune misure di conservazione, e nella loro etichettatura necessaria per l'identificazione (procedure standard)		
3) invio della richiesta	Svolta con tre modalità distinte: richiesta informatizzata, stampa con codice a barre e semplice stesura cartacea manuale (duplicazione degli strumenti)	Svolta principalmente tramite sistema informativo (soluzione ottima), per un laboratorio con copia stampata dotata di codice a barre	Svolta in formato elettronico attraverso l'uso del sistema informativo (soluzione ottima)
4) spedizione del campione	Trasporto da parte del personale infermieristico	Trasporto da parte del personale infermieristico e impianto di posta pneumatica (minimizzazione dei tempi)	Trasporto da parte del personale infermieristico
5) accettazione della richiesta	A seconda della tipologia della richiesta, questa può essere ricevuta direttamente via rete (minimizzazione dei tempi), registrata tramite lettura ottica del codice a barre oppure manualmente		
6) svolgimento degli esami	La fase strettamente analitica risulta comune a tutte le strutture di laboratorio, senza particolari differenze nelle operazioni diagnostiche (procedure standard)		
7) convalida degli esami	Svolta periodicamente su <i>batch</i> sufficientemente numerosi di esami (aumento del tempo di refertazione del singolo esame per la presenza di tempi di attesa)	Svolta periodicamente su <i>batch</i> di esami; per un laboratorio localizzato in altro presidio la convalida è svolta in continuo da un operatore dedicato (riduzione del TAT)	
8) refertazione degli esiti	Compilazione manuale in formato cartaceo	In formato elettronico con apposizione della firma digitale (riduzione del TAT)	
9) spedizione degli esiti	Trasporto da parte del personale infermieristico ai reparti richiedenti	Inviati direttamente via rete (soluzione ottima); anche sperimentazione della refertazione <i>on-line</i> per utenti esterni (assenza tempi di attesa)	Inviati direttamente via rete (soluzione ottima) e stampabili da remoto
10) consultazione degli esiti	Successivamente alla consegna dei referti cartacei	Immediatamente dopo la spedizione via rete (soluzione ottima)	

Tabella 8

Confronto fra le soluzioni relative alle attività del processo di laboratorio

cedure standard per ogni sottofase del processo.

Risorse: questa determinante di processo analizza da un lato l'intensità della risorsa (numero, dipendenti, capacità produttiva disponibile ecc.) e dall'altro lato la coerenza tra le competenze delle risorse umane presenti e le mansioni e le responsabilità a loro affidate. Infatti, nel caso dei laboratori di analisi, la risorsa critica necessaria al corretto svolgimento delle attività è rappresentata proprio dalle risorse umane, sulle quali sono valutati i risultati. A livello nazionale il D.P.R. del 14 gennaio 1997, nella specifica sezione dedicata alla medicina di laboratorio, fornisce le

linee guida in termini di competenze e risorse per l'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio. A livello regionale lo standard di riferimento è rappresentato dalla Del. G.R. n. VII/3313 del 2001, i cui allegati riportano i requisiti minimi strutturali (spazi analitici, di supporto, per attività di prelievo), tecnologici (dispositivi di conservazione e di trasporto) e organizzativi (dirigente, personale, responsabile degli atti medici, attività di prelievo). In seguito a tali direttive è quindi possibile concludere che non emergono differenze in termini di competenze e risorse tra le realtà analizzate. Per la composizione dell'organico relativo ai tre dipartimenti di laboratorio

analizzati occorre fare riferimento alla tabella 2 mostrata in precedenza, dalla quale è possibile dedurre anche il diverso dimensionamento in termini di numerosità del personale, principale indice di efficienza.

Programmazione e controllo: questa dimensione di processo fa riferimento alle operazioni di programmazione e controllo specificatamente implementate per la valutazione delle attività diagnostiche di laboratorio in tema di sicurezza, certificazione e controlli di qualità. Dal punto di vista della sicurezza è stata identificata un'uniformità delle pratiche di programmazione e controllo, derivanti da una serie di normative nazionali e regionali. Innanzitutto il D.L.vo n. 626 del 19 settembre 1994 costituisce uno dei pilastri su cui si basa il percorso verso la sicurezza nello specifico ambito dei laboratori ospedalieri di analisi. Sono descritti gli aspetti rilevanti legati all'attività preventiva, tra cui la valutazione dei rischi lavorativi, l'individuazione e l'attuazione delle misure di protezione, l'informazione e la formazione dei lavoratori e l'attività di vigilanza sull'applicazione della normativa. Una particolare sezione è dedicata alla classificazione degli agenti biologici in quattro gruppi, ai quali corrispondono quattro diversi livelli di sicurezza per il personale impiegato e per i materiali trattati.

La certificazione rappresenta un'altra tematica universalmente condivisa; la Del. G.R. n. VI/46582 del 1999 individua, tra le aree prioritarie ai fini della certificazione, proprio i servizi di medicina di laboratorio; oltre a riportare le linee guida per lo sviluppo del sistema di rilevazione della *customer satisfaction* ed un set di indicatori si attività e di risultato per le diverse aree ospedaliere, un'ampia sezione è dedicata all'applicazione delle norme serie UNI EN ISO 9000:2000. Nella medicina di laboratorio infatti la certificazione maggiormente diffusa si identifica proprio nella UNI EN ISO 9000:2000, la quale documenta le procedure di controllo della progettazione, di stesura dei dati e dei documenti, di conformità del prodotto, di verifica del processo e di manutenzione delle apparecchiature.

Inoltre le strutture di laboratorio aderiscono, per legge, a programmi di Controllo di qualità interno (CQI) e di Valutazione esterna di qualità (VEQ) promossi dalle Regioni. I CQI sono dettati, per la Regione Lombar-

dia, dal Decreto della Direzione generale della sanità n. 32856 del 2000; esso prevede la soddisfazione dei requisiti minimi richiesti nei laboratori di analisi e la verifica delle caratteristiche delle varie strumentazioni coinvolte nel processo analitico. Tali programmi hanno quindi lo scopo di misurare ed archiviare le informazioni relative al controllo di materiali (matrice, stato fisico, provenienza), prodotti (misure statistiche delle serie analitiche, presenza di valori «fuori controllo») e processo (caratteristiche degli strumenti, dei componenti e dei reagenti). La partecipazione obbligatoria ai programmi VEQ attivati dalla Regione (Regione Lombardia, 2006) consiste invece nella valutazione di determinati tipi di analiti, nella documentazione delle operazioni effettuate e nell'indicazione del materiale di ricevimento, di processamento e di refertazione. In particolare l'adesione ad un programma specifico comporta mediamente l'esecuzione di 6 esercizi annui, per ciascuno dei quali, a seconda della disciplina di laboratorio, risulta necessario saggiare alcune tipologie di analiti su un numero di campioni biologici variabile, nonché il successivo invio alla Regione della documentazione, cartacea o elettronica, dei risultati relativi alle operazioni del processo.

Tecnologie ICT: come accennato nella sezione riguardante l'organizzazione a livello micro, le tecnologie ICT possono giocare un ruolo chiave per la qualità del processo di erogazione del servizio; ad esempio l'adozione di cambiamenti organizzativi in termini di tecnologie dell'informazione conduce ad un forte miglioramento dei *turnaround time* (Priatelj *et al.*, 1999). L'analisi svolta permette infatti di individuare le fasi del processo per le quali, grazie all'adozione di tecnologie informatiche, è possibile raggiungere ampi margini di miglioramento, innalzando i propri standard qualitativi. Le operazioni critiche sono rappresentate da quelle fasi che prevedono il trattamento di dati e informazioni, e non il processamento fisico dei materiali diagnostici, ovvero l'invio e l'accettazione della richiesta nella fase pre-analitica e la refertazione e spedizione degli esiti nella fase post-analitica.

Per quanto riguarda l'invio e l'accettazione delle richieste la soluzione ottimale dal punto di vista gestionale è rappresentata infatti dall'*informatizzazione* delle operazioni

(ospedali B e C), in cui sia la prenotazione degli esami da reparto che la successiva ricezione ed accettazione delle richieste avviene tramite il sistema informativo aziendale. Tale metodologia permette da un lato la minimizzazione del tempo necessario per la consegna delle richieste (Westbrook *et al.*, 2006), dall'altro la riduzione degli errori di inserimento dei dati.

Esaminando invece le operazioni di referenziazione e spedizione degli esiti, per le prestazioni relative ai pazienti interni la soluzione migliore consiste nell'invio dei referti tramite il *network* locale dell'ospedale, con apposizione della firma digitale (ospedali B e C); in questo modo i risultati possono essere consultati immediatamente dopo la convalida e se necessario stampati in formato cartaceo direttamente dal reparto. Per quanto riguarda gli utenti esterni che accedono al servizio di laboratorio in regime ambulatoriale le tecnologie ICT offrono una soluzione ancora poco adottata in questo specifico settore, ovvero la *refertazione on-line* (in sperimentazione presso l'ospedale B), che consente al paziente o al medico di medicina generale che lo ha in cura di accedere alla documentazione sanitaria da una qualsiasi postazione Internet e nel pieno rispetto della privacy. Una soluzione di questo tipo permette da un lato un miglioramento della *customer satisfaction* e della qualità del servizio erogato al paziente, il quale può facilmente visualizzare i risultati delle analisi direttamente dal proprio domicilio piuttosto che dal proprio medico di famiglia, evitando tra l'altro inutili tempi di attesa in ospedale, dall'altro il raggiungimento di una maggiore efficienza interna dovuta al passaggio dal supporto cartaceo a quello informatico.

5. Utilità del lavoro e sviluppi futuri

L'analisi svolta mostra come una valutazione comparata tra alcuni dipartimenti di medicina di laboratorio, basata sull'implementazione di un modello di *benchmarking*, abbia permesso di effettuare una valutazione oggettiva del servizio erogato, individuando i *benchmark* e le possibili aree di miglioramento, e raccogliere una serie di suggerimenti utili al miglioramento organizzativo e alla re-ingegnerizzazione delle modalità operative di processo finalizzati al recupero di

efficienza ed efficacia. Infatti, la progettazione di un modello orientato integralmente sia sulle performance che sul processo consente di approfondire la conoscenza dell'intero processo diagnostico di laboratorio, allargando l'indagine anche alle fasi pre-analitica e post-analitica; inoltre la misurazione delle performance e delle diverse configurazioni adottate sul processo ha avuto quale rilevante risultato quello di evidenziare le *best performance* e le *best practices* cui è possibile tendere per il raggiungimento dell'eccellenza.

La pietra angolare della presente ricerca resta comunque la volontà di esplicitare i legami tra le performance di un laboratorio di analisi e le diverse determinanti del processo al fine di comprendere le ragioni delle variazioni ed evidenziare le aree per le quali risulta più critica l'applicazione di una re-ingegnerizzazione di processo, con azioni di miglioramento volte all'ottimizzazione gestionale e all'eccellenza. In tale ottica emerge che le performance (soprattutto in termini di efficienza e di tempestività, ma anche per la componente economica di costo) sono estremamente variabili tra aziende sanitarie diverse. Le cause degli scostamenti esposti nei precedenti paragrafi (4.1) sono da ricondurre alle differenti modalità organizzative e gestionali adottate sul processo (4.2). In particolare le principali ragioni sono le seguenti:

(i) una più o meno enfatizzata frammentazione delle attività dell'intero processo, soprattutto per diverse strutturazioni spaziali e differenti modalità organizzative e gestionali, impatta significativamente sui costi dei laboratori, a causa inefficienze legate alla duplicazione degli spazi fisici e delle risorse utilizzate, nonché sul livello di tempestività;

(ii) l'adozione di tecnologie dell'informazione e della comunicazione innovative garantisce la continuità del processo superando le fratture spaziali o temporali, con evidenti benefici in termini sia economici (razionalizzazione del personale e migliore efficienza dei flussi) che di qualità del servizio (abbattimento dei *turnaround time*);

(iii) il diverso dimensionamento delle risorse umane impatta direttamente sul tempo attivo rispetto a quello passivo, peggiorando gli indici di efficienza e con un conseguente incremento dei livelli di costo.

Viceversa non emergono criticità rilevanti (i) dall'analisi della coerenza delle competenze delle risorse umane rispetto alle mansioni e le responsabilità e (ii) dalle varie attività di pianificazione e controllo legate a sicurezza, certificazione e controlli di qualità che risultano regolamentate da norme condivise. Infine il rimborso medio per prestazione non è influenzato da nessuna delle determinanti di processo in quanto è diretta conseguenza del mix di prestazioni necessarie per i pazienti e meno risente dell'influenza della progettazione del processo.

Tre sono, a nostro avviso, i principali benefici del presente studio.

1) I responsabili dei laboratori ospedalieri coinvolti, grazie alla possibilità di monitorare il funzionamento delle proprie strutture rispetto ad altre realtà di alto rilievo e nota eccellenza, hanno potuto condividere problemi inerenti alla gestione del processo e identificare, a fronte delle attuali inefficienze organizzative, potenziali opportunità di miglioramento volte al recupero dell'efficienza e dell'efficacia reale (efficacia clinica) e percepita (*customer satisfaction*).

2) Il management delle aziende sanitarie, interessato alle performance complessive che ottiene l'azienda sanitaria, ha potuto recepire informazioni utili per la definizione di obiettivi di miglioramento e azioni correttive (in una logica ISO-EN-UNI 9000:2000) e per la stesura dei sistemi di *budgeting*, prioritizzando gli interventi.

3) Il *framework* delineato nel presente studio può risultare di utilità anche per i regolatori sanitari a livello nazionale e regionale, che hanno il dovere di confrontare i rapporti di costo-efficacia dei servizi sanitari erogati al fine di garantire un'adeguata allocazione delle risorse del sistema sanitario nazionale e dei cittadini, nonché per le assicurazioni che erogano piani di previdenza sanitaria, sempre più motivate a comprendere i livelli di efficacia ed efficienza delle aziende sanitarie. Per tali categorie di beneficiari potrebbe tuttavia risultare necessario apportare delle modifiche al modello al fine di rispondere ai limiti esposti di seguito.

Gli sviluppi futuri sono molteplici, ma quattro più di altri appaiono rilevanti nel breve termine. In primo luogo, la seguente

analisi si focalizza su un solo anno di osservazione (il 2004): appare dunque rilevante rafforzare o rivedere le sopradescritte conclusioni alla luce di un'analisi di *trend* su un orizzonte di almeno tre anni al fine di incorporare i benefici di azioni correttive messe in atto di recente e che ancora non hanno avuto impatti sulle performance del laboratorio di analisi. In secondo luogo, la presente ricerca compara un numero limitato di aziende sanitarie concentrate nella medesima Regione, data l'esigenza di validare la robustezza del modello di *benchmarking* proposto: uno sviluppo futuro consisterà quindi nell'aumento del campione di confronto introducendo una stratificazione regionale volta a comprendere la capacità dei sistemi regionali di offrire performance confrontabili. In terzo luogo l'analisi trascura la performance relativa agli errori di laboratorio nonché alla qualità percepita (*customer satisfaction*) da parte sia dei clienti interni (i medici di reparto) sia dei clienti esterni (i pazienti e le loro famiglie): relativamente agli errori di laboratorio, non essendo tenuti metodicamente a registro dalle strutture coinvolte, sarebbe interessante porre a confronto tale parametro ai fini di una valutazione della qualità di laboratorio. Sarebbe inoltre interessante sviluppare e sottoporre un questionario di *customer satisfaction* al fine di monitorare tale variabile, comprendendone le determinanti e le evoluzioni. Infine la medicina di laboratorio è attualmente caratterizzata dall'assenza di un sistema di rilevazione sistematico di alcune grandezze rilevanti, tra cui gli errori di laboratorio e i tempi di consegna: nel caso dei tempi di consegna la presente ricerca si basa su valori percepiti e sarebbe dunque opportuno verificare le percezioni rispetto al dato reale.

Note

1. Dati rilevati da: Regione Lombardia Sanità, *Dati ed indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private della Regione Lombardia*; da: Ministero della salute, *Personale delle A.S.L. e degli Istituti di cura pubblici*; e da: Regione Lombardia Sanità, *Edilizia sanitaria in Lombardia*.
2. Dati raccolti tramite interviste agli Uffici per il Controllo di gestione degli ospedali coinvolti nell'analisi di *benchmarking*.
3. Per legge infatti le prestazioni che non possono essere eseguite in sede per motivi strutturali, devono essere

- effettuate per mezzo del *service*, consentendo il conferimento dei campioni biologici ad altri laboratori esterni per l'esecuzione delle analisi; l'utilizzo del *service* è permesso per tutte le prestazioni ad esclusione di quelle che, per motivi tecnici o particolari professionalità richieste, devono essere svolte nella stessa struttura in cui è stato eseguito il prelievo.
4. Questa definizione di TAT è valida dal punto di vista del laboratorio di analisi. Per il clinico invece il TAT è l'intervallo di tempo che intercorre dal momento in cui viene stabilita la necessità che un esame di la-

boratorio debba essere eseguito a quando il risultato dell'esame si rende disponibile per una decisione clinica (*brain to brain*). Questo intervallo di tempo viene anche chiamato *Total Testing Process* (TTP). La principale differenza consiste quindi nel tempo nel tempo necessario per la consegna del campione biologico; per tale ragione nell'analisi dei tempi si è provveduto anche alla rilevazione di questo tempo di trasporto non incluso nel TAT di laboratorio, ma tuttavia critico nell'ambito dell'intero processo diagnostico (Orso Giaccone, 2005).

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

Monografie e articoli in riviste

- AGENZIA SANITARIA REGIONE EMILIA ROMAGNA (1998), *Fare Benchmarking in sanità*, Clueb Edizioni, Bologna.
- BANCHIERI G. (2003), «Esperienze di Benchmarking tra aziende sanitarie», *VI Conferenza nazionale sulla qualità*, Roma, 11 giugno 2003.
- BARTEZZAGHI E., SPINA G., VERGANTI R. (1999), *Organizzare le PMI per la crescita: sviluppare i più avanzati modelli organizzativi: gestione per processi, lavoro per progetti, sviluppo delle competenze*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- CAMP R. (1996), *Business Process Benchmarking. Trovare e migliorare le prassi vincenti*, Edizioni Itaca, Castel Bolognese (RA).
- CATTABENI L. (2005), «I sistemi di ranking delle strutture ospedaliere come strumento di empowerment del cittadino: primi cenni», Milano, *Mecosan*, 53, pp. 27-40.
- COOK S. (1996), *Guida pratica al benchmarking: come creare un vantaggio competitivo*, Franco Angeli, Milano.
- CROCE D., PORAZZI E., FIORAVANTI L. (2004), «Il benchmarking a supporto delle decisioni economiche di breve periodo nelle Aziende Sanitarie», *Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria - AIES*.
- FERRI P. (1997), «Il benchmarking nella sanità pubblica: alcune possibili applicazioni ed i conseguenti riflessi organizzativi e gestionali», *Mecosan*, 22, pp. 81-94.
- GALLOWAY M., NADIN L. (2001), «Benchmarking and the laboratory», *Journal of Clinical Pathology*, 54, pp. 590-587.
- HEATHERLEY S. (2000), «Benchmarking laboratory operations», *Clinical Laboratory Science*, 13, pp. 187-189.
- LONGO M., MASELLA C. (2002), «Organisation of operating theatres: an Italian benchmarking study», *International Journal of Operations & Production Management*, 4, pp. 425-444.
- MALLARINI E. (2003), «Benchmarking Network in sanità: il Cup e l'attività ambulatoriale», in ELEFANTI M., *Il benchmarking in sanità: processi a confronto*, Edizioni Essebiemme.

- MANOR P.G. (1999), «Turnaround times in the laboratory: a review of the literature», *Clinical Laboratory Science*, 12(2), pp. 85-89.
- ORSO GIACONE G. (2005), «Il TAT ed i tempi della fase analitica: stato dell'arte dei test», *TAT: una possibile triangolazione*, Acqui Terme (AL), 10 giugno 2005.
- PRIJATELJ V., VUCKOVIC A., CERNE D. (1999), «The optimization of turnaround time for blood samples in an emergency clinical laboratory», *Studies in Health Technology and Informatics*, 68, pp. 610-613.
- REGIONE LOMBARDIA SANITÀ (2002), *Edilizia sanitaria in Lombardia*.
- SARGIACOMO M. (1998), «L'approccio metodologico di un progetto di benchmarking sulla motivazione e soddisfazione del personale di un'azienda USL», *Mecosan*, 26, pp. 25-43.
- WESTBROOK J.I., GEORGIU A., DIMOS A., GERMANOS T. (2006), «Computerised pathology test order entry reduces laboratory turnaround times and influences tests ordered by hospital clinicians: a controlled before and after study», *Journal of Clinical Pathology*, 59(5), pp. 533-536.

Rapporti/atti

- MINISTERO DELLA SALUTE, DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO, UFFICIO DI DIREZIONE STATISTICA, *Personale delle A.S.L. e degli Istituti di Cura Pubblici*, 2003.
- REGIONE LOMBARDIA (2006), «Medicina di Laboratorio. Valutazione Esterna della Qualità» (da www.sanita.regione.lombardia.it/smel).
- REGIONE LOMBARDIA (2004), Direzione Generale Sanità, U.O. Qualità e appropriatezza dei servizi sanitari - Struttura Osservatorio epidemiologico e sistemi di remunerazione, «Dati ed Indicatori di attività ed efficienza delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali pubbliche e private della Regione Lombardia», luglio 2004.

Legislazione

- DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA n. 37 del 14 gennaio 1997 (in Gazz. Uff. n. 42 del 20 febbraio 1997), «Approvazione dell'atto di indirizzo e di coor-

dinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private».

DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITÀ N. 32856 DEL 19 DICEMBRE 2000, *Linee guida su Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio.*

DECRETO LEGISLATIVO N. 626 DEL 19 SETTEMBRE 1994 (in Gazz. Uff. n. 265 del 12 novembre 1994), *Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.*

DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. VI/46582 DEL 26 NOVEMBRE 1999, *Individuazione delle aree e dei primi indicatori per l'attuazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie lombarde (L.R. 31/97, art. 13). Approvazione della procedura di riparto dei finanziamenti alle aziende sanitarie pubbliche per l'introduzione e lo sviluppo di sistemi di qualità aziendali.*

DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. VII/3313 DEL 2 FEBBRAIO 2001, *Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla L.R. 12 agosto 1999, n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo.*

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

BORGONVI 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.

Indicatori per la morbosità farmaco correlata prevenibile. Uno studio pilota

M.M. GIANINO, G. FOTI, S. LORELLI, R. RUSSO, G. RENGA

In the several risks that involve the health care systems there are the Drug Related Morbidity (DRM). That help developed the researches of Preventable Drug Related Morbidity (PDRM). This pilot study aims to validate Morris' PDRM indicator system in the Italian Health Care System, specifically in the context of home health care assistance, valuing the capacities of such system to detect preventable events of drug-related morbidity.

Note sugli autori

Maria Michela Gianino, Roberto Russo, Giovanni Renga, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia-Università di Torino
Giovanni Foti, Asl 7 - Distretto Chivasso
Salvatore Lorelli, Asl 7 - S.O.C. Laboratorio Analisi

Attribuzione

M.M. Gianino è responsabile dello studio e della strutturazione e stesura dell'articolo, G. Foti ha partecipato alla ideazione dello studio, realizzato la raccolta dei dati, ha effettuato l'elaborazione ed ha contribuito alla discussione dei risultati, R. Russo ha partecipato alla ideazione dello studio, ha contribuito alla discussione dei contenuti e dei risultati, S. Lorelli ha reso disponibile la banca dati del Laboratorio Analisi, G. Renga è responsabile della revisione dell'articolo

1. Introduzione

La finalità ultima di una terapia farmacologica, prescritta e somministrata ad una persona con problemi di salute attuali o potenziali, è quella di migliorare la sua qualità di vita.

In tale ottica gli *outcome* che ci si prefissa di ottenere sono la prevenzione dell'insorgenza di una malattia, l'eliminazione o riduzione dei suoi sintomi, l'arresto o il rallentamento della sua evoluzione, la guarigione.

Tuttavia, nonostante la prescrizione e somministrazione di un farmaco persegue almeno una delle finalità precedentemente espone, vi è sempre la possibilità che l'*outcome* ottenuto sia inferiore o diverso da quello atteso, originando così una *Drug Related Morbidity* (DRM).

L'importanza della DRM, definita da uno dei più autorevoli studiosi della materia (Heppler, 1990) come un fenomeno di cattivo funzionamento o di insuccesso dell'agente terapeutico nel produrre l'*outcome* atteso è comprovata da numerosi studi internazionali che hanno stimato l'incidenza del suo verificarsi in diversi paesi (Grymonpre, 1988; Kohn, 1999; FDA 2002) e l'impatto economico che determina sui sistemi sanitari (Southwick, 1988; Schneider, 1995; Johnson, 1995; Ernst, 2001).

Grymonpre, analizzando le ammissioni di anziani in un ospedale canadese, ha osservato che nel 19% dei ricoveri era presente almeno un episodio di DRM e secondo la *Food and Drug Administration*, dei 100.000 morti per anno negli Stati Uniti per errori medici in ambiente ospedaliero stimati da Kohn, una percentuale compresa fra il 30% e il 50% è

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto: l'Assistenza domiciliare integrata in Piemonte
3. Il contesto: l'Asl 7 e il Distretto di Chivasso
4. Lo studio
5. Conclusioni

causata da errato utilizzo di prodotti farmaceutici e sanitari.

Studi inerenti l'impatto economico delle DRM negli USA hanno evidenziato un trend crescente della spesa annua: se infatti nel 1988 Southwick aveva stimato che i costi erano pari a 7 bilioni di dollari, nel 2001 Ernst aggiornava la cifra portandola a 177,4 bilioni di dollari. Johnson, nel 1995, concentrandosi sull'assistenza ambulatoriale ha stimato che il costo annuale sopportato dal sistema americano era pari a 76,6 bilioni di dollari, mentre l'anno precedente, Schneider focalizzando l'attenzione su una singola struttura ospedaliera ha rilevato che i 1911 DRM osservati avevano provocato conseguenze economiche pari a 1,5 milioni di dollari.

La breve rassegna presentata di studi internazionali, evidenziando la dimensione della morbosità farmaco-correlata e le conseguenze economiche che essa comporta, dà ragione della necessità di ridurre tale fenomeno e giustifica il ruolo positivo che hanno gli studi della *Preventable Drug Related Morbidity* (PDRM).

Definibile come «a recognizable drug-related problem with a foreseeable adverse outcome and a probable cause related to medicine use which is both identifiable and controllable» (Hepler, 1990), la PRDM si caratterizza per la contemporanea presenza dei seguenti tre elementi:

- 1) il *drug related problem* deve essere riconoscibile e la possibilità del verificarsi di un outcome clinico non desiderato deve essere prevedibile;
- 2) le cause dell'*outcome* clinico non desiderato devono essere identificabili;
- 3) le cause dell'*outcome* clinico non desiderato devono essere controllabili.

La qualifica di prevenibile, se implica la possibilità di adottare tecniche di riduzione della probabilità che si verifichi l'evento avverso, presuppone l'identificazione dei rischi. In tale direzione hanno mosso i primi passi esperienze condotte nel Nord America e nel Regno Unito.

Il primo esempio di approccio sistemico implementato in un programma di ricerca volto a ridurre negli anziani la morbosità far-

maco-correlata prevenibile è stato effettuato nel 1999 negli USA.

In questo contesto MacKinnon (MacKinnon, 1999) ha effettuato una rassegna della letteratura scientifica dal 1967 al 1998 e successivamente ha sottoposto i dati della rassegna ad un *panel* di consenso composto da sette esperti in geriatria: il risultato è stato la definizione di un sistema di indicatori espressi in forma di *outcome* terapeutici avversi associati ad un *pattern* di cura che ha condotto all'evento.

Analogamente nel 2001 Faris (Faris, 2001) presentava una esplicita definizione di indicatori di PDRM che avevano raggiunto il consenso di un team di esperti.

Successivamente (2002) MacKinnon ed Hepler (MacKinnon, 2002) pubblicavano un ulteriore studio dove erano proposti 52 indicatori clinici, validati da un processo di consenso, che, secondo gli stessi Autori, avrebbero potuto essere usati dalle organizzazioni sanitarie per identificare pazienti ad alto rischio di PDRM e, quindi, per migliorare la qualità nell'uso dei farmaci e superare il «gap» fra processo di cura e i suoi *outcome*.

Un'ulteriore tappa di «maturazione» in questo processo di costruzione di un sistema di indicatori di PDRM si è osservata nell'esperienza effettuata in Nuova Scozia (Canada) da Robertson e MacKinnon (Robertson, 2002).

In tale contesto gli autori hanno sottoposto gli indicatori precedentemente sviluppati negli USA ad una valutazione mediante tecnica di Delphi a due *round* da parte di due *panel* di esperti, composti rispettivamente da geriatri e farmacologi clinici. I due gruppi dovevano valutare, indipendentemente, se gli outcome in ognuna delle situazioni di *pattern* di cura fossero prevedibili e riconoscibili e se la causa fosse identificabile e controllabile.

Come risultato i due *panel* di esperti proposero un sistema di 58 indicatori di PDRM che furono, successivamente, sottoposti alla validazione da parte di un gruppo di 12 *General Practitioner* (GP) usando una tecnica del tipo «focus group».

Gli indicatori per i quali non fu raggiunto il consenso furono eliminati ed alla fine della sessione di *focus group* fu prodotta una lista di 52 indicatori di PDRM validata.

Il risultato finale di questa esperienza, che per la prima volta coinvolgeva in modo atti-

vo anche dei *general practitioner*, fu che era possibile raggiungere un consenso su degli indicatori di qualità nei pattern di assistenza farmaceutica (espressi come indicatori di PDRM) da *tutte le figure di esperti* coinvolti nel processo assistenziale (Robertson, 2002).

Analizzando gli studi ed i risultati cui erano pervenuti i colleghi nordamericani e rilevando la necessità di intervenire sulle PDRM anche in Europa, Morris (Morris, 2002) ha intrapreso un processo per definire un sistema di indicatori che può essere sintetizzato in due *step*.

Il *primo step* è partito dalla esplorazione della possibilità di utilizzare gli indicatori di PDRM validati negli USA per una applicazione nel Regno Unito.

In tale contesto presso il Dipartimento di Farmacia dell'Università di Manchester, i 52 indicatori statunitensi definiti da MacKinnon sono stati inizialmente valutati da un panel di farmacisti ed è stato realizzato un confronto crociato con le linee-guida del British National Formulary (BNF, 1999)¹.

Dopo aver eliminato gli indicatori di origine statunitense che non trovavano corrispondenza con quanto indicato nel BNF, i rimanenti indicatori sono stati trasformati in una serie di scenari clinici, ognuno dei quali veniva presentato come un trattamento terapeutico o una situazione clinica in un paziente ultrasessantacinquenne associato ad un *outcome* terapeutico avverso.

Successivamente tali «scenari» sono stati sottoposti ad un *panel* di esperti, composto da *general practitioner* e farmacisti coinvolti nella «primary care», secondo una metodica Delphi a due *round*.

I partecipanti dovevano considerare ogni singolo scenario ed esprimersi con un punteggio il cui *range* variava da 1 (definito sicuramente PDRM) a 7 (definito sicuramente non PDRM) e da assegnare secondo la definizione data da Hepler nel 1990: «preventable drug-related morbidity (PDRM) is defined as: a *recognizable* drug-related problem with a *foreseeable* adverse outcome and a probable cause related to medicine use which is both *identifiable* and *controllable*».

Al termine dello studio fu raggiunto il predefinito livello di consenso (almeno il 75% dei partecipanti assegnava uno score compreso fra 1 e 3) per 29 indicatori.

Di questi indicatori di PDRM, 19 derivavano dal sistema nordamericano e 10 erano stati prodotti dal *panel* di esperti nel primo round della metodica Delphi.

Il *secondo step* è incoraggiato dall'interesse sempre più vasto per la misura e la valutazione della qualità nei servizi di assistenza sanitaria nel Regno Unito comprovato dalla sua formalizzazione esplicita in alcuni documenti governativi ufficiali redatti dal Department of Health quali «An organization with a memory»² o, più recentemente, «Building a safer NHS for patients»³, e confermata dalla istituzione del *National Patient Safety Agency* e dall'indicazione da parte del *Department of Health* di ridurre l'incidenza dell'errore medico del 40% come obiettivo per l'anno 2005⁴.

In tale contesto Morris ha effettuato un successivo studio con lo scopo di realizzare un'ulteriore validazione degli indicatori creati precedentemente e di svilupparne di nuovi addizionali derivati dalle evidenze riscontrate nella pratica clinica del Regno Unito (Morris, 2003).

In questo nuovo studio gli indicatori di PDRM hanno mantenuto la formulazione precedente: un *outcome* terapeutico avverso associato ad un pattern di cura che ha condotto all'*outcome* stesso.

I 41 indicatori che hanno rappresentato la base dello studio sono stati derivati da una varietà di fonti:

a) indicatori che avevano raggiunto il consenso come PDRM nel precedente studio di Morris (Morris, 2002) e che non sono stati modificati;

b) indicatori che avevano raggiunto il consenso come PDRM nel precedente studio di Morris (Morris, 2002), ma la cui definizione è stata sottoposta ad una sostanziale modifica di tipo clinico, quale risultato di uno studio pilota nel *setting* della «general practice» (Morris, 2002) ed alla luce di una *survey*, effettuata sempre nel Regno Unito, su ospedalizzazioni farmaco-correlate prevenibili (Avery, 2001);

c) indicatori direttamente generati sulla base dei risultati della ricerca citata al punto precedente su ospedalizzazioni farmaco-correlate prevenibili (Avery, 2001).

In analogia con il precedente studio tali indicatori sono stati sottoposti ad una *survey* Delphi con un gruppo di esperti composto da 12 *general practitioner* (GP) e da 9 farmacisti che assegnavano uno *score* (anche in questo caso in un range di 1-7) per esprimere un giudizio di aderenza alla definizione di Hepler di PDRM.

Il risultato ottenuto è stato un elenco di 24 coppie di *outcome* avversi e *pattern* di cura a rischio che hanno conseguito il consenso come indicatori di PDRM.

Avvalendosi della esperienza documentata della Morris e della modalità con cui ha condotto i suoi studi caratterizzati dalla:

- finalità di contestualizzare nella propria realtà sanitaria sistemi di indicatori studiati per contesti con connotazioni diverse;
- realizzazione di un processo di validazione di sistemi di indicatori di PDRM già identificati ed eventuale loro integrazione;
- applicazione nella pratica clinica territoriale del sistema validato,

è stato concepito e realizzato il presente lavoro che si prefigge come obiettivi di validare il sistema di indicatori di PDRM di Morris nel Servizio sanitario italiano e nello specifico nel contesto dell'assistenza domiciliare e di valutare la capacità di tale sistema di rilevare eventi di morbosità farmaco-correlata prevenibile e si propone come metodologia di realizzazione l'attuazione di uno studio pilota applicato ad un campione di pazienti del Servizio cure domiciliari del Distretto di Chivasso dell'Asl 7 piemontese.

2. Il contesto: l'Assistenza domiciliare integrata in Piemonte

Il Piano sanitario regionale 1990-1992, nell'allegato I cap. 2° e 8° e nell'allegato III cap. 1° (Tutela della salute degli anziani), individuava l'assistenza domiciliare integrata (ADI) come forma di assistenza alternativa al ricovero rivolta prevalentemente ad anziani non autosufficienti.

Con il combinato disposto dell'art. 26 e dell'allegato H del DPR 314/90, concernenti l'Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 48 della legge 33/78, venivano definiti i presupposti

normativi per l'inizio della sperimentazione dell'assistenza domiciliare integrata in Piemonte.

Con la del. G.R. 175-9150 del 23 settembre 1991 la Regione Piemonte approvava la definizione dei criteri di indirizzo per l'attivazione di interventi sperimentali di assistenza domiciliare.

Infine con la del. G.R. 41-5952 del maggio 2002 sono state emanate le linee guida regionali per il nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari nelle quali l'ADI viene individuata come una delle possibili forme in cui viene erogata l'assistenza accanto all'assistenza domiciliare programmata (ADP) e all'assistenza tramite servizio infermieristico domiciliare (SID). L'ADI in altri termini viene collocata nel più ampio contesto delle Cure domiciliari che la stessa del. G.R. definisce come «una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del medico di famiglia e di altri operatori (infermieri, medici ...) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate».

Le cure domiciliari, e quindi le ADI, sono organizzate nell'ambito del distretto ed erogate da una unità operativa aziendale denominata Struttura organizzativa integrata cure domiciliari. Il servizio è attivato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta per pazienti con particolari condizioni cliniche, con l'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il ricovero ospedaliero.

I destinatari di questa forma di assistenza, salva diversa determinazione concordata con il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale, in relazione alla situazione socio-ambientale ed al quadro clinico, sono essenzialmente i pazienti affetti da: malattia terminale, fratture e postumi di fratture, patologie cardiovascolari, patologie acute o riacutizzate e HIV.

3. Il contesto: l'Asl 7 e il Distretto di Chivasso

L'Asl 7 è una delle 22 aziende sanitarie locali della Regione Piemonte.

Ha una popolazione di riferimento pari a poco meno di 189.000 (Banca dati Regione

Piemonte), distribuita in 31 Comuni e composta in misura preponderante da cittadini di età compresa fra i 15 e 64 anni e, a seguire, di età collocabile nella fascia 65-74. La sua struttura organizzativa, vede un Dipartimento di prevenzione, un Presidio ospedaliero, dotato di 192 posti letto di degenza ordinaria e 14 di *day hospital*, e 3 Distretti sanitari: di Chivasso, di Settimo Torinese e di San Mauro.

Il Distretto di Chivasso comprende 21 Comuni ed ha un numero di residenti che ammonta a 73.696 abitanti di cui 36.077 (49%) maschi e 37.619 (51%) femmine, con una distribuzione per classi di età che vede dominare la fascia 14-64, con 50.772 individui, seguita dalla fascia > 64, con 14.644 persone, ed infine la fascia 0-13 con 8.280 unità.

Nel Distretto di Chivasso è attivato un Servizio di cure domiciliari che si avvale, grazie alla ubicazione fisica sul suo territorio, della stretta collaborazione di alcune strutture complesse presenti nel presidio ospedaliero e precisamente il Laboratorio analisi e la Farmacia.

4. Lo studio

Lo studio condotto ha previsto la realizzazione delle seguenti 2 fasi:

1) scelta di un sistema di indicatori di PDRM già costruito ed eventuale integrazione con la creazione di nuovi indicatori e loro validazione mediante consenso di panel di esperti;

2) realizzazione di uno studio pilota su di un campione di pazienti inseriti in ADI volto a valutare le capacità di tale sistema di rilevare eventi di morbosità farmaco-correlata prevenibile.

4.1. Fase 1

Gli indicatori di PDRM utilizzati sono quelli proposti dalla Morris nello studio pubblicato nel 2003 (Morris, 2003). Ogni indicatore è espresso nella forma di *outcome* terapeutico avverso (esito) associati ad un *pattern* di cura che ne ha determinato il verificarsi.

La scelta di tali indicatori e la conseguente esclusione di altri sistemi proposti dalla letteratura internazionale è giustificata da

due motivazioni. La prima è la affinità fra il sistema sanitario del Regno Unito, in cui è nata e maturata l'esperienza della Morris, ed il sistema sanitario italiano, mentre tutti gli altri sistemi di indicatori sono stati studiati e validati per un contesto sanitario con maggior orientamento alle logiche di mercato. La seconda è l'analogia fra i *setting* in cui si applicano gli indicatori: la *primary care* per studiare i PDRM dal punto di vista dei *general practitioner* nella esperienza inglese e le cure erogate in ADI per migliorare la qualità delle prescrizioni e dei trattamenti farmacologici in medicina generale nel nostro studio.

In particolare si è deciso di utilizzare la versione del 2003 e non quella pubblicata nel 2004 (Morris, 2004) in quanto la versione più recente apporta sostanziali modifiche al sistema di indicatori sviluppato precedentemente dettate dalla necessità di utilizzare come base dati i record di tutti i pazienti con età maggiore di 18 anni dei *general practitioner* che utilizzavano il *software* MIQUEST (*Morbidity Information Query and Export Syntax*).

I 24 indicatori proposti dalla Morris sono stati sottoposti alla validazione ad un *panel* di esperti composto dalle figure professionali direttamente coinvolte nella gestione del farmaco nell'ADI e precisamente: medici specialisti, medici di distretto dedicati alle cure domiciliari e farmacisti con il mandato di esaminare per ciascuno di essi la applicabilità nel contesto italiano e, in particolare, nelle cure a domicilio. Il processo di validazione si è realizzato attraverso una serie di incontri fra gli esperti.

Dei 24 indicatori originari, 14 sono stati confermati, e precisamente gli indicatori 1, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 22 e 23, riprodotti, con la stessa numerazione della Morris, in **tabella 1**, mentre 10 sono stati oggetto di modifica.

Le variazioni si sono concretizzate in:

– modifica della descrizione dell'esito. Sono interessati 3 indicatori e precisamente il 7, 16 e 24. La ragione è da ricercarsi nelle modalità organizzative con cui si realizza l'assistenza domiciliare integrata che prevede visite programmate da parte dei medici di medicina generale e la trascrizione in cartella dell'evoluzione della situazione del paziente. Pertanto si è reso necessario escludere dalla

Esito	Pattern di cura
1. Anoressia, nausea e vomito, diarrea, disturbi della vista, affaticamento, sonnolenza, confusione, aritmia, delirio, allucinazioni.	Aggiunta di amiodarone ad un paziente già in terapia con digossina senza contestuale riduzione della dose (da un terzo alla metà) di digossina e senza successivo monitoraggio dei livelli plasmatici di digossina.
3. Iperkaliemia (potassiemia > 5.5 mmol/L).	Uso concomitante di un ACE inibitore e un diuretico risparmiatore di potassio o un supplemento potassico, senza monitoraggio annuale del livello di potassio.
4. Peggioramento dei sintomi del M. di Parkinson (ad es. rigidità e tremore).	Uso di metoclopramide in un paziente con storia di M. di Parkinson.
5. Mughetto/disfonia.	Uso di uno steroide inalatorio ad alte dosi, senza l'uso di uno spaziatore.
6. Concentrazioni seriche delle transaminasi oltre 3 volte i limiti della norma o ittero.	Uso di un statina, senza monitoraggio della funzionalità epatica prima dell'inizio della terapia, a 3 mesi dall'inizio della terapia e successivamente ogni 6 mesi.
8. Osteoporosi o fratture ossee.	Uso di steroidi a lungo termine ad una dose ≥ 7.5 mg di prednisolone al giorno, senza profilassi dell'osteoporosi.
10. Iperkaliemia (potassiemia > 5.5 mmol/L).	Uso di un ACE inibitore, senza monitoraggio del livello di potassiemia prima dell'inizio della terapia, a 6 settimane dall'inizio della terapia e successivamente ogni 12 mesi.
11. Incremento dei valori di creatinemia (> 150 micromol/L).	Uso di un ACE inibitore, senza monitoraggio del livello di creatinemia prima dell'inizio della terapia, a 6 settimane dall'inizio della terapia e successivamente ogni 12 mesi.
12. Ipokaliemia (potassiemia < 3.0 mmol/L).	Uso di un diuretico non risparmiatore di potassio senza: 1. uso concomitante di un supplemento potassico o 2. uso concomitante di un diuretico risparmiatore di potassio o 3. monitoraggio del livello di potassiemia ogni 12 mesi.
13. Dispepsia, sanguinamento GI, perforazione, ulcera, anemia.	Uso di un FANS orale o topico per una settimana o più in un paziente con storia di ulcera peptica o sanguinamento GI.
18. Sonnolenza, confusione, aritmia, delirio, allucinazioni.	Uso continuativo di una dose di digossina precedentemente stabilita, senza valutare il livello di digossinemia in un paziente con: 1. anoressia o 2. nausea e vomito o 3. diarrea o 4. disturbi della vista o 5. affaticamento.
19. Ricovero ospedaliero a causa della perdita del controllo delle convulsioni.	Uso continuativo di una dose di fenitoina precedentemente stabilita, senza valutare il livello di fenitoinemia in un paziente con un alterato <i>pattern</i> convulsivo.
22. Un secondo infarto del miocardio.	In assenza di qualunque controindicazione, mancanza di prescrizione di aspirina in un paziente con pregresso infarto del miocardio.
23. Un secondo infarto del miocardio.	In assenza di qualunque controindicazione, mancanza di prescrizione di un beta bloccante per 2 o 3 anni dopo l'infarto.

Tabella 1

Indicatori di PDRM di Morris confermati

Fonte: Morris (2003)

descrizione dell'evento la visita medica o il ricovero, mentre si è ritenuto sufficiente indicare il peggioramento dei sintomi o esacerbazione acuta di asma o BPCO (**tabella 2**);

– ridefinizione del *pattern* di cura negli indicatori 2 e 9. La modifica della descrizione del *pattern* di cura per l'indicatore n. 2 è dovuta al fatto che nella descrizione del pro-

cesso di cura a rischio originale veniva citato l'uso generico di alcuni analgesici oppioidi, oppure di coproxamolo e/o coprodamolo, per cui si è inclusa la prescrizione di tutti i principi attivi appartenenti alla categoria degli oppioidi della classe ATC N02A registrati in Italia; mentre per l'indicatore n. 9 la variazione è giustificata in quanto il warfarin

Indicatori di Morris		Indicatori dello studio pilota	
Esito	Pattern di cura	Esito	Pattern di cura
7. Visita medica o ricovero ospedaliero a causa di un peggioramento dei sintomi, o un'esacerbazione acuta di asma o BPCO.	Prescrizione di un collirio beta bloccante ad un paziente con storia di asma o BPCO.	7. Peggioramento dei sintomi, o un'esacerbazione acuta di asma o BPCO.	Prescrizione di un collirio beta bloccante ad un paziente con storia di asma o BPCO.
16. Visita medica o ricovero ospedaliero a causa di un peggioramento dei sintomi, o un'esacerbazione acuta di asma o BPCO.	Prescrizione, per la prima volta, di un FANS orale o topico ad un paziente con storia di asma o BPCO senza raccomandare di tornare in caso di peggioramento dei sintomi respiratori.	16. Peggioramento dei sintomi o un'esacerbazione acuta di asma o BPCO.	Prescrizione, per la prima volta, di un FANS orale o topico ad un paziente con storia di asma o BPCO.
24. Visita medica o ricovero ospedaliero a causa del peggioramento dei sintomi dello scompenso cardiaco.	In assenza di qualunque controindicazione, mancanza di prescrizione di ACE inibitore in un paziente con scompenso cardiaco.	24. Peggioramento dei sintomi dello scompenso cardiaco.	In assenza di qualunque controindicazione, mancanza di prescrizione di ACE inibitore in un paziente con scompenso cardiaco.

Tabella 2
Indicatori di PDRM di Morris^(*) modificati nella descrizione dell'esito
^(*) Fonte: Morris (2003)

è solo una delle molecole appartenenti alla categoria dei dicumarolici (classificati ATC B01AA) e quindi sono stati considerati tutti i dicumarolici della medesima classe ATC registrati in Italia (**tabella 3**);

– eliminazione degli indicatori: 14, 15, 17, 20 e 21. I primi tre sono stati depennati perché si tratta di *pattern* di cura non riscontrabile nel contesto di assistenza in ADI, mentre gli ultimi due poiché il principio attivo carbimazolo (classificazione ATC H03BB01), non è registrato in Italia (**tabella 4**).

In totale gli indicatori valicati ed utilizzati nella fase 2 sono stati 19.

4.2. Fase 2

Questa fase è partita con la realizzazione dello studio pilota condotto su di un campione di pazienti del Distretto di Chivasso inseriti nel programma di ADI nel periodo compreso fra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2004.

Sono stati selezionati, mediante campionamento randomizzato, 50 pazienti della popolazione in esame per una analisi retrospettiva dell'intero periodo di assistenza in regime domiciliare.

Le caratteristiche del campione e le caratteristiche della popolazione oggetto di studio sono rappresentate nella **tabella 5** e dal loro confronto non si apprezzano significative differenze (percentuale maschi 58,5% vs 54%; età media $73,9 \pm 13,5$ vs $74,6 \pm 12,4$): questo suggerisce che il campionamento della fase pilota non dovrebbe avere introdotto fattori di confondimento e/o distorsione.

Le fonti di dati utilizzate per l'analisi retrospettiva sono state le seguenti:

– il *database* elettronico del Servizio di cure domiciliari del Distretto di Chivasso che contiene, relativamente a ciascun paziente, informazioni inerenti i dati anagrafici, il tipo di patologia di cui è affetto, secondo una classificazione del Servizio, come riportato in **tabella 6**, la data di inizio e fine di trattamento in ADI, il numero di cartella clinica e il tipo di dimissione come descritto in **tabella 7**. Questa fonte è stata consultata per delineare la popolazione ed estrarre il campione;

– la cartella clinica, con i documenti clinici allegati, e la cartella infermieristica. Le informazioni in essa contenute sono state

Tabella 3

Indicatori di PDRM di Morris (*) modificati nella definizione del *pattern* di cura

(*) Fonte: Morris (2003)

Indicatori di Morris		Indicatori dello studio pilota	
Esito	Pattern di cura	Esito	Pattern di cura
2. Stipsi cronica.	Uso regolare di un forte analgesico oppioidi (oppure di coproxamolo /coprodamololo a una dose ≥ 4 cpr/die), senza somministrazione concomitante di un lassativo.	2. Stipsi cronica.	Uso regolare di un forte analgesico appartenente alla categoria degli oppioidi (classificazione ATC: N02A), senza somministrazione concomitante di un lassativo.
9. Un evento di emorragia maggiore o minore.	Aggiunta di amiodarone ad un paziente già in terapia con warfarin senza riduzione della dose di warfarin e stretto monitoraggio dell'INR.	9. Un evento di emorragia maggiore o minore.	Aggiunta di amiodarone ad un paziente già in terapia con dicumarolici (classificazione ATC: B01AA), senza riduzione della dose del dicumarolico e stretto monitoraggio dell'INR.

Tabella 4

Indicatori di PDRM di Morris eliminati

Fonte: Morris (2003)

Esito	Pattern di cura
14. Ricovero ospedaliero a causa di esacerbazione acuta di asma o BPCO.	Vendita da parte di un farmacista di un collirio beta bloccante ad un paziente con storia di asma o BPCO, senza avvertire il paziente di contattare il proprio medico in caso di peggioramento dei sintomi respiratori.
15. Sanguinamento GI, perforazione GI, ulcera, anemia.	Vendita da parte di un farmacista di un FANS orale senza avvertire il paziente di contattare il proprio medico in caso di indigestione o piroisi.
17. Ricovero ospedaliero a causa di esacerbazione acuta di asma o BPCO.	Vendita da parte di un farmacista di un FANS orale o topico ad un paziente con storia di asma o BPCO senza raccomandare di contattare il proprio medico in caso di peggioramento dei sintomi respiratori.
20. Agranulocitosi, pancitopenia.	Prescrizione, per la prima volta, di carbimazolo senza raccomandare di tornare in caso di mal di gola, ulcere buccali, lividi, febbre o malessere.
21. Agranulocitosi, pancitopenia.	Vendita da parte di un farmacista di carbimazolo senza raccomandare di contattare il proprio medico in caso di mal di gola, ulcere buccali, lividi, febbre o malessere.

Tabella 5

Caratteristiche del Campione e della Popolazione

Caratteristiche	Campione	Popolazione
Numero pazienti	50	205
Maschi	27 (54%)	120 (58%)
Interv. Confid. 95% maschi	0.40 ÷ 0.68	
Età media (dev. standard)	74,6 (12,4)	73,9 (13,5)
Interv. Confid. 95% età media	71.2 ÷ 78.0	

Causa principale	N.	%
A (malattia terminale)	34	68%
B (fratture e postumi di fratture)	0	0%
C (patologie cardiovascolari)	3	6%
D (patologie acute o riacutizzate)	0	0%
E (hiv)	0	0%
F (altro)	13	26%
Totale	50	100%

Tabella 6

Distribuzione dei pazienti del campione per causa principale di ADI

Tipo di dimissione	N.	%
Decesso	37	74%
Raggiungimento obiettivo	7	14%
Ricovero ospedaliero	4	8%
Ricovero Residenze assistenziali flessibili (RAF) e Residenze sanitarie assistenziali (RSA)	2	4%
Trasferimento in Assistenza domiciliare programmata	0	0%
Trasferimento di residenza	0	0%
Totale	50	100%

Tabella 7

Distribuzione dei pazienti del campione per tipo di dimissione

esaminate per individuare i *pattern* di cura a rischio e l'esito associato;

- il *database* elettronico del Laboratorio analisi centralizzato dell'Asl 7, in cui sono archiviati i risultati di tutti i test diagnostici eseguiti per pazienti interni o esterni. Questa fonte è stata interrogata per accertare se al *pattern* di cura a rischio fosse correlato un esito certo.

Analizzando retrospettivamente il percorso di cura dei pazienti reclutati nel campione prima descritto è emerso che:

- la durata media del ricovero in ADI è stata di 115 giorni;

- la causa più frequente per cui si è resa necessaria l'assistenza domiciliare è la condizione di terminalità dei pazienti prevalentemente affetti da patologia oncologica (68% dei casi) (tabella 6);

- il tipo di dimissione più frequente è stato, per il 74% dei casi, per avvenuto decesso, seguito dal conseguimento degli obiettivi assistenziali definiti al momento dell'inizio dell'assistenza (14%) (tabella 7);

- il numero medio di farmaci somministrato per paziente è stato di 4,9 ($\pm 2,5$ DS) (tabella 8).

Esaminando i profili assistenziali del campione in esame ed utilizzando il sistema di indicatori precedentemente descritto si è osservato che il numero di casi di PDRM era pari a 11 (tabella 9).

L'analisi della specifica documentazione ha permesso di accertare che tre indicatori contabilizzano la totalità degli eventi e precisamente il n. 2 cioè «Stipsi cronica» associato al *pattern* di cura «Uso regolare di un forte analgesico appartenente alla categoria degli oppioidi (classificazione ATC: N02A), senza somministrazione concomitante di un lassativo», seguito dal n. 24 cioè «Peggioramento dei sintomi dello scompenso cardiaco» correlato al *pattern* «In assenza di qualunque contro-indicazione, mancanza di prescrizione di ACE inibitore in un paziente con scompenso cardiaco», ed infine dal n. 13 «Dispepsia, sanguinamento GI, perforazione, ulcera, anemia» relativo al *pattern* «Uso

Tabella 8

Distribuzione dei pazienti del campione per numero medio di farmaci somministrato

Numero medio di farmaci somministrati	Numero di pazienti	%
1	2	4%
2	7	14%
3	9	18%
4	10	20%
5	3	6%
6	4	8%
7	6	12%
8	4	8%
9	2	4%
10	2	4%
> 10	1	2%
Totale	50	100%

Tabella 9

Distribuzione dei *patterns* di cura a rischio e dei PDRM per tipo di indicatore

Tipo PCR	N. di <i>pattern</i> di cura a rischio	N. PDRM
1	0	0
2	13	8
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	5	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	4	0
13	1	1
16	1	0
18	1	0
19	0	0
22	1	0
23	0	0
24	2	2
Totale	28	11

di un FANS orale o topico per una settimana o più in un paziente con storia di ulcera peptica o sanguinamento GI».

Nel caso invece dei *pattern* di cura n. 8, 12, 16, 18 e 22 l'assenza dell'esito associato non li rende significativi in termini di rischio prevenibile.

5. Conclusioni

Gli obiettivi dello studio erano di validare il sistema di indicatori di PDRM di Morris nel Servizio sanitario italiano ed in particolare nel contesto delle Cure domiciliari, e di valutare la capacità di tale sistema di rilevare eventi di morbosità farmaco-correlata prevenibile sperimentandolo in un servizio di ADI dell'Azienda sanitaria locale 7 piemontese.

Al termine del processo di validazione è stato raggiunto il consenso, da parte di tutti i componenti il *panel* di esperti, su 19 dei 24 indicatori adottati da Morris di cui 14 erano uguali a quelli del sistema inglese e 5 sono stati modificati dal *panel* di esperti per adattarli alla realtà italiana. I 5 indicatori rimanenti sono stati invece eliminati in quanto non applicabili al contesto delle cure domiciliari.

La sperimentazione di tale sistema di indicatori ha evidenziato:

- la sua capacità di rilevare eventi di PDRM visto che il numero di situazioni a rischio farmaco-correlato prevenibili identificato era di 11 su 50, pari al 22%;

- la sua applicabilità, nella versione licenziata dal *panel* di esperti, nel sistema sanitario italiano ed in particolare nelle cure domiciliari,

mentre i risultati conseguiti hanno reso noto che non tutti gli indicatori del sistema hanno rilevato eventi avversi da farmaci, ma che anzi solo tre di essi, ed in particolare il n. 2 il cui esito è «Stipsi cronica» associato al *pattern* di cura «Uso regolare di un forte analgesico appartenente alla categoria degli oppioidi (classificazione ATC: N02A), senza somministrazione concomitante di un lassativo», assorbono la totalità degli eventi.

Lo studio pilota ha permesso inoltre di evidenziare alcuni aspetti positivi e di originalità di tale sistema di indicatori; infatti:

– è un strumento capace di rilevare casi di morbosità farmaco-correlata prevenibile da utilizzare nella prima fase del processo di *Risk Management* e volta a delineare il profilo di rischio dell'azienda. Si tratta della fase di identificazione dei rischi nelle aziende sanitarie (Corvino 1996);

– esplora i rischi in ambito territoriale anziché nel *setting* più osservato quale quello ospedaliero;

– si avvale di flussi di informazioni già esistenti nell'ambito dell'azienda e come tali strutturati come debito informativo, anche se concepiti per finalità diverse dalla gestione del rischio.

Per contro, questo sistema implica un oneroso lavoro di analisi della documentazione disponibile. Al fine di valutare anche tale aspetto nel corso dello studio pilota si è monitorato il tempo necessario ad applicare il sistema di indicatori a ciascun paziente che è risultato pari a circa 24 minuti-operatore sanitario.

Alla luce dei risultati raggiunti e sulla base delle valutazioni dei benefici ed onere derivanti dalla adozione di tale sistema di indicatori si è deciso di ampliare la sua applicazione, in modo routinario, alla popolazione complessiva assistita in ADI.

Note

1. Il testo delle linee guida, pubblicato sotto l'autorità del Joint Formulary Committee (rappresentativo della British Medical Association, della Royal Pharmaceutical Society of Great Britain e dal Department of Health) e formulato in termini di guida informativa immediata, contiene informazioni basate sull'evidenza in merito alla scelta ed alle modalità di prescrizione dei farmaci. Alla luce di ciò il BNF viene considerato il «gold standard» in tema di appropriatezza prescrittiva nel Regno Unito.
2. «An organization with a memory». <http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/>
3. To err is human: «Building a safer health system». <http://www.nap.edu/books/0309068371/html>
4. <http://www.npsa.nhs.uk/>

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

- AVERY A.J., TAYLOR R.L. (2001), «Investigating preventable drug-related admissions to a medical admission unit», *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 10, Suppl. 1, pp. S103.
- BRITISH NATIONAL FORMULARY 38 (1999), «London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain», September.
- CORVINO G.P. (1996), «Il risk management. Obiettivi, struttura logica e processi» in G. Forestieri (a cura di), *Risk management, strumenti e politiche per la gestione dei rischi puri di impresa*, EGEA, Milano, pp. 25-56.
- ERNST. F.R. (2001), «Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model», *J. Am. Pharm. Assoc.*, 41, pp. 192-199.
- FARIS R. (2001), *Explicit definitions to identify preventable drug related morbidity in an older population and their use as an indicator of quality in the medication use system (dissertation)*, University of Florida Gainesville, FLA.
- FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2002), *Federal Register*, Vol. 67, 117, Tuesday, June, 18.
- GRYMONPRE R.E. (1988), «Drug-associated hospital admission in older medical patients», *J Am Geriatr Soc.*, 36, pp. 1092-1098.
- HEPLER C.D., STRAND L.M. (1990), «Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care», *Am. J. Hosp. Pharm.*, 47, pp. 533-543.
- JOHNSON J.A., BOOTMAN J.L. (1995), «Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model», *Arch. Intern. Med.*, 155, pp. 1949-1956.
- KOHN L.T., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. (1999), *To err is human: building a safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. November 29.
- MACKINNON N.J. (1999), *Risk assessment of preventable drug-related morbidity in older person*, University of Florida, Department of Pharmacy Health Care Administration, Florida.
- MACKINNON N.J., HEPLER C.D. (2002), «Preventable drug-related morbidity in older adults. Indicator development», *J. Managed Care Pharm.*, 8, pp. 365-371.
- MORRIS C.J., CANTRILL J.A. (2002), «Indicators for preventable drug-related morbidity: facilitating improvements in patient care», *Pharma-coepidemiology and drug safety*, 11, Suppl. 1, pp. S23.
- MORRIS C.J. (2003), «Preventing drug-related morbidity - the development of quality indicators», *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 28, pp. 295-305.

- MORRIS C.J., RODGERS S. (2004), «Indicators for preventable drug related morbidity: application in primary care», *Qual Safe health Care*, 13, pp. 181-185.
- ROBERTSON H., MACKINNON N.J., TONKS R.S. (2002), «Preventable drug-related morbidity in older adults in Nova Scotia, Canada: development of quality indicators», *Value in Health*, 5, p. 160.
- ROBERTSON H., MACKINNON N.J. (2002), «Development of a list of consensus-approved clinical indicators of preventable drug-related morbidity in older adults», *Clin Ther.*, 24, pp. 1595-1613.
- SCHNEIDER P.J. (1995), «Cost of medication-related problems at a university hospital», *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, 52, pp. 2415-2418.
- SOUTHWICK K. (1988), «A prescription for trouble: drugs to counteract drugs», *Health Week*, 2, pp. 1-12.

Vincere la sfida della governance: L'introduzione della Balanced Scorecard all'Asl di Pavia

DOMENICO FERRARI, LUCA MERLINI

The Local Health Authority of Pavia has carried out a project consisting in the introduction of the Balanced Scorecard to connect the strategy of the organization and its concrete fulfilment. The developed Balanced Scorecard system is based on a strategy map containing 4 perspectives and 13 Key Performance Areas (KPA), where different objectives and Key Performance Indicators (KPI) have been provided and 7 different domains of vision have been identified. These ones take the role of main dimensions of analysis with the aim of judging the degree of fulfilment of the Authority's strategy. The aim of the Balanced Scorecard is to build up a new performance management system to be connected to an incentive frame bound to the top management.

Note sugli autori

Domenico Ferrari, Università della Svizzera italiana e Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

Luca Merlini, Università della Svizzera italiana e Ospedale Regionale La Carità di Locarno

Attribuzione

Il presente paper è frutto del lavoro coordinato degli autori. In fase di stesura dello stesso sono da attribuirsi a Domenico Ferrari i §§ 1, 2, 3, 4 e 7 e a Luca Merlini i §§ 5 e 6

1. Introduzione

La *Balanced Scorecard* (di seguito BSC), teorizzata da Kaplan e Norton all'inizio degli anni '90¹, è uno strumento di gestione strategica che consente di valutare, gestire e migliorare le prestazioni di business di un'azienda, guidandola nella definizione delle priorità strategiche, nella verifica del loro ordine di perseguimento, nel test di compatibilità delle risorse e nella definizione degli indicatori-chiave di performance.

In termini più concreti, la BSC si propone di collegare la sfera strategica (che si concretizza nella visione, nella missione e nella strategia) e la sfera operativa aziendale, facendo leva sull'identificazione di obiettivi strategici e di indicatori in grado di monitorare il grado di raggiungimento degli stessi².

In questo modo, la BSC agevola il superamento del *gap* esistente tra la formulazione delle strategie e la loro realizzazione nella prassi quotidiana, che può ad esempio risultare dall'indecifrabilità delle strategie, dal mancato allineamento delle stesse con gli obiettivi individuali e dalla mancata integrazione con il processo di allocazione delle risorse.

La BSC persegue un equilibrio (*balance*) tra le misure esterne, rivolte agli *stakeholder*, e le misure interne relative ai processi, all'innovazione, all'apprendimento e alla crescita dell'organizzazione, completando le informazioni di tipo economico-finanziario caratteristiche dei sistemi di controllo di gestione tradizionali con indicatori di carattere qualitativo.

È così che il modello di BSC proposto da Kaplan e Norton viene ad articolarsi, come

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il contesto di riferimento
3. Il modello di *Balanced Scorecard* dell'Asl di Pavia
4. Gli ambiti di vision come modello di comunicazione della strategia
5. *Balanced Scorecard* e valutazione della performance
6. *Balanced Scorecard* e ICT
7. Conclusioni

indicato nella **figura 1**, su quattro prospettive denominate nell'ordine:

- prospettiva economico-finanziaria;
- prospettiva dei clienti;
- prospettiva dei processi interni;
- prospettiva dell'innovazione e della crescita.

Pur trattandosi di uno strumento nato inizialmente a seguito di un fabbisogno manifestatosi nel settore privato – e a testimonianza di ciò vi è proprio la centralità della dimensione economico-finanziaria, che si pone come culmine di un percorso volto ad agire, secondo una logica di causa-effetto, su aree chiave di performance afferenti nell'ordine all'innovazione e alla crescita dell'organizzazione (in particolare a livello di risorse umane e tecnologiche), ai processi interni (nell'ottica del perseguimento di una maggiore efficacia ed efficienza degli stessi) e dei clienti (allo scopo di massimizzarne il grado di soddisfazione) – la BSC ha trovato un terreno di applicazione fertile nelle aziende sanitarie, e ciò soprattutto per i seguenti motivi (Frittoli, Mancini, 2004):

- l'incremento del grado di complessità dell'ambiente di riferimento che le organiz-

zazioni sanitarie si trovano a fronteggiare, sia a livello di contesto competitivo che di vincoli posti alla dotazione di risorse;

- la necessità di un modello di riferimento per organizzare le informazioni rilevanti in relazione al processo di definizione degli obiettivi strategici;

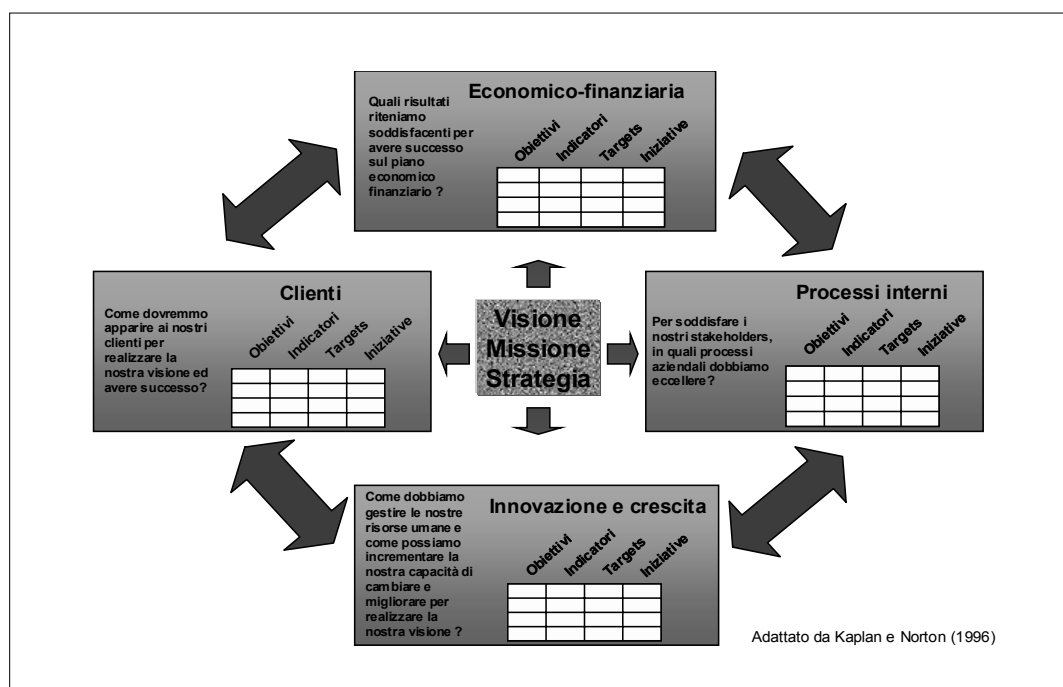
- la volontà di rendere conto agli *stakeholder* delle attività svolte (in relazione al concetto di *accountability*)³;

- la necessità di uno strumento multidimensionale di gestione strategica, in grado di integrare la dimensione qualitativa al tradizionale punto di vista quantitativo;

- il bisogno di una base comune di discussione per nutrire il dialogo con i *professional* della salute sul tema della strategia aziendale e delle leve di azione per perseguirne la realizzazione.

Per limitarsi alle esperienze italiane⁴, e senza la pretesa di voler identificare tutte le realtà che si sono confrontate con la BSC, basti ricordare che tale strumento ha trovato applicazione in realtà tanto eterogenee quali l'Azienda ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano, l'Istituto europeo di oncologia, l'Ausl Bologna Nord⁵, l'Azienda ospedaliera universitaria San Martino di Genova,

Figura 1
Il modello di base della BSC



le Aziende sanitarie toscane, l'Azienda per i servizi sanitari Isontina, l'Azienda ospedaliera Ospedale di Busto Arsizio, l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, l'Asl Napoli 3⁶, l'Asl di Ivrea⁷ e l'Ospedale Maggiore «La Carità» di Novara.

2. Il contesto di riferimento

L'Asl di Pavia, costituita il 1° gennaio 1998 dalla confluenza delle ex-Ussl 42 di Pavia, 43 di Vigevano e 44 di Voghera e ridefinita dal 1° febbraio 2002 in conseguenza dello scorporo dei Presidi ospedalieri e dei poliambulatori specialistici, ha la finalità di tutelare la salute dei cittadini, garantendo sull'intero territorio provinciale livelli di assistenza definiti dalla programmazione sanitaria regionale e nazionale.

Come per le altre Asl della Regione Lombardia, anche per l'Asl di Pavia si configura il ruolo principale di acquirente/controllore delle prestazioni rese dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie alla popolazione locale.

Il bacino di utenza dell'Asl di Pavia si estende su una superficie di circa 3.000 km² ed è costituito da una popolazione di circa 500.000 assistibili. Nell'ambito provinciale di riferimento si contano circa 160.000 ricoveri, 8.000.000 singole prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, nonché 3.500.000 prescrizioni farmaceutiche da parte delle strutture sanitarie. Il sistema sanitario pavese conta inoltre 8 ospedali pubblici, 7 case di cura private e 3 istituti scientifici (Ircs), per cui ben si comprende la complessità del ruolo di governo del sistema che l'Asl di Pavia si trova a ricoprire, ben rappresentata dal motto *Vincere la sfida della Governance*, che costituisce il titolo del Documento di programmazione 2005 deliberato dalla Direzione generale.

Il Piano organizzativo e funzionale aziendale (POFA) definisce il ruolo della Asl di Pavia come principale attore del processo di *Governance* del servizio sanitario per il consolidamento ed il miglioramento dei processi di gestione, analisi e distribuzione dell'informazione relativa ai principali servizi socio-sanitari.

Trovandosi a dover svolgere il suo ruolo di governo del sistema sanitario pavese in un ambiente di riferimento sottoposto a continui e repentini cambiamenti, l'Asl ha intrapreso

una serie d'iniziative e progetti strategici, tra i quali va menzionata la costituzione del *datawarehouse* dei dati sanitari: tale progetto è destinato a consentire non soltanto l'archiviazione dei dati e la gestione dell'informazione a livello centralizzato, bensì pure l'elaborazione automatizzata di specifiche informazioni.

Intendendo sfruttare appieno il potenziale offerto da questo potente strumento, l'Asl ha inoltre iniziato a dotarsi di opportuni *tool* per la modellizzazione, rappresentazione e distribuzione dei dati, volti a costituzione una sorta di «cruscotto direzionale» per la gestione aziendale.

È in tale ottica che nasce la necessità di configurare uno strumento in grado di fornire un supporto fondamentale ai processi decisionali caratteristici del management strategico aziendale, contemplando nel contempo la possibilità di implementare in futuro un sistema di monitoraggio e valutazione della performance strutturato e trasparente.

Introducendo la *Balanced Scorecard*, l'Asl di Pavia intende creare le condizioni per la sua adozione in quanto sistema manageriale di valutazione strategica che trasforma le strategie e le missioni dell'azienda in un *set* bilanciato di indicatori di performance (economici e non economici) correlati tra loro.

Una volta implementato, lo strumento è destinato a fungere da piattaforma d'informazione e comunicazione a supporto del processo di valutazione e incentivazione della dirigenza, consentendo di valutare in modo mirato l'allineamento delle azioni e dei comportamenti messi in atto a livello di singoli dipartimenti/servizi con la strategia globale dell'Asl.

Di pari passo occorrerà delineare l'architettura strategica del Servizio risorse umane introducendo il modello delle competenze, al fine di orientare e modificare il comportamento delle persone all'interno dell'organizzazione, valorizzando il capitale umano e, di riflesso, l'azienda stessa.

3. Il modello di *Balanced Scorecard* dell'Asl di Pavia

Da un punto di vista metodologico, il percorso verso la costruzione del modello di BSC per l'Asl di Pavia è stato strutturato in tre fasi:

- 1) *check-up* strategico dell'Asl effettuato dal *team* di consulenza esterno;
- 2) allestimento della mappa strategica dell'Asl, con relativa identificazione e definizione delle prospettive, delle *Key Performance Areas* (aree chiave di performance) e dei legami di causa-effetto tra le stesse;
- 3) identificazione dei percorsi virtuosi di lettura della mappa strategica e delle diverse *vision* caratteristiche dell'Asl.

Per l'accompagnamento del processo d'introduzione della BSC, l'Asl di Pavia ha fatto capo alla consulenza dell'Istituto di Microeconomia ed economia pubblica (MecoP) dell'Università della Svizzera italiana (USI). Mediante la *partnership* di progetto tra Asl di Pavia e MecoP USI ci si proponeva in particolare di valorizzare le esperienze e le conoscenze maturate nel campo del management sanitario all'interno di quest'ultimo istituto, mettendo altresì a frutto gli ottimi rapporti di collaborazione esistenti con l'Ospedale regionale «La Carità» di Locarno, che ha introdotto, in qualità di ospedale pilota, lo strumento della BSC all'interno dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) del Canton Ticino⁸.

3.1. Il *check-up* strategico

Al fine di prendere contatto con la realtà contingente dell'Asl di Pavia, scongiurando il rischio di impostare i lavori sin dall'inizio secondo un approccio eccessivamente teorico e sterile, si è ritenuto fondamentale procedere ad una verifica dello stato attuale dell'organizzazione in termini di visione, missione, strategia e obiettivi di *budget*, così da poter calibrare lo strumento gestionale secondo l'effettiva realtà in cui l'Asl si trova ad operare, da un lato, e le percezioni e i vissuti del *top management*, dall'altro.

Tale fase ha altresì consentito di allacciare un primo contatto con il *top management*, così da impostare sin da subito il progetto all'insegna del coinvolgimento e della trasparenza.

Il *check-up* strategico si è svolto parallelamente su due piani:

- a) Analisi della documentazione di riferimento prodotta dall'Asl, e in particolare:

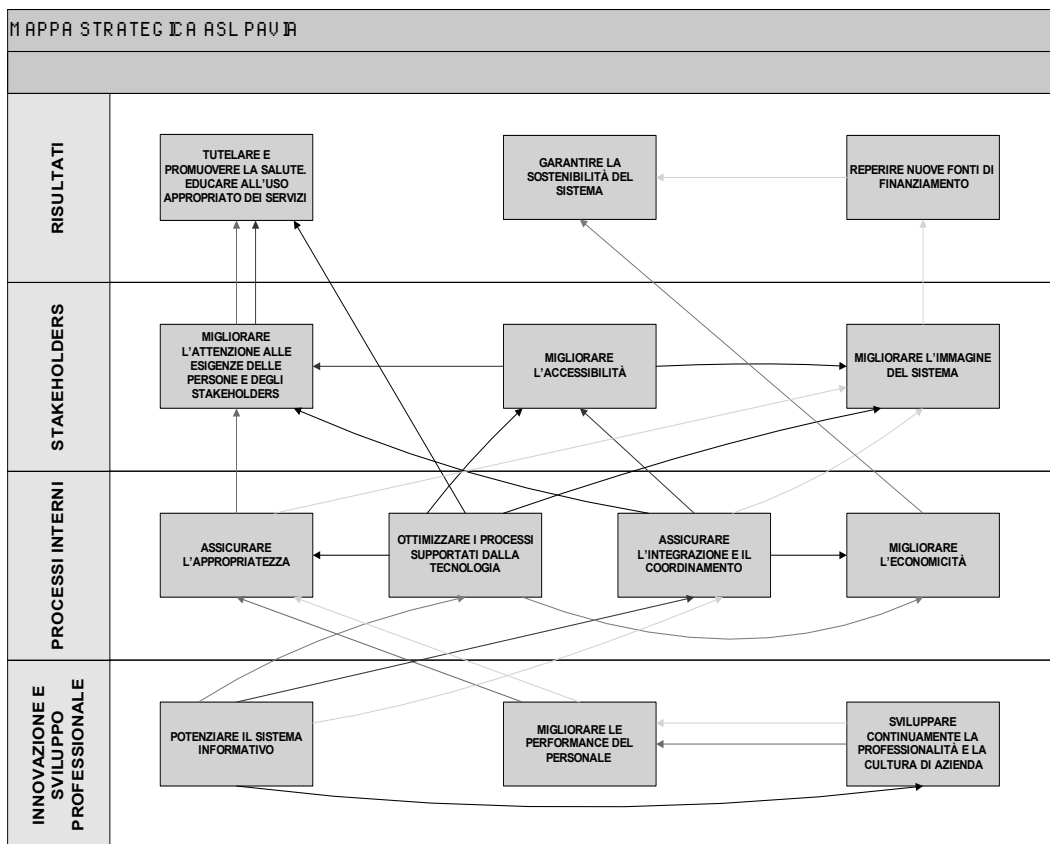
- Documento di programmazione 2005 «Vincere la sfida della *Governance*»;
- Piano organizzativo e funzionale aziendale (POFA) dell'Asl della Provincia di Pavia;
- *Budget* 2005: obiettivi di primo e secondo livello;
- Piano dei controlli dell'anno 2005.
- b) Interviste con il *top management* dell'Asl, e in particolare con:
 - Responsabile Dipartimento programmazione, acquisti e controllo (PAC);
 - Responsabile Servizio sistema informativo e controllo di gestione;
 - Responsabile Servizio comunicazione e relazioni esterne;
 - Responsabile Dipartimento amministrativo;
 - Responsabile Dipartimento di prevenzione medica;
 - Responsabile Dipartimento di prevenzione veterinaria;
 - Responsabile Dipartimento cure primarie;
 - Responsabile Servizio infermieristico tecnico e della riabilitazione aziendale (SI-TRA);
 - Responsabile Dipartimento assistenza socio-sanitaria integrata (ASSI).

La scelta di condurre il *check-up* strategico su due piani (scritto e orale) era giustificata anche dall'intenzione di identificare eventuali disallineamenti delle percezioni del *top management* rispetto agli orientamenti strategici desumibili dai documenti ufficiali della Asl. A tale proposito, il *team* di consulenza esterna ha constatato un elevato grado di allineamento di tutti i dirigenti intervistati rispetto ai principi di fondo sanciti dall'Asl e destinati a orientarne l'attività da un punto di vista strategico.

3.2. La mappa strategica

Sulla base delle risultanze del *check-up* strategico dell'Asl, il *team* di consulenza esterno ha messo a punto una prima bozza di mappa strategica, la quale ha subito delle modifiche in passi successivi grazie al fondamentale apporto del *team* di progetto interno. La **figura 2** presenta la versione attuale e più recente della mappa strategica dell'Asl di Pavia.

Figura 2
La mappa strategica dell'Asl di Pavia



I paragrafi che seguono forniscono informazioni di dettaglio concernenti le 4 prospettive e le 13 *Key Performance Areas* (KPA) identificate, come pure sui legami di causa-effetto e le modalità di lettura virtuosi della mappa.

3.3. Le prospettive

Come il modello di base teorizzato da Kaplan e Norton, la BSC per l'Asl di Pavia prevede quattro prospettive, alcune delle quali assumono però una denominazione diversa rispetto alla versione originale. All'Asl di Pavia sono dunque state adottate:

- una prospettiva dei risultati (in luogo di *prospettiva economico-finanziaria*);
- una prospettiva degli *stakeholder* (in luogo di *prospettiva dei clienti*);
- una prospettiva dei processi interni;
- una prospettiva dell'innovazione e dello sviluppo professionale (in luogo di *prospettiva dell'innovazione e della crescita*).

Si è optato per la denominazione *prospettiva dei risultati* in quanto si vuole sottolineare come l'obiettivo di carattere economico-finanziario (che in un contesto di tipo Asl si manifesta sottoforma di pareggio di bilancio e di rispetto del *budget* assegnato) sia da intendersi più come vincolo al raggiungimento di un più generale obiettivo di tutela della salute dei cittadini che come obiettivo fine a se stesso.

Con *prospettiva degli stakeholder* si è inteso mettere in evidenza come i cittadini/utenti, intesi come beneficiari effettivi o potenziali delle prestazioni di carattere socio-sanitario erogate dall'Asl o sotto il controllo della stessa, non siano gli unici soggetti portatori d'interessi, dovendo essere considerati altri soggetti quali aziende, enti locali, enti di governo centrale o associazioni di vario tipo.

Pur venendo mantenuta, rispetto al modello di Kaplan e Norton, la denominazione di *prospettiva dei processi interni*, si desidera considerare al suo interno, in modo ade-

guato, anche le relazioni che l'Asl intrattiene con le strutture di erogazione presenti sul territorio.

Infine, la prospettiva classicamente incentrata sulla valorizzazione delle risorse umane e sull'innovazione è stata declinata ponendo un forte accento sullo sviluppo professionale degli operatori attivi all'interno dell'Asl. Per questo motivo si è optato per la denominazione *prospettiva dell'innovazione e dello sviluppo professionale*.

3.3. Le Key Performance Areas (KPA)

Una volta chiarita, nelle grandi linee, la valenza da attribuire ad ognuna delle quattro prospettive della BSC, si è proceduto all'identificazione delle aree strategiche di performance dell'Asl. Sono così state identificate 13 *Key Performance Areas* (KPA), che dovrebbero costituire le sfere di obiettivi più rilevanti nell'ottica del perseguimento della *vision* e della *mission* aziendale. Nelle **tabelle 1, 2, 3 e 4** sono presentate le descrizioni di dettaglio di ogni singola area, alle quali si è giunti a seguito di un processo di ricerca del consenso tra *team* di consulenza esterno e *team* di progetto interno.

4. Gli ambiti di *vision* come modello di comunicazione della strategia

La logica della BSC si basa sull'identificazione di aree di obiettivi (le KPA) e sul successivo collegamento delle stesse nell'intento di identificare legami di causa-effetto volti a facilitare la lettura della mappa strategica. Le quattro prospettive della BSC (e le relative KPA che le compongono) non vanno infatti considerate come dei compartimenti stagni, bensì come ambiti comunicanti in grado d'influenzarsi vicendevolmente. Da qui il percorso di lettura consueto che vede il raggiungimento degli obiettivi in termini di innovazione e sviluppo professionale come premessa al raggiungimento dell'eccellenza a livello di processi interni, con una conseguente massimizzazione della soddisfazione degli *stakeholder* e, a concludere il percorso dal basso verso l'alto, il raggiungimento degli obiettivi in termini di risultati.

L'identificazione dei legami di causa-effetto è atta a consentire, nel caso si verificassero degli scostamenti tra valori-obiettivo e valori effettivi relativamente agli indicatori legati ai singoli obiettivi strategici, di risalire a ritroso nella lettura della mappa, aumentando la probabilità di identificare le determinanti effettive di un dato problema.

Tabella 1

Le aree-chiave di performance afferenti alla prospettiva dei risultati

<p>Tutelare e promuovere la salute. Educare all'uso appropriato dei servizi</p>	<p>Si tratta della KPA di maggiore rilevanza dell'Asl, che si concretizza in un ruolo di garante della protezione della salute dei cittadini nel bacino territoriale di riferimento. L'obiettivo di medio-lungo periodo dovrebbe essere quello di favorire l'<i>empowerment</i> del cittadino mediante misure di promozione ed educazione alla salute, rendendolo in grado di muoversi liberamente e in modo consapevole tra le articolate maglie del sistema sanitario regionale e provinciale. Egli potrà in questo modo far valere maggiormente i suoi diritti e proporsi come partner paritetico nei confronti di un'Azienda sanitaria locale che andrebbe ad assumere un ruolo di consulente e di facilitatore nelle decisioni.</p>
<p>Garantire la sostenibilità del sistema</p>	<p>In ossequio alle responsabilità attribuite al Direttore generale dalla relativa normativa nazionale, il pareggio di bilancio (inteso come equilibrio tra costi e ricavi) costituisce l'obiettivo supremo dell'Asl da un punto di vista economico-finanziario. Date le finalità intrinseche e il carattere eminentemente pubblico dell'Azienda, tale KPA può essere meglio rappresentata come un vincolo a quella relativa alla tutela della salute.</p>
<p>Reperire nuove fonti di finanziamento</p>	<p>I vincoli di bilancio sempre più stringenti ai quali la sanità italiana è sottoposta conducono viepiù alla consapevolezza della necessità di ricercare attivamente nuove fonti di finanziamento, così da poter garantire il lancio di progetti e iniziative innovative che difficilmente potrebbero essere realizzate con il solo ricorso agli stanziamenti di bilancio canonici. In questo contesto, oltre a vere e proprie forme di finanziamento, appaiono molto importanti le possibilità di piani di recupero crediti, monitoraggio e recupero proventi per la libera professione, così come l'utilizzo di risorse con maggiori gradi di libertà (fondi non vincolati).</p>

Tabella 2

Le aree-chiave di performance
affendenti alla prospettiva
degli *stakeholder*

<p>Migliorare l'attenzione alle esigenze delle persone e degli stakeholder</p>	<p>La tutela dei cittadini, da un punto di vista sanitario, non può prescindere da un'adeguata considerazione dei loro bisogni e va garantita attraverso opportune analisi di contesto (analisi della domanda, indagini di <i>customer satisfaction</i>). A partire dai risultati ottenuti, sarà così possibile orientare le necessarie iniziative nel campo della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), della diagnosi e della cura. Accanto alle persone fisiche, altri fondamentali attori di sistema, quali aziende, enti locali, associazioni o enti di governo centrale, manifestano esigenze che vanno tenute in debita considerazione dall'Asl all'interno di questa KPA. Pur non essendo oggetto primario della <i>mission</i> aziendale, è infatti indiscutibile che delle condizioni ottimali di interfacciamento, considerazione e supporto da parte di questi attori risultano fondamentali alla <i>mission</i> stessa.</p>
<p>Migliorare l'accessibilità</p>	<p>Il ruolo, assegnato all'Asl, di acquirente-intermediario tra popolazione e fornitori di prestazioni risulta talvolta di difficile identificazione da parte dei cittadini. Oltre a ciò, la molteplicità dei servizi offerti sotto la supervisione dell'Asl rende spesso difficoltosa l'identificazione del soggetto più indicato per la risoluzione di un determinato problema. Per questo motivo, occorre che l'Asl preli particolare attenzione, mediante opportune iniziative, alle concrete modalità di accesso alle infrastrutture, ai servizi e alle informazioni.</p>
<p>Migliorare l'immagine del sistema</p>	<p>Non sono rare le occasioni in cui la sanità occupa le prime pagine dei giornali per questioni di disservizio. Al fine di trasmettere ai cittadini l'immagine di un sistema sanitario regionale e provinciale, rispettivamente di un'Azienda sanitaria locale in continua evoluzione e avvicinamento alla gente piuttosto che di un'Azienda burocratizzata scorporata dalla realtà in cui opera, si rende necessario l'adeguato presidio delle attività di comunicazione e di <i>front office</i>. Particolare attenzione dovrà essere posta alla messa in rilievo del nuovo ruolo dell'Asl, che tende a configurarsi sempre più come garante e gestore del governo sociosanitario che come erogatore diretto di prestazioni. Accanto alla comunicazione esterna, occorrerà inoltre prestare la dovuta attenzione alla comunicazione interna, essendo la consapevolezza e il coinvolgimento dei collaboratori della Asl rispetto ai cambiamenti in atto un aspetto importante per il successo dell'Azienda.</p>

Per facilitare l'interpretazione della mappa strategica, ad una prima impostazione – poi abbandonata – basata sulla descrizione di 4 percorsi di lettura virtuosi ha fatto seguito, su iniziativa del *team* di progetto interno, l'identificazione di 7 ruoli (o *vision*) dell'Asl, che si estendono, come i percorsi, in modo trasversale sull'intera mappa (nel senso che KPA e obiettivi definiti in diverse prospettive possono essere ricondotti ad una stessa *vision* caratteristica dell'Asl).

In una seconda fase si è deciso di adottare un approccio alla lettura della mappa facente leva su sette ambiti di *vision*, che l'Asl può perseguire a seconda delle attività svolte dai suoi dirigenti e collaboratori.

Questa ulteriore definizione ha lo scopo di reinterpretare la *mission* dell'Asl – in buona sostanza la sua ragion d'essere – alla luce di visioni strategiche di medio periodo. Infatti lo scopo duplice è, da un lato, di garantire un livello migliore di visibilità e trasparenza agli obiettivi annuali calati nella mappa strategica e, dall'altro, di costruire flussi di de-

terminazioni a supporto di una o più visioni strategiche al fine di valutare, anche da questo punto di vista, il livello di bilanciamento delle azioni aziendali.

A tale proposito l'Asl può assumere, di volta in volta, un ruolo di:

- informatore;
- formatore;
- promotore di salute;
- acquirente/controllore;
- coordinatore;
- erogatore/garante di servizi essenziali;
- azienda.

La **tabella 5** presenta in forma dettagliata la valenza attribuita ad ognuno dei sette ambiti di *vision* identificati.

Ci si è infatti resi conto che i singoli obiettivi definiti dall'Asl nei suoi documenti di *budget*, oltre ad afferire a una o più KPA della mappa strategica, richiamano una o più delle *vision* indicate sopra. Le sette *vision* dell'Asl si configurano di conseguenza

Tabella 3

Le aree-chiave di performance afferenti alla prospettiva dei processi interni

Assicurare l'appropriatezza	Col termine appropriatezza si suole intendere la misura dell'adeguatezza delle attività intraprese per trattare uno specifico stato patologico, in base a criteri di efficacia ed efficienza in grado di coniugare l'aspetto sanitario con quello economico. Oltre a questa continua corrispondenza tra qualità e costo delle prestazioni, rientra in questa dimensione anche l'identificazione del corretto livello assistenziale (ospedaliero, ambulatoriale, territoriale, ecc.) entro il quale affrontare un determinato problema di salute. Dato lo specifico ruolo di garante caratteristico dell'Asl, l'appropriatezza va perseguita sia in relazione ai servizi ancora direttamente erogati dall'Asl sia – nel limite del possibile rispetto all'autonomia dei fornitori di prestazioni – ai servizi erogati all'esterno di essa.
Ottimizzare i processi supportati dalla tecnologia	Nonostante l'inevitabile ruolo di preminenza dei <i>professional</i> nell'erogazione di servizi alla persona quali quelli sociosanitari, il ruolo della tecnologia in sanità assume sempre maggiore rilevanza. Sempre più presenti nell'attività dei professionisti del settore (siano essi medici, infermieristici, tecnici o amministrativi), le tecnologie mediche e informatiche si propongono oramai come un supporto insostituibile, richiedendo un utilizzo intensivo laddove gli investimenti effettuati si rivelano particolarmente ingenti.
Assicurare l'integrazione e il coordinamento	Per tutta una serie di motivi, sia legati a considerazioni di appropriatezza della presa in carico sia di efficienza nell'erogazione dei servizi, l'aspetto dell'integrazione va acquisendo un ruolo di assoluto rilievo tra le forme organizzative in auge nel settore sanitario. Una visione a tutto tondo del rapporto tra paziente ed entità del sistema sanitario s'impone come imprescindibile affinché, dal lato dell'offerta, ogni attore possa concentrarsi su quelle competenze nelle quali è in grado di eccellere e, dal lato della domanda, il paziente non debba pagare uno scotto in termini di mancanza di coordinamento. Una maggiore integrazione potrebbe essere raggiunta, ad esempio, tramite la collaborazione tra unità organizzative aziendali, la messa in rete di strutture di erogazione esterne all'Asl, la collaborazione dell'Asl con distretti ed enti locali e, ancora, con un approccio in termini di percorsi diagnostico-terapeutici e di <i>case management</i> . Pure in questa area di obiettivi potrebbe rientrare l'individuazione di pacchetti di servizi integrati e delle relative modalità di erogazione.
Migliorare l'economicità dell'organizzazione	La situazione di risorse scarse in cui il settore sanitario versa da tempo, in Italia come all'esterno, fanno sì che l'acquisizione e l'impiego delle risorse da far confluire nei processi di erogazione delle prestazioni debbano essere decisi con parsimonia, pur garantendo il livello qualitativo e l'efficacia richiesti. Tra le modalità atte a raggiungere questo macro-obiettivo, particolare considerazione meritano i possibili processi di esternalizzazione di servizi <i>no core</i> , necessari affinché l'Asl possa focalizzare maggiormente l'attenzione sulle attività nelle quali è in grado di eccellere.

come dei veri e propri fili conduttori per la lettura della mappa, laddove la BSC dovrebbe consentire di illustrare e quantificare il contributo di ogni Dipartimento/Servizio in termini di supporto ai diversi ruoli strategici che l'Asl si trova a dover assumere.

Prendendo spunto dall'occasione fornita da una nuova tornata di interviste al *top management* dell'Asl⁹, si è chiesto ai dirigenti di identificare, per ognuno degli obiettivi di *budget* 2005 relativi al relativo dipartimento/servizio, la/le KPA e la/le *vision* afferenti. Ciò ha permesso di intraprendere una prima e approssimativa verifica del grado di bilanciamento degli attuali obiettivi di *budget* rispetto alle prospettive/KPA della BSC da

un lato e alle *vision* caratteristiche dell'Asl dall'altro.

5. *Balanced Scorecard* e valutazione della performance

5.1. I ruoli di un sistema di BSC

Un sistema di BSC può assumere, a seconda dei desiderata, almeno tre ruoli principali:

- strumento di comunicazione;
- strumento di controllo di gestione;
- strumento di valutazione delle performance legato ad un sistema di *Management by Objectives* (MbO).

Potenziare il sistema informativo	Per poter gestire con cognizione di causa organizzazioni complesse, specialmente se dotate di un numero rilevante di <i>stakeholder</i> come lo è un'Asl, un sistema informativo integrato e informatizzato costituisce l'asse portante del rilevamento dei dati e dell'elaborazione di informazioni utili per adeguare costantemente la gestione al contesto di riferimento, sia interno che esterno. Nel potenziare i processi e le tecnologie a supporto della circolazione delle informazioni, occorrerà prestare particolare attenzione alla coerenza tra i diversi sottosistemi informativi attivati e al rapporto tra investimento effettuato e valore aggiunto concretamente generato grazie alle nuove informazioni disponibili.
Migliorare le performance del personale	Alla base del successo in un'azienda, indipendentemente dal settore economico in cui essa opera, vi è la capacità del personale di lavorare in modo produttivo e orientato agli obiettivi. Per garantire queste condizioni, specialmente in un'azienda di servizi ad elevata intensità di personale qualificato e specializzato come un'Asl, occorre mettere in campo le misure più idonee – in termini di organizzazione del lavoro come di gestione e motivazione delle risorse umane – ad offrire condizioni quadro allettanti allo svolgimento delle attività e dei compiti previsti. Occorrerà dunque predisporre strumenti adeguati per la valutazione del potenziale, la valorizzazione delle risorse umane e la verifica delle performance.
Sviluppare continuamente la professionalità e la cultura d'azienda	Per garantire prestazioni di eccellenza da parte dei collaboratori dell'Asl, non si può prescindere dalla valorizzazione delle competenze esistenti in Azienda e da una continua attività di sviluppo mirato della professionalità, sia a livello di conoscenze teoriche (sapere) che di competenze pratiche tecnico-specialistiche (saper fare) e competenze relazionali e di conduzione (saper essere). Potranno inoltre essere individuati canali alternativi di trasmissione della conoscenza, quali le strategie di formazione o addestramento a distanza. Accanto allo sviluppo della professionalità, andrà sviluppata e propagata all'interno dell'Asl una forte cultura d'azienda, intesa essenzialmente come senso d'appartenenza all'istituzione da parte dei suoi dirigenti e collaboratori.

Tabella 4

Le aree chiave di performance afferenti alla prospettiva dell'innovazione e dello sviluppo professionale

Asl come ...	Valenza
Informatore	L'Asl deve rendere interpretabili e fruibili i dati a sua disposizione sul contesto locale e deve perseguire una informazione indipendente, ad esempio sull'utilizzo dei farmaci, che punti all'appropriatezza delle prescrizioni ed al prodotto più economico a parità di efficacia.
Formatore	L'Asl supporta, a seguito della consapevolezza trasmessa, la modifica dei comportamenti non adeguati, per esempio degli operatori o delle strutture di erogazione, anche in termini di <i>Governance</i> clinica.
Promotore di salute	L'Asl esercita il ruolo di educatore a comportamenti corretti, ad esempio attraverso l'educazione sanitaria, e preventivi nei confronti di malattie ed infezioni, ad esempio con campagne di screening per la prevenzione dei tumori o interventi per contrastare la diffusione di AIDS o altre infezioni, come la TBC.
Acquirente/controllore	L'Asl acquista e verifica le prestazioni sanitarie rese a favore dei cittadini di cui è chiamata a prendersi cura. In base a ciò finanzia e controlla, a fini di appropriatezza, tempestività ed efficacia, gli erogatori del territorio.
Coordinatore	L'Asl funge da catalizzatore e facilitatore nell'ambito del sistema sanitario e sociale locale, attraverso l'interazione tra le articolazioni interne e, soprattutto, esterne.
Erogatore/garante di servizi essenziali	L'Asl, come struttura pubblica e nell'ambito del principio di sussidiarietà che è alla base del sistema lombardo – ovvero in assenza di attuabili alternative di offerta – garantisce prestazioni essenziali e di interesse pubblico, ad esempio le vaccinazioni dell'infanzia ed i servizi per la tossicodipendenza.
Azienda	L'Asl è «azienda» per quei processi interni che mirano a creare efficienza e valore, come l'ottimizzazione dei processi stessi oppure il miglioramento dell'immagine.

Tabella 5

I sette ambiti di vision dell'Asl di Pavia

Nel primo caso, il raggio di azione della BSC si limita ad un'esplicitazione della strategia aziendale ai vari livelli dell'organizzazione (siano essi il *top management*, il *middle management* o i singoli collaboratori). Pur non negando la rilevanza di un simile intento, tale approccio limita di molto la portata dello strumento.

Nel secondo caso, la BSC andrebbe ad interfacciarsi con gli strumenti di controllo di gestione già esistenti (contabilità direzionale, *tableaux de bord*, *budget*), andando a costituire un cruscotto multidimensionale di indicatori strategici da sottoporre a verifica periodica (tipicamente trimestrale). La portata di un simile approccio, eventualmente in combinazione con il precedente, risulta senz'altro maggiore, ma il rischio concreto è quello di dotarsi semplicemente di un nuovo strumento di controllo di gestione, magari più strutturato di quelli già in uso ma in grado di fornire un ridotto valore aggiunto in termini di indirizzo delle attività.

È soltanto con il terzo approccio, che si propone di legare i risultati del monitoraggio degli indicatori strategici previsti dalla BSC ad un sistema di valutazione delle performance, e di riflesso all'ammontare di una quota definita di remunerazione della dirigenza, che la BSC può dispiegare appieno il suo potenziale d'indirizzo dei comportamenti all'interno dell'organizzazione, andando a costituire la vera e propria piattaforma di gestione di un sistema improntato al *Management by Objectives*.

5.2. Le caratteristiche del sistema di valutazione della performance

Rispetto alla misurazione delle performance aziendali, va innanzitutto sottolineato come essa non debba essere effettuata allo scopo di stilare «classifiche» o elenchi di merito ma, più semplicemente, per poter disporre di indicatori sintetici che consentano, a livello locale, di comprendere quali sono i principali punti di forza e di debolezza del sistema e, conseguentemente, assumere le decisioni necessarie, di concerto con i dipartimenti interessati, per ottenere un riorientamento verso il perseguimento delle strategie sanitarie.

Nella sostanza, si tratta di avviare un modello di governo dell'Asl basato su dati trasparenti e oggettivi e sul cui valore esista

omogeneità di interpretazione e valutazione da parte dei principali attori coinvolti.

La valutazione delle performance si basa sul confronto tra valori attesi e risultati conseguiti per ogni singolo indicatore utilizzato allo scopo di formulare un obiettivo nei rapporti tra Direzione generale e singolo dipartimento.

Allo scopo di determinare se e in quale misura sono stati raggiunti i singoli obiettivi concordati e, soprattutto, per valutare l'impatto di tale verifica nell'ambito della determinazione del grado complessivo di raggiungimento degli obiettivi generali di sistema, sia a livello di Asl che di singolo dipartimento è stato per ogni singolo indicatore:

a) attribuito un peso che ne rappresenta il valore strategico nell'ambito del più ampio sistema di programmazione sanitaria della Regione. In altri termini, il peso attribuito al singolo indicatore è rappresentativo dell'importanza o della priorità che lo stesso ricopre nella programmazione generale;

b) individuato il valore quantitativo rappresentativo del pieno raggiungimento dell'obiettivo;

c) definito l'insieme dei criteri utilizzati per stabilire se il risultato ottenuto, qualora diverso dall'obiettivo, possa essere considerato comunque utile a livello dipartimentale e, di conseguenza, determinare un riconoscimento pari a una quota del peso iniziale nella misurazione del grado di performance aziendale.

Il sistema degli indicatori legato ad ogni singolo obiettivo strategico è definito con cadenza annuale seguendo l'*iter* descritto e seguito per l'esercizio 2005. In altri termini, ciò significa che, con cadenza annuale, il sistema degli indicatori può subire modifiche, anche significative, in considerazione sia degli orientamenti che la Regione e l'Asl considerano prioritari per l'esercizio di riferimento che dei risultati conseguiti, a livello provinciale e di singola azienda sanitaria, nell'ultimo esercizio.

Orientativamente il sistema degli indicatori è uguale per tutti i dipartimenti dell'Asl, almeno con riferimento agli obiettivi strategici di valenza generale, anche se, allo scopo di rendere il sistema di programmazione aderente alle caratteristiche e al ruolo atteso dai

singoli servizi, nel documento annuale che esplicita il sistema degli indicatori di performance, sono indicati puntualmente quelli non riferiti alla totalità dei dipartimenti dell'Asl.

Allo scopo di poter esprimere, a consuntivo, una valutazione equilibrata della performance locale e dei singoli dipartimenti, a ciascun elemento nel quale si articola il sistema BSC, è attribuito un peso relativo che ne esprime la rilevanza nell'ambito della programmazione generale. In particolare sono fissati pesi in corrispondenza di:

- a) prospettive;
- b) obiettivi strategici;
- c) indicatori di performance di riferimento.

I pesi delle prospettive e degli obiettivi strategici sono definiti, annualmente, dalla Direzione generale dell'Asl, in relazione agli orientamenti generali e al sistema delle priorità che si intende promuovere.

Il peso riferito ai singoli indicatori di performance, parimenti all'individuazione dei valori quantitativi attesi ad essi riferiti, sono oggetto di negoziazione annuale tra Direzione generale e singoli dipartimenti, nel rispetto dei vincoli derivanti dal sistema di pesatura delle prospettive e degli obiettivi strategici.

Da ciò deriva che, di là delle possibili differenziazioni esistenti nel sistema degli obiettivi dei singoli dipartimenti, il sistema di pesi relativo alle prospettive e agli obiettivi strategici è uguale per tutti i dipartimenti dell'Asl mentre il peso assegnato agli indicatori – sempre nel rispetto dei vincoli derivanti dal sistema di pesatura precedente – è adattato alle caratteristiche dei dipartimenti e conforme agli obiettivi negoziati.

La performance dell'Asl e dei singoli dipartimenti è misurata dal rapporto, espresso in forma percentuale, tra i punti effettivamente maturati, derivanti dai risultati conseguiti confrontati con gli obiettivi, e quelli attesi derivanti dal sistema di pesatura descritto.

Allo scopo di rendere operativo il sistema di misurazione delle performance, per ogni singolo indicatore è definito un algoritmo che:

– riconosce il punteggio pieno, riferito all'indicatore oggetto di analisi, in corrispon-

denza di risultati uguali o migliori rispetto a quelli attesi definiti dall'obiettivo;

– riconosce una quota del punteggio pieno, riferito all'indicatore oggetto di analisi, in corrispondenza di risultati peggiori, entro limiti predefiniti, rispetto a quello atteso definito dall'obiettivo;

– non riconosce il punteggio in corrispondenza di risultati che si pongono, rispetto all'obiettivo, al di fuori dei limiti prestabiliti.

Con riferimento ai risultati che, pur essendo peggiori rispetto all'obiettivo atteso, originano quote di punti, l'algoritmo predisposto consente, da un punto di vista potenziale, di identificare tre classi di risultati:

– di fascia A: relativi a risultati significativamente vicini all'obiettivo;

– di fascia B: per risultati peggiori rispetto a quelli attesi ma rappresentativi di un'utilità significativa nel perseguimento degli obiettivi generali provinciali;

– di fascia C: per risultati peggiori, ma rappresentativi di un'utilità almeno marginale nel perseguimento degli obiettivi generali provinciali.

Pur essendo potenzialmente possibile prevedere fino a cinque classi di risultato (le tre precedenti più quella rappresentativo del pieno raggiungimento dell'obiettivo e quella che esce definitivamente dai limiti predefiniti), sul piano tecnico l'articolazione del risultato in più fasce è subordinato:

a) all'esistenza di un obiettivo misurato con modalità che si prestano a tale scopo (ad esempio laddove l'obiettivo consiste nell'effettuare una specifica azione o nella produzione di un progetto o di un rapporto i risultati possibili sono solo del tipo «sì/no»);

b) alla valutazione della Direzione generale che, in corrispondenza di obiettivi considerati particolarmente critici, può ridurre le fasce di risultati intermedi accettati da tre (quelle potenziali) fino a zero (assimilando l'indicatore alla misurazione della performance secondo la modalità «sì/no» di cui al punto precedente).

Va da sé che, pur impostando un modello di misurazione delle performance aziendali di tipo omogeneo per tutti i dipartimenti,

l'individuazione dei limiti che determinano il passaggio del risultato da una fascia all'altra sono oggetto di negoziazione nei rapporti tra Direzione generale e singolo dipartimento. È evidente, infatti, che lo sforzo che il singolo dipartimento deve compiere per perseguire l'obiettivo negoziato è diverso da realtà a realtà, poiché funzione del dato storico e dei concreti margini di possibile miglioramento, e, pertanto, differenti possono essere i parametri quantitativi utilizzati per misurare la performance sul singolo indicatore tra dipartimento e dipartimento.

La performance dipartimentale, come quella aziendale, è determinata dalla somma:

- a livello di singolo obiettivo strategico: delle misurazioni effettuate su ogni singolo indicatore di performance di riferimento interessato;
- a livello di prospettiva: delle misurazioni calcolate per ogni singolo obiettivo strategico in essa incluso;
- a livello complessivo: delle performance conseguite nelle quattro prospettive della BSC.

La misurazione della performance dipartimentale e aziendale è effettuata dalla Direzione generale in collaborazione con il Servizio risorse umane, sulla base delle evidenze derivanti dai flussi informativi attivati.

Una delle problematiche di maggior rilievo nella progettazione e realizzazione di un sistema di valutazione delle performance è rappresentata dalla trasparenza e dall'omogeneità del sistema stesso.

Con riferimento all'omogeneità, le modalità di costruzione del sistema degli obiettivi e dei relativi indicatori, da un lato, e quelle relative al sistema di pesatura, dall'altro, consentono di disporre di uno strumento che, pur non potendo essere omogeneo in assoluto nel rapporto tra i vari dipartimenti dell'Asl, non offre particolari spazi per creare squilibri rilevanti di programmazione.

Leggeri squilibri nell'assegnare obiettivi o nel valutare i risultati sono, peraltro, un elemento caratteristico e non eliminabile di ogni sistema di valutazione che, per sua natura, è soggettivo.

5.3. La trasparenza come fattore critico di successo

L'aspetto di maggior rilievo, nell'impossibilità di assicurare un sistema perfettamente equilibrato, è rappresentato dalla trasparenza che è assicurata, nel caso di specie, dall'esplicitazione preventiva:

- del sistema di pesatura e degli obiettivi;
- dei criteri di misurazione della performance.

In aggiunta a tali elementi, la Direzione generale si impegna a rendere noti, a tutti i dipartimenti, gli obiettivi negoziati e i parametri di valutazione adottati – qualora diversi nei rapporti tra dipartimenti – e, conseguentemente, procedere alla formale approvazione della programmazione.

L'adozione di tale modalità di formulazione degli obiettivi è giustificata dall'esigenza di giungere alla definizione di valori attesi che, pur avendo un contenuto motivazionale forte, abbiano la caratteristica della realistica e della raggiungibilità. Formulare obiettivi sulla scorta di medie o, peggio ancora, di parametri astratti definiti da norme, è troppo spesso origine di mete irraggiungibili e fonte di frustrazione e demotivazione.

Il perfezionamento del sistema di obiettivi, nei rapporti tra Direzione generale e dipartimenti comporta, inevitabilmente, la definizione di alcuni aspetti che determinano una marginale variabilità nello sforzo richiesto ai dipartimenti e, di conseguenza, dei parametri da utilizzare per la misurazione della performance.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, è utile osservare che, attraverso le modalità di misurazione delle performance descritte in precedenza, si giunge alla determinazione del risultato «contabilmente» conseguito dal singolo dipartimento e dall'intera Asl nel perseguimento degli obiettivi strategici.

Per quanto rilevante, tale numero non rappresenta ancora la valutazione finale della performance dei dipartimenti. Tale operazione, riservata esclusivamente al Direttore generale, può essere perfezionata solo in presenza di ulteriori elementi conoscitivi che, predisposti dai singoli dipartimenti, consentano di comprendere le cause degli scostamenti e, a fronte di elementi oggettivi di im-

pedimento nel raggiungere uno o più obiettivi assegnati, il possibile riconoscimento del punteggio pieno riferito a singoli indicatori di performance anche per risultati al di fuori delle scale positive di misurazione.

La sperimentazione del sistema di BSC, quale strumento di *Governance* del sistema sanitario a livello locale e il conseguente sistema di misurazione e valutazione delle performance conseguite a livello dipartimentale pongono, in modo pressante, il problema della valutazione dell'operato del responsabile di Dipartimento.

Se, da un lato, la valutazione del responsabile di dipartimento non può prescindere dal risultato complessivamente conseguito dal dipartimento da lui diretto, dall'altro è, tuttavia, innegabile che la valutazione stessa debba basarsi anche sull'analisi delle modalità seguite per ottenere il risultato e, infine, sul mantenimento del rapporto di fiducia con la Direzione generale. Da qui emerge un quadro valutativo che risulta, per molti versi, notevolmente più articolato e complesso rispetto alla valutazione, seppur connessa, della performance conseguita dal dipartimento.

La valutazione degli aspetti in questione è finalizzata, nella sostanza, ad evitare che un responsabile di dipartimento, allo scopo di raggiungere gli obiettivi attribuiti – o la maggior parte di essi – utilizzi quantità di risorse molto più rilevanti di quelle riconosciute o, in altri casi, agisca assumendo scelte che, seppur foriere di risultati positivi, generano conflittualità importanti nei rapporti con gli operatori aziendali o della comunità di riferimento. In entrambi i casi, infatti, ci si trova di fronte a scelte ed azioni che, seppur in grado di favorire il perseguimento di risultati positivi di breve periodo, pongono in seria discussione la possibilità di poter garantire una gestione positiva nel medio e nel lungo periodo. L'organizzazione è, infatti, un «soggetto destinato a perdurare nel tempo» e la valutazione su chi la dirige non può prescindere dall'esame degli aspetti che, di là dei risultati annuali di gestione, possono porre in discussione tale principio.

La valutazione della componente fiduciaria del rapporto che lega il Direttore generale al responsabile di dipartimento, potrebbe essere considerata quale diretta conseguenza di una valutazione della performance integrato dagli aspetti appena evidenziati. Per quanto

sia innegabile l'esistenza di un legame tra gli elementi della valutazione evidenziati e il rapporto fiduciario, tuttavia, altri fattori dovrebbero tuttavia intervenire allo scopo di consentire una valutazione a tutto tondo del rapporto di fiducia.

Alla luce di quanto evidenziato è possibile affermare che:

- la valutazione dell'operato del responsabile di dipartimento è operazione autonoma, sebbene connessa alla valutazione della performance;
- la portata della valutazione dell'operato del responsabile di dipartimento conduce all'identificazione di indicatori di verifica il cui valore, a differenza di quanto previsto nella valutazione della performance dipartimentale, non è oggettivo. La trasparenza del sistema, tuttavia, può essere assicurata attraverso la preventiva esplicitazione, nei rapporti tra Direzione generale e dipartimenti, degli elementi di valutazione e dell'importanza da essi rivestita nel sistema di valutazione stesso.

Sul piano tecnico-operativo, il sistema di valutazione potrebbe essere articolato sulle seguenti tre dimensioni:

- performance aziendale così come determinata attraverso il sistema BSC;
- modalità di conseguimento dei risultati, a sua volta determinato sulla base di un indicatore sulle risorse impiegate e di un indicatore di consenso;
- rapporto fiduciario.

Le tre dimensioni considerate potrebbero avere la stessa valenza relativa ma, in ogni caso, la valutazione positiva dovrebbe essere conseguita solo a fronte di risultati positivi su tutte le tre dimensioni.

6. *Balanced Scorecard* e ICT

6.1. Le esigenze in fatto di strumenti di ICT

Qualunque sistema di gestione basata sulle performance non può prescindere dalla capacità di misurare le variabili chiave dei fenomeni governati e dalla disponibilità di un sistema informativo in grado di raccogliere,

sintetizzare e comunicare in maniera strutturata tali misure.

In particolare, al fine di sostenere efficacemente il management strategico è cruciale che il sistema informativo sia in grado di:

- rendere le misure disponibili nel rispetto di tempi e modalità utili ai processi di analisi e decisione;
- favorire l'esplicitazione e la condivisione organizzativa della visione perseguita, delle strategie e degli obiettivi;
- evidenziare l'unicità dei risultati aziendali come esito della collegialità degli sforzi delle singole unità organizzative;
- offrire uno strumento di sintesi, integrazione ed efficace comunicazione tra gli obiettivi programmatici e quelli operativi;
- offrire strumenti di valutazione e controllo della rispondenza dei piani operativi intrapresi (e dei risultati effettivi in corso di implementazione) rispetto agli obiettivi strategici;
- esplicitare *ex-ante* le logiche di interdipendenza (ad es. logiche di causa-conseguenza) tra i vari indicatori e validarle *ex-post*.

Accanto alle caratteristiche sopra esposte, la più ampia ed assodata esigenza di «accesso all'informazione» porta a richiedere che il sistema informativo di sintesi per la gestione strategica si integri con gli opportuni strumenti analitici (ovvero che alla domanda sul perché un certo indicatore non raggiunge le performance auspiccate, sia possibile scomporre l'indicatore stesso sulle dimensioni di analisi necessarie sino a isolare i dati atomici concorrenti alla performance misurata): per tale motivo e laddove vi siano grandi volumi di dati, dispersione o complessità degli stessi, risulta evidente il valore aggiunto di un sistema informativo unitario per la gestione informativa (definizione di standard procedurali, automatizzazione, ecc.).

6.2. Gli strumenti ICT dell'Asl di Pavia a supporto dello *Strategic Performance Management*

L'Asl di Pavia si è dotata, a partire dal 2004, di un *datawarehouse* per la gestione dei dati relativi ad ogni singolo evento socio-sanitario espletato a favore di un assistibile pavese od erogato da un *provider* di servi-

zio del territorio della Provincia di Pavia (in complesso più di 2 milioni di eventi per mese).

Le scelte tecnologico-architettoniche per la creazione del *datawarehouse* sono state compiute anche in considerazione delle necessità di supporto al management strategico aziendale ed in particolare in considerazione delle possibilità di implementazione del progetto di creazione della BSC. In particolare è stata adottata la soluzione SPM di SAS integrata dalle componenti di *Datawarehouse Administration*, dalle componenti di definizione dei processi di Estrazione, Trasformazione e Caricamento (ETL) e dagli strumenti per indagini analitiche.

Di seguito sono riportate di seguito le principali caratteristiche funzionali a supporto dell'informatizzazione del modello BSC e dei flussi informativi correlati alle principali fasi di implementazione (**figure 3 e 4**):

- creazione del modello logico-funzionale di cruscotto (articolazione delle strutture dati e *link*);
- definizione delle categorie del sistema (per esempio: obiettivi strategici, linee di azione, indicatori, misure): tale funzionalità lascia i gradi di libertà necessari per tradurre sulla tecnologia le articolazioni del modello BSC definito su carta e le «gerarchie» di analisi (definendo viste aggregate di risultato, ad esempio pesando i risultati dei singoli indicatori per prospettiva, per KPA o per singolo obiettivo);
- definizione, per ogni categoria, degli attributi descrittivi (per esempio: nome dell'indicatore, descrizione, metrica, fonte dei dati alimentante, formula di calcolo, responsabile) e dei valori da gestire (per esempio: consuntivo, *budget*, *forecast*);
- definizione dei valori soglia da applicare agli indicatori e scelta del loro aspetto grafico (cruscotto, semaforo, freccia), nonché di eventuali *alert*/soglie che causano una segnalazione automatica di attenzione;
- definizione delle dimensioni (per esempio: azienda > settore > unità operativa) e delle gerarchie (per esempio: obiettivi strategici > linee di azione > indicatore), attraverso le quali gli indicatori vengono raggruppati e consultati;
- predisposizione delle funzioni di parametrizzazione e *set-up* dell'interfaccia *web*;

Figura 3
Esempio di definizione degli attributi per singolo indicatore

PAC: Indicatore (SPM_ASL_Pavia_BSC_06.200511)									
Indicatore	modalità di misurazione	Peso	target	Dipartimento	descrizione	azione associata	kpa	Ambito di Vision Perseguito	Perspective
Differenza tra percentuale Scostamento ASL e percentuale scostamento Regione	Formula: ((spesa asl 2006- spesa asl 2005)/spesa asl 2005)- ((spesa regione 2006- spesa regione 2005)/spesa regione 2005) Misurazione in percentuale Fonte dati: Percentuale scostamento ASL: DWH - fardef_his; percentuale scostamento regione: report santer		-2		L'indicatore rappresenta la differenza tra la percentuale dello Scostamento della spesa farmaceutica della ASL dell'anno 2006 rispetto all'anno 2005 (dato santer comprensivo di doppio canale) e la percentuale dallo scostamento della spesa farmaceutica a livello regionale (dato santer comprensivo di doppio canale) dell'anno 2006 rispetto all'anno 2005.	Razionalizzazione spesa farmaceutica attraverso un posizionamento della spesa al di sotto della spesa regionale	R2.Garantire La Sostenibilità del Sistema	Asl come Acquirente Controllore	Risultati
Differenza percentuale generici ASL su totale e percentuale generici regione su totale	Formula (spesa generici asl/spesa totale asl)- (spesa generici regione/spesa totale regione) Misurazione in percentuale Fonte dati: Percentuale scostamento ASL: DWH - fardef_his; percentuale scostamento regione: report santer		2		L'indicatore rappresenta la differenza tra la percentuale della Spesa farmaceutica della Asl per farmaci generici rispetto al totale della spesa farmaceutica ASL e la percentuale della Spesa farmaceutica regionale per farmaci generici rispetto al totale della spesa	Razionalizzazione spesa farmaceutica attraverso un posizionamento della spesa per i farmaci generici superiore alla media di utilizzo regionale	R2.Garantire La Sostenibilità del Sistema	Asl come Acquirente Controllore	Risultati

PAC: Scheda_Budget View, Score: NaN (SPM_ASL_Pavia_BSC_06.200511)	
Aree_Budget, Indicatore (-0,33)	Scostamento perc. equivalente f(t)
Area_Budget 1 (Sum)	-1,00
Area_Budget 2 (Sum)	-0,25
Differenza tra percentuale pratiche contestate 2006 e percentuale pratiche contestate 2005	-0,20 %
Percentuale prestazioni erogate entro 30 giorni	0,05 %
Percentuale di contratti sottoscritti dagli erogatori ospedalieri	-0,10 %
Area_Budget 3 (Sum)	-0,58

Figura 4
Esempio di possibile gerarchia di analisi per «Area Budget»

– definizione delle modalità di accesso e di navigazione dei contenuti e del modello, definizione di diagrammi e report grafici.

7. Conclusioni

Rispetto alle sempre più numerose realtà di applicazione della *Balanced Scorecard* nelle aziende del Sistema sanitario nazionale, l'esperienza dell'Asl di Pavia presenta alcuni caratteristici spunti d'interesse, che possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- la multidimensionalità intrinseca nello strumento della BSC si rivela di particolare ausilio nella ricerca di un linguaggio comune tra diverse figure professionali attive all'interno dell'Asl (medici, infermieri, economisti), al fine di trovare un'intesa sulle priorità strategiche da attribuire all'organizzazione e sulle modalità della loro attuazione operativa;
- la ricerca e l'identificazione di diversi ambiti di *vision* come criteri di lettura e interpretazione della mappa strategica può costi-

tuire una risposta interessante alla difficoltà di ricondurre il campo di azione di un'Asl ad un unico denominatore, data l'estrema varietà di ruoli che essa si trova ad assumere nella sua qualità di garante della salute dei cittadini;

– un'impostazione del processo d'introduzione ed utilizzo della BSC all'insegna del dialogo e della condivisione tra i diversi attori in gioco (*stakeholder*) si rivela, almeno in prospettiva, particolarmente importante in un contesto come quello lombardo in cui l'Asl si trova ad assumere un ruolo fortemente orientato alla *Governance* di sistema piuttosto che all'erogazione diretta di prestazioni;

– in una situazione in cui risultano numerosi e delocalizzati geograficamente gli attori del sistema sanitario territoriale di riferimento, uno strumento come la BSC offre l'occasione per ripensare i flussi informativi e per predisporre una piattaforma di comunicazione tra gli attori stessi, nella direzione di obiettivi comuni;

– affinché un sistema di BSC possa dipanare appieno il suo potenziale, si rivela necessario fin dall'inizio conferire allo strumento una spiccata accezione di valutazione della performance, anziché limitarne la valenza ad un mero strumento di controllo di gestione o di comunicazione della strategia dell'organizzazione;

– l'esistenza di un progetto di sistematica adozione del mezzo informatico, con le logiche di messa in rete dell'organizzazione che ne conseguono, costituisce – specialmente a livello di Asl, con la caratteristica diffusione

delle strutture sul territorio – un presupposto imprescindibile per una corretta ed efficace raccolta e diffusione delle informazioni destinate a «nutrire» la BSC.

Note

1. Si vedano in particolare Kaplan, Norton (1992) e Kaplan, Norton (1996). Per un elenco di testi di riferimento scritti dai due autori sul tema, si veda Frittoli, Mancini (2004).
2. Per un'esauriente esposizione del concetto di *Balanced Scorecard*, sia in termini generali che applicato alle aziende sanitarie, si vedano in particolare Baraldi (2005), Vendramini (2004) e Frittoli, Mancini (2004).
3. Per questo motivo le logiche di BSC vengono talvolta presentate in stretto legame con quelle di bilancio sociale, come in Frittoli, Tanese (2004).
4. Si rimanda a Baraldi (2005) per dei contributi specifici sulle prime otto esperienze citate.
5. Si vedano anche, per questa realtà, i contributi relativi alla declinazione dello strumento BSC all'interno delle diverse unità della Asl, contenuti in Aa.Vv. (2003).
6. Si veda per questa esperienza Currurullo, Tommasetti (2004).
7. Una breve descrizione del progetto è contenuta in Ripa, Casassa, Del Giudice (2005).
8. Si veda la descrizione di tale progetto condotto in territorio svizzero contenuta in Greco, Luchessa, Maggini, Merlini (2005).
9. Le interviste hanno avuto luogo nelle giornate del 13 e del 14 luglio 2005 e sono state effettuate alle stesse persone che avevano partecipato al *check-up* strategico. La mattina del 13 si è inoltre svolta una seduta plenaria, in cui il Direttore generale dell'Asl di Pavia e alcuni componenti del *team* di consulenza esterno hanno esposto all'intero corpo dirigente di primo e secondo livello dell'Asl i principi di fondo della *Balanced Scorecard*, unitamente ai lavori svolti fino ad allora e ai possibili sviluppi futuri del progetto.

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

- AA.VV. (2003), Atti del workshop «L'esperienza del Balanced Scorecard alla Ausl Bologna Nord», in www.auslbonord.it/bsc/workshop.html, Bologna, 17 dicembre 2003.
- BARALDI S. (2005), *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- CUCCURULLO C., TOMMASETTI A. (2004), «L'impiego delle mappe strategiche nella Balanced Scorecard: processo di costruzione ed effetti sistemici», *Mecosan*, XIII, 49, gennaio-marzo.
- FRITTOLI G., MANCINI M. (2004), «Balanced Scorecard e aziende sanitarie», *Mecosan*, XIII, 49, gennaio-marzo.
- FRITTOLI G., TANESE A. (2004), «Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie», in V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro (a cura di), *Rapporto CEIS-Sanità 2004. Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza*, Ceis, Roma.
- GRECO A., LUCHESSA G., MAGGINI C., MERLINI L. (2005), «Ente Ospedaliero Cantonale della Svizzera Italiana», in S. Baraldi, *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1992), «The Balanced scorecard – Measures That Drive Performance», *Harvard Business Review*, 1, gennaio-febbraio.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action (trad. it.: Balanced Scorecard. Tradurre la strategia in azione*, a cura di A. Bubbio, ISEDI, Torino, 2000).
- RIPA F., CASASSA F., DEL GIUDICE C. (2005), «Avvio e sviluppo della Balanced Scorecard nell'ASL di Ivrea», Poster presentato al 31. Congresso Nazionale A.N.M.D.O. «La Direzione dell'Ospedale: Competenza e Professionalità», Monastier di Treviso (TV), 22-24 settembre 2005.
- VENDRAMINI E. (2004), «La scheda a punteggio bilanciato (Balanced Scorecard)», in E. Vendramini, *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, Milano: McGraw-Hill.
- VIGNATI E., BRUNO P. (2002), *Balanced Scorecard in sanità*, Milano, Franco Angeli.

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.

Le riforme europee dei sistemi di cura: il caso della Germania, della Gran Bretagna, della Svizzera, dell'Italia e della Francia

DANIEL SIMONET

The article reviews health care reforms in selected European countries, identifying and discussing key elements for each. Germany, the UK, France, Switzerland and Italy have made efforts to modernize their health care systems by introducing a higher degree of regulated competition and rendering health care providers and insurers more accountable for their services. Even if some similarities could be found with the US experience of managed care, for historical and cultural reasons, health care reform trends in Europe in the 1990s have remained very different from those in North America.

Note sull'autore

Daniel Simonet, Nanyang Business School - Nanyang Technological University, Singapore

L'autore desidera esprimere la sua gratitudine a Fabrizio Panozzo, Giuseppe Marcon e Salvatore Russo (Università «Ca' Foscari» di Venezia) per aver messo a disposizione informazioni essenziali alla stesura dell'articolo

1. Introduzione

Anche se alla nascita dei sistemi sanitari europei abbiano concorso sia la concezione bismarkiana sia quella beveridgiana, i due paradigmi si sono continuamente confrontati durante il corso della seconda metà del XX secolo.

Il regime bismarkiano, che risale al 1880, assicura i lavoratori salariati contro diversi rischi (incidenti, malattie, invalidità e vecchiaia). Tre leggi votate nel 1883 (assicurazione sulla malattia), nel 1884 (assicurazione per gli incidenti sul lavoro) e nel 1889 (assicurazione di invalidità e di vecchiaia), ne hanno gettato le basi. L'intero impianto si fondava essenzialmente sul regime di impiego, era da questo che derivava il diritto alle prestazioni sociali, mentre sia il livello delle prestazioni che quello dei contributi erano proporzionali al reddito, cosicché disoccupati, pensionati e *rentiers* ne erano esclusi. L'impegno nella tutela dei lavoratori era esteso al punto da introdurre per la prima volta leggi che addossavano all'impresa le responsabilità per gli incidenti sul lavoro. La sua influenza fu grande in Italia, in Francia e in Svizzera.

Quanto al modello Beveridge, che prende il nome da un ministro della sanità conservatore del governo Churchill, questo fu enunciato in un documento di lavoro redatto e diffuso in Gran Bretagna nel 1942 (*Social Insurance and Allied Services*) e vide finalmente la luce nel 1984. Di taglio più liberale, il modello Beveridge prevedeva un regime universale, quindi non più limitato alla sola categoria dei lavoratori salariati, il cui finan-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La Germania: un regime bismarkiano più concorrenziale
3. Il modello di Beveridge sotto l'influenza del *Managed Care*: il caso della Gran Bretagna
4. La Svizzera: un precursore
5. La Francia l'esperienza delle reti
6. L'Italia. Riforme e decentramento
7. Conclusioni

ziamento era assicurato dalla fiscalità generale (le finanze pubbliche contribuiscono direttamente alla copertura dei rischi) e nel quale lo Stato giocava il duplice ruolo di regista e gestore del sistema. In seguito, il sistema si estese e lo Stato si accollò problemi di dimensioni maggiori (pensioni, indennità di disoccupazione) restando comunque fedele all'ispirazione liberale. L'influenza del modello si estese fino ai Paesi scandinavi dove acquisì una forma decisamente più intensa rispetto a quella originale.

2. La Germania: un regime bismarkiano più concorrenziale

In Germania la gestione finanziaria della sanità non è sotto la responsabilità dello Stato, ma delle casse regionali e professionali (ne esistono più di 500): casse locali di assicurazione contro le malattie (*Allgemeine Ortskrankenkassen* - AOK), casse-malattia per dipendenti (*Betriebskrankenkassen* - BKK), casse degli artigiani e dei commercianti (*Innungkrankenkassen* - IKK), casse agricole (*Landwirtschaftliche Krankenkassen* - LKK). Le casse locali (AOK) raggruppano sia operai che impiegati, anche se questi ultimi hanno la possibilità di rivolgersi ad una cassa per gli impiegati (*Ersatzkasse*); i funzionari sono presi a carico da un regime a parte. Questi organismi, ai quali i cittadini con redditi medi o bassi devono obbligatoriamente iscriversi, operano su scala nazionale e sono parzialmente autonomi: se possono fissare i contributi, gestire le loro risorse e negoziare le tariffe con le associazioni professionali, la loro attività è comunque regolamentata. In effetti, i tassi di contributi, decisi da un comitato che riunisce l'insieme di attori sanitari due volte l'anno, sono, come tutte le prestazioni, regolamentati dalla legge, e questo garantisce la loro stabilità e dà protezione alle persone vulnerabili.

Questo regime, pur offrendo un accesso universale alle cure sanitarie, preserva la libertà di scelta del paziente poiché a fianco delle casse, coesistono una cinquantina di organismi privati *for profit* ai quali possono rivolgersi le persone il cui reddito lordo supera un certo ammontare. E sebbene il numero di aderenti si aggiri intorno ai 7,5 milioni di individui (contro 71,8 milioni delle casse

pubbliche), esso continua a crescere al ritmo di 150.000 per anno.

A partire dagli anni '70, la crescita delle spese (finanziate dal contributo sociale) ha suscitato un vasto movimento di riflessione attorno all'argomento della *Managed Care*. Così, dal 1977, ogni due anni vengono regolarmente adottati provvedimenti normativi per il contenimento delle spese sanitarie e uno speciale organismo di concertazione di tutti gli attori coinvolti si riunisce in media due volte l'anno. Fatto aggravante, l'integrazione dell'ex-Germania dell'est ha generato spese ulteriori senza ricevere introiti compensatori. Di fronte a queste difficoltà il sistema ha preso un orientamento più liberale, in particolare con l'adozione della riforma Seehofer che, in una prima fase (1992), ha creato dei *budget* a livello regionale (e non più ospedale per ospedale) e ha posto in atto misure particolarmente drastiche come la chiusura di posti letto. In una seconda fase (1996), la riforma ha introdotto stimoli competitivi che, pur in un contesto che rimane regolato, sono riusciti a produrre una riduzione delle differenze tra i diversi regimi contributivi. La riforma istituiva la libertà di scelta delle casse da parte dell'assicurato: mediante un meccanismo di compensazione destinato a preservare l'equità e l'accesso alle cure, gli assicurati potevano, infatti, sciogliere il loro contratto e rivolgersi ad un'altra cassa. Gli stimoli competitivi dovevano inoltre incoraggiare la concentrazione delle casse come meccanismo per innalzare la competitività di fronte alla concorrenza del settore privato. Tuttavia, non si trattava di meccanismi originali: dal 1986, i Paesi Bassi avevano adottato il progetto Dekker che prevedeva il rinforzo della competizione tra assicuratori diversi con la libera scelta dell'assicurato secondo i premi e la qualità delle cure; la differenza con il modello tedesco risiedeva nel primato accordato alla costituzione delle reti.

Alla promozione della concorrenza, nel caso tedesco, si sono poi aggiunte misure in favore del *day hospital*, delle cure a domicilio, dei farmaci generici e della rete sanitaria (*Das Deutsche Gesundheitsnetz* - DGN). Le autorità hanno inoltre regolamentato l'apertura di nuovi studi medici (la densità dei medici e di attrezzature è rilevante), sperimentato forme di responsabilizzazione sui comportamenti prescrittivi, simili ad alcune

esperienze svizzere di *gatekeeping* (Himmel, Dieterich, Kochen, 2000; Ratajczak, 1998) e optato per una remunerazione di prestazioni all'ospedale per gruppi omogenei di malati (Drg). Tuttavia, nonostante una parte della spesa dell'assicurazione sulle malattie si sia stabilizzata, i deficit sono apparsi occasionalmente, infine il sistema soffre di una mancanza di coordinamento testimoniata dai conflitti che oppongono le casse agli ospedali.

Le riforme hanno coinvolto anche i sistemi di remunerazione: per rallentare l'effetto inflazionistico del pagamento a prestazione, le remunerazioni sono incardinate in un *budget* globale negoziato a livello regionale, i medici liberi professionisti, raggruppati in associazioni regionali, partecipano al calcolo delle remunerazioni e assicurano la redistribuzione del *budget* globale ai singoli professionisti in funzione del loro volume di attività. Per ciascuna prestazione erogata ad un assistito di una cassa pubblica, sono accreditati al medico un numero di punti (variabili secondo l'età del paziente, il tempo di consultazione), il cui totale è inviato ogni trimestre ad una camera locale. Altre misure si traducono in un sostanziale arretramento rispetto alla presa in carico collettiva, come ad esempio l'innalzamento dei contributi e delle forme di compartecipazione del paziente.

Per quanto riguarda le prescrizioni farmaceutiche, la riforma Blum (1988) ha fissato un prezzo di riferimento per classe terapeutica a partire da un riferimento standard (dose e confezione più diffusi del prodotto) ed ha aumentato i ticket (che restano inferiori a quelli della Francia). Infatti, dopo essere aumentate al ritmo annuale del 5,7% tra il 1980 e 1990, le spese farmaceutiche figurano tra le più elevate in Europa. Ma, benché i prodotti soggetti al rimborso siano più numerosi (rappresentano 64% del mercato nel 1997), i risultati sono attenuati: quando i loro prezzi sono diminuiti, i prezzi di quelli che sono esenti sono aumentati (Le Pape, Sermet, 2000).

Infine, come in Italia, il decentramento è all'ordine del giorno: se il livello federale cerca di ridurre il suo spazio di intervento, i *Lander* devono ormai, con l'aiuto delle casse, gestire gli ospedali in maniera economica (la loro remunerazione dipende dall'accordo globale calcolato su *forfait* a seconda della

patologia, gli investimenti in infrastrutture devono essere approvati dai *Lander*). Il diritto di veto di cui dispone il Bundesrat (Senato) in favore dei *Lander* ha finora ostacolato il tentativo di trasferire la gestione degli ospedali alle casse, lasciando così scarsi margini di manovra al di là di interventi sui sistemi di finanziamento, che comunque passano da logiche centrate sui costi a logiche centrate sull'attività (le risorse seguono il paziente). I dibattiti attuali riguardano le modalità di finanziamento, i deficit recentemente domati e la volontà di passare da una concorrenza tra le casse sulla base dei tassi di contribuzione richiesti a una concorrenza sul fronte dell'offerta di prestazioni.

Anche se la questione di come gestire i costi ha iniziato ad essere affrontata negli anni '80 – e in quegli anni con un certo successo, essendo la Germania riuscita allora a stabilizzare la quota delle spesa sanitaria sul Pil – la stessa spesa sanitaria non ha poi cessato di aumentare (+ 2,7% annuo tra il 1993 e il 1998), in gran parte a causa della riunificazione. Una possibile risposta era contenuta nella proposta avanzata nel 2001 dal ministro dell'economia, che prevedeva la sostituzione delle casse con assicurazioni operanti per capitalizzazione. I contributi versati dai datori di lavoro alle casse avrebbero dovuto essere versati direttamente ai lavoratori i quali, a loro volta, avrebbero pagato il premio ad un'assicurazione privata di loro scelta. La proposta ha tuttavia suscitato l'aspra ostilità di tutti gli altri attori della sanità (sindacati, casse pubbliche, ...) convinti che la solidità del sistema attuale consenta di restare lontano dal modello *Managed Care* e di conservare un'organizzazione decentralizzata, associando operatori privati e pubblici (un terzo delle strutture è pubblico, un altro terzo è privato *non profit* e un terzo privato *profit*). Inoltre, il modello assicurativo risulta difficilmente trasferibile in un contesto saldamente ancorato al principio di solidarietà posto a fondamento dalla visione bismarkiana.

La resistenza della società tedesca di fronte al *Managed Care* è testimoniata anche dal fatto che la competizione tra casse non è stata spesso possibile che su base volontaria, per di più essa ha funzionato unicamente sul segmento dei pazienti giovani, a reddito alto e in buona salute e che hanno beneficiato nel settore privato di premi più attrattivi che

quelli delle casse pubbliche. Infatti, mentre la parte più agiata della popolazione tende ad assicurarsi presso le casse private, le persone vulnerabili preferiscono rimanere nel regime tradizionale dove le tariffe sono più modeste, ma dove il sistema è più rigido/vincolante e le prestazioni meno generose. Bisogna infine considerare che, anche nel settore privato, le strategie di differenziazione, e quindi i tassi di competizione, sono limitati e le casse si distinguono soprattutto per la loro organizzazione interna (le filiere di cure, programmi di gestione longitudinale di malattie, *call center*, ...) rispetto alle prestazioni offerte.

3. Il modello di Beveridge sotto l'influenza del *Managed Care*: il caso della Gran Bretagna

3.1. Un sistema duale

Dal 1948, il sistema sanitario inglese si fonda sul servizio sanitario nazionale (*National Health Service* - NHS), responsabile davanti al Parlamento e finanziato dalle imposte (81%), dai contributi dell'assicurazione nazionale (15%) e da altre fonti (pazienti). Conserva un carattere universale e pubblico e questo lo distingue dal modello americano. Le spese di sanità e le reti di cure primarie e secondarie sono gestite e finanziate dal settore pubblico.

Dopo il libro bianco del governo Thatcher *Patient First* (1989) il NHS, precedentemente caratterizzato da una struttura unitaria, ha riorganizzato le sue attività creando, nel 1991, due strutture differenti costitutive di un mercato interno. E, anche se il servizio pubblico non è stato privatizzato (l'opinione pubblica si è opposta), il suo modo di funzionare si è avvicinato ad un regime privato fondato sulla concorrenza. Una prima struttura, *NHS District Health Authorities*, dotata di un *budget* globale calcolato in base alle caratteristiche della popolazione, diventava quindi responsabile della previsione e della pianificazione sanitaria su una data zona geografica. Il suo ruolo era simile, dunque, a quello di un acquirente di prestazioni dagli ospedali e dai servizi di comunità. La seconda struttura, finanziata da un sistema di *Health Authorities* (HA), raggruppava gli ospedali che nel vecchio sistema rispondevano direttamente alle autorità regionali, ospedali che passava-

no dallo *status* di organizzazione *non profit* a quello di entità autonome (*Trusts*) poste unicamente sotto il vincolo finanziario. Anche se, pure nel precedente sistema, gli ospedali erano liberi di reclutare il loro *consultant*, i medici effettivi e i posti letto erano soggetti ad un inquadramento rigido: tra il 1986 e 1998, il numero di posti letto dell'ospedale è infatti passato da 210.000 a 138.000, che corrisponde a 4,5 posti per 1.000 abitanti (contro 8,7 per 1.000 in Francia).

Nel processo di riforma il decentramento dei servizi si è accentuato: le strutture del ministero si sono articolate in Regioni (circa 5 milioni di abitanti) e in Distretti (1 per circa 300.000 di abitanti). Parallelamente, le assicurazioni private e i regimi complementari, generalmente proposti dai datori di lavoro, si sono impegnati ad offrire prestazioni complementari in regime generale, talvolta convenzionate con le cliniche private (BUPA). Anche se l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e alle cure ospedaliere è libero dalla partecipazione finanziaria, le liste d'attesa, particolarmente lunghe, hanno incoraggiato l'apparizione di beneficiari e assicuratori privati (Richmond, 1996). In effetti, le liste d'attesa per le visite specialistiche e gli interventi chirurgici, contavano 1 milione di pazienti che dovevano attendere tra i tre e i sei mesi per un appuntamento presso uno specialista e più di sei mesi in media per un intervento. Così, accanto al NHS, vive un settore privato finanziato da pazienti assicurati (circa 4 milioni di inglesi sono stati nel frattempo incoraggiati a sottoscrivere un'assicurazione medica). Altre innovazioni completano il quadro del sistema dopo il 1993, tra cui una rete NHSNet, che gestisce la gestione dei dati amministrativi e sanitari tra i diversi erogatori, e diversi programmi di gestione informatizzata delle prescrizioni e dei dati sanitari (come ad esempio *Medilink* della catena Boots) che rendono possibile la «gestione longitudinale» dei pazienti (*disease management*).

3.2. Il *fundholding*: principi, portata e limiti

La maggior parte dei medici ha aderito al NHS con la prospettiva di un contratto che definisce il tipo di cura, il tempo della cura, e la sua remunerazione. Il NHS retribuisce i

medici di base a quota capitaria: essi, infatti, ricevono una remunerazione che dipende dal numero di pazienti (da 1.500 a 1.800 persone), che è più elevata per le persone anziane, le donne incinte. Alle quote capitarie si aggiungono diverse indennità (formazione continua, visite di notte, partecipazione a programmi pubblici es. vaccinazione) così come altri incentivi finanziari (pratica in ambulatori di gruppo o nelle zone tradizionalmente meno servite) la cui parte è divenuta progressivamente più importante rispetto a quella forfaitaria. Certe prestazioni, come le vaccinazioni, i piani familiari, le visite di notte, sono fatturate a parte e, in caso di economie, i medici beneficiano di una compartecipazione ai risparmi realizzati. I gruppi *fundholding* sono vicini agli organismi americani di *Managed Care*: il medico parzialmente remunerato a quota capitaria diventa un «detentore di fondi» (*fundholder*). Questi gruppi hanno conosciuto uno sviluppo sostenuto (più della metà dei medici inglesi di medicina generale hanno aderito), ma disuguale, a seconda delle zone geografiche. Sotto il regime del *fundholding*, è trasferito un *budget* dalla *District Health Authority* (responsabile degli acquisti di servizi medici per una zona geografica designata) al gruppo di medici che sono i responsabili della fornitura e del pagamento di tutti i servizi. Il gruppo utilizza questo *budget* per i pazienti di cui ha la responsabilità. Diventando un cliente alla ricerca di servizi appropriati ed efficaci, negozia direttamente con gli ospedali e le cliniche le cure più adatte e meno onerose (prestazioni specialistiche, esami complementari, prescrizioni farmaceutiche escluse). Tuttavia, la HA conserva sotto la sua responsabilità una parte rilevante delle risorse, in particolare per il finanziamento di trattamenti particolarmente onerosi, e, se il medico non ha utilizzato la totalità del suo *budget*, conserva l'eccedenza per l'anno successivo.

Il regime inglese offre dei vantaggi: riduzione del «nomadismo medico» (a differenza di quanto avviene in Francia, un paziente non può essere visto in più ambulatori e la visita è gratuita solo presso il proprio *General Practitioner*), basso consumo di farmaci (ad esempio uso dei generici). In compenso, i medici devono sopportare il rischio finanziario associato alla pratica medica. Inoltre,

la sua gestione è complessa (l'ammontare versato dalle HA è stabilito su base annuale e i medici generici sono tenuti ad informare ogni mese la HA dell'evoluzione del *budget*). Ciò ha suscitato il malcontento dei medici: infatti, le indagini di soddisfazione hanno dato risultati scarsamente positivi. Secondo due differenti studi condotti su specialistici, a tempo pieno o parziale, nel Regno Unito, in Australia, in Nuova Zelanda, la loro motivazione è in diminuzione costante (Perkins *et al.*, 1997; Goldacre, 1998). Al contrario, a Londra, uno studio qualitativo (Newton, Gibbons, 1996) sullo stress in medici che lavorano in due strutture diverse, NHS e un organismo di *Managed Care*, non rivela alcuna differenza: la gestione del malato e del tempo, così come il lavoro in *équipe*, rappresentano fonti di tensione identiche, qualsiasi sia la struttura. Secondo un ultimo studio, limitato all'ambito odontoiatrico (Batchelor, Watt, 1995), le riforme sono state ben accolte. Il governo aveva modulato le condizioni di ingresso (numero minimo di pazienti per gruppo) per le pratiche *fundholding* e i pazienti, che potevano cambiare medico ogni anno e per il quale le cure sono generalmente gratuite (anche se i ticket esistono), si erano dimostrati favorevoli al sistema (Sargeant, Kaehler, 1998). In effetti, secondo la legge, il paziente avrebbe potuto cambiare medico ogni anno, a condizione che questo risiedesse nella medesima area. In pratica ciò era alquanto problematico per diversi fattori, non ultimi i comportamenti dei medici, che tendevano a rifiutare pazienti che non si dimostravano «leali» o che necessitassero di cure particolarmente costose che incidevano quindi particolarmente sui *budget* assegnati dal distretto.

Per diverse ragioni il meccanismo del *fundholding* non è riuscito ad assicurare un controllo della crescita dei costi così efficace come previsto. Le ragioni sono diverse e vanno dall'assenza di un sostegno da parte degli ospedali che temevano una perdita di volumi di attività, alla difficoltà per i «compratori» di innescare dinamiche realmente competitive tra i diversi fornitori in un contesto che rimaneva comunque frammentato sul versante della domanda.

Il *fundholding* è stato soppresso nel 1999 dal nuovo governo laburista, ad eccezione dell'Irlanda del Nord. A partire dall'aprile

1999, sono stati creati in Inghilterra 481 gruppi di cure primarie (*Primary Care Groups* o PCGs). Questi si sono presi carico di gruppi di popolazione che variano tra le 50.000 e le 250.000 persone. A differenza dei *fundholding*, i PCG raggruppano tutti i GP (ma anche le infermiere) di una medesima area.

Il governo laburista ha attribuito un ruolo radicalmente differente alle autorità sanitarie regionali. Da allora i fondi sono attribuiti alle autorità regionali sanitarie secondo una formula capitaria ponderata che dipende dalla dimensione della popolazione, aggiustata per fattori diversi come l'età e il tasso di mortalità e che stimola le autorità a rispettare i tetti di spesa. Agli stessi livelli regionali sono poi demandati compiti di valutazione dei bisogni delle comunità di riferimento e di programmazione e gestione di interventi specifici per il miglioramento dei livelli di salute. Sul piano finanziario le autorità regionali allocano le risorse ai PCG che sono responsabili del loro utilizzo.

Infine, a dispetto di altre misure (creazione di ospedali e di posti/sedi per i medici, il lancio di un programma di lotta contro le malattie cardiache, ...) il sistema sanitario inglese ha suscitato numerose controversie. Da una parte, infatti, esso si rivela molto parco: la spesa sanitaria continua a rimanere tra le più basse in rapporto al Pil tra i Paesi dell'OECD, al punto che in anni recenti lo stesso governo ha manifestato l'intenzione di operare in favore di un aumento della spesa sanitaria pubblica per assestarla al livello della media degli altri Paesi europei; dall'altra, emergono elementi di particolare criticità, come le liste d'attesa particolarmente lunghe e l'aumento dei decessi dovuti a errori di prescrizione negli ospedali pubblici. Per di più, resta rilevante la mancanza di personale, infatti, gli ospedali britannici sono dipendenti dall'impiego del personale straniero: 8.430 infermieri di più di 24 Paesi sono così stati reclutati fuori dall'Europa nel 2000, tra cui un po' meno di un terzo dalle Filippine (3396), gli altri dal Sud Africa, dall'Australia, dalla Nuova Zelanda e dalla Malesia. Questo apporto non è ancora sufficiente a rispondere ai bisogni degli ospedali, stimato in 20.000 infermieri, il reclutamento si è così allargato alla Spagna, all'India, alla Cina. Infine, gli sprechi sono notevoli: secondo l'*Electronic Telegraph* i pazienti non

si sono presentati a circa 17 milioni di prestazioni prenotate nel 2001, contro 10,5 milioni nel 2000 e questo rappresenta un tasso di assenteismo del 10% circa finanziato dalla collettività. Per il *King's College Hospital* i 4000 pazienti che non si sono presentati agli appuntamenti hanno rappresentato una perdita di 2,4 milioni di sterline, ossia l'equivalente del lavoro di 1700 medici di medicina generale, che equivalgono al numero di medici che attualmente mancano (2000) per rispondere alla domanda di cure (i 17 milioni di visite rappresentano 2,5 milioni d'ore di consultazione). Con un rapporto di 0,6 medici di medicina generale per 1.000 abitanti contro l'1,5 della Francia, la Gran Bretagna ha un indice che è meno della metà e a ciò devono essere aggiunti tutti i tempi dedicati alle pratiche amministrative.

4. La Svizzera: un precursore

Dal 1911, la Svizzera ha adottato una legge sull'assicurazione sulle malattie con un orientamento più bismarkiano che beveridgiano, anche se, in epoca precedente, le imprese offrivano ugualmente una copertura sanitaria ai loro dipendenti. La Svizzera non ha imposto un solo modello di assicurazione ma molteplici. Infatti, il governo interviene nelle questioni globali di salute pubblica ma i 26 cantoni, che offrono ciascuno un'assicurazione di base sulla malattia con premio fisso per ciascuna cassa in un dato cantone, dispongono di proprie leggi che riguardano la sanità, gli ospedali, il settore sociale. Il sistema sanitario nazionale è complesso, combina operatori pubblici, come gli ospedali, e privati, come gli ambulatori di medici, ed eterogeneo: le tariffe delle prestazioni variano da un cantone all'altro, ma i premi restano identici per gli adulti che aderiscono alla stessa cassa e sono nello stesso cantone. Dopo la modifica nel 1994 della legge sull'assicurazione sulle malattie, l'appartenenza ad una cassa è obbligatoria. Esiste un'assicurazione di base alla quale tutti i cittadini hanno diritto, definita per legge, identica per tutti, e un'assicurazione complementare privata. Il governo delle spesa sanitaria (circa il 10,5% del Pil, che colloca la Svizzera in testa alle classifiche europee con Francia e Germania) è una priorità assoluta. La legge sull'assicurazione sanitaria *LAMal*, all'articolo 32, im-

pone di tener conto del carattere economico del trattamento. L'introduzione, dopo lunghe trattative di nuove tariffe delle prestazioni mediche, del TarMed, che propone una formula esplicita per il calcolo dei costi delle prestazioni (durata, rischio, difficoltà, ...), è una diretta conseguenza dell'applicazione del principio.

Anche se l'interesse della Svizzera per il *Managed Care* si è manifestato dagli anni '70 (*Sparkonferenz*), il concetto si è diffuso negli anni '80 (programma nazionale di ricerca sul sistema sanitario). Dal 1985, diverse casse di assicurazione sulle malattie hanno fondato una *Communauté d'Intérêts pour des Modèles Alternatifs d'Assurance maladie* (CIMA). La prima organizzazione di sanità gestita fu lanciata a Zurigo nel 1989 e le prime tre HMO, quelle di Zurich-Wiediken (1990), la HMP Medizinisches Zentrum Helvetia e la HMO di Bâle. Dal 1994, le nascite si sono accelerate grazie ad una nuova legge, sottoposta a referendum nel 1995 ed entrata in vigore nel 1996, che autorizzava i modelli assicurativi che offrono una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni. Alle HMO, che hanno per ispiratori principali le casse raggruppate attorno a Swisscare, ad Arcovita e Swica, si sono aggiunte le *Independent Practice Association* (IPA), di cui i primi modelli sono stati introdotti nella regione di Bale (le HMO avevano allora raggiunto i loro limiti di capacità). Le IPA somigliano complessivamente a reti di medici indipendenti e sono più o meno restrittive. Alcune utilizzano medici remunerati a quota capitaria che conservano una clientela privata, altre, più flessibili, utilizzano medici remunerati a prestazione, ma le cui tariffe sono meno onerose per i pazienti inviati dall'assicuratore. Ci sono poi le *Preferred Provider Organizations* (PPO), sistemi nei quali i medici non partecipano al rischio finanziario e in cui, insieme alla limitazione nella scelta dei fornitori delle prestazioni, possono essere previste altre condizioni come la retrocessione di parte del premio nel caso di assicurati particolarmente «parchi», oppure il pagamento di un ticket a carico dell'assicurato, o ancora la riduzione del premio in assenza di richieste di rimborsi nell'anno precedente. A queste misure si aggiungono la promozione di azioni di sanità pubblica (prevenzione) e la creazione di reti: a partire dal 1998, il cantone di Vaud lancia

la rete FARMED sotto l'egida della fondazione di Vaud per l'accoglienza di coloro che richiedono asilo (FAREAS); nel 1997, la rete DELTA, fondata con la compagnia assicurativa Avenir e un gruppo di medici, ha raggiunto la quota di 14.000 assicurati contro 5.000 che aveva al suo debutto nel 1992. Infine, come negli Stati Uniti, il governo ha autorizzato la vendita per corrispondenza di farmaci, un'attività che le casse assicurative hanno immediatamente sviluppato, come nel caso di Helsenam e Visana (circa un milione di assicurati ciascuno).

Gli organismi di *Managed Care* hanno suscitato un'adesione rapida di assicurati che conservano la libera scelta della loro cassa e delle prestazioni ad essa associate: nel '97, la loro fetta di mercato rappresentava il 6% dell'insieme degli assicurati. Lo stesso anno, le HMO, raccoglievano 160.000 assicurati (Hill, 1997), (Baur, Braun, 2000), in particolare in Svizzera Romanda. Le prime si sono installate nelle città (Lucerna, Zurigo, Berna) dove le economie potenziali sono più elevate e dove l'ammortamento delle loro infrastrutture che necessitano di una vasta popolazione è più rapido che nelle campagne, dove l'offerta di cure specializzate e il suo consumo sono più bassi. Ma quando queste hanno attirato per primi i pazienti in buona salute, i giovani e le persone attive, questo fenomeno di anti-selezione si è attenuato: infatti, la struttura dei rischi delle HMO si è progressivamente avvicinata a quella delle assicurazioni tradizionali. Nel complesso, a queste organizzazioni è stata attribuita la riduzione di un quinto dei costi (farmaci, frequenza e durata dei ricoveri ospedalieri) (Schmid, Heer, 1999). Tuttavia, a dispetto di una riduzione dei premi che riflette anche le economie realizzate e che si ritiene possa attirare nuovi pazienti, il loro tasso di sviluppo si è arrestato negli ultimi quattro anni.

La Svizzera non ha conosciuto gli eccessi del *Managed Care* americano (accessibilità in relazione alle risorse finanziarie, giuridizzazione del sistema, ...). In effetti, non è ancora emerso alcun caso di rifiuto delle prestazioni per mancanza di copertura, mentre il fenomeno è frequentemente denunciato negli Stati Uniti (trapianti, accesso alle urgenze). Secondo l'OMS, la Svizzera si situa in prima posizione per l'indicatore di *responsiveness* (accesso alle cure), e in più la qualità non si

è abbassata. Mentre la creazione a Ginevra della rete Delta che riunisce i medici di una HMO alla quale sono affiliati 5000 pazienti, ha comportato una riduzione duratura (più di 4 anni) dei costi (da 26 a 33% se confrontato al gruppo di controllo), la qualità delle cure resta invariata (Raetz, 2000). I medici HMO svizzeri si mostrano più soddisfatti che i loro omologhi americani. Le pratiche dell'assicurazione di qualità (cerchio di qualità, cruscotti, ...) incoraggiano il lavoro di squadra (generici, infermieri, ...) (Meyer, Denz, 2000). Le seconde opinioni e lo scambio di informazione portano indubbi benefici ai pazienti, inoltre, l'accesso per urgenze non è soggetto ad autorizzazioni. Lo *status* dei medici cambia da un'organizzazione all'altra. Se, in certi casi, sono stipendiati dalle casse per la malattia, in altri casi invece, restano indipendenti e gestiscono autonomamente il *budget* che viene loro affidato dall'assicurazione. Infine, visto che il loro stipendio è fisso, i medici HMO non sono incentivati a limitare le cure (a differenza degli Stati Uniti, essi non dipendono dai premi o dalle prestazioni).

5. La Francia l'esperienza delle reti

Se le prime riflessioni sulla creazione di un sistema di sicurezza sociale risalgono al 1920 (Millerand), la Francia ha, poi, dovuto prendere a prestito dai due modelli, bismarkiano e Beveridge, per creare una protezione sociale universale (comunque a dominanza bismarkiana). Questo sistema, chiamato regime generale (non è il solo regime, e il sistema francese, a causa della sua complessità, è un «mosaico di regimi»), riguarda i soli lavoratori dipendenti del settore privato non agricolo. A differenza del modello bismarkiano, che impediva allo Stato di intervenire nella gestione delle casse sociali (le finanze pubbliche non sono quindi coinvolte nelle spesa sanitaria), il sistema prevede un certo esercizio del potere da parte dello Stato.

Il *Managed Care* praticamente non esiste in Francia a causa della grande libertà (dove e cosa consumare) di cui beneficiano gli assicurati, della attenuata concorrenza tra le assicurazioni e del basso livello dei prezzi unitari imposti dallo Stato. Lo sviluppo del *Managed Care*, su cui si concentrò l'attenzione a metà degli anni '90, avrebbe dovuto

poggiare, oltre che sulla volontà dei politici, sull'atteggiamento e le attese di medici e pazienti. Per questi ultimi tuttavia forme di *Managed Care* avrebbero minacciato le quella estesa libertà di scelta alla quale il sistema attuale li aveva abituati (scelta del medico curante caso per caso, ma non solo). Le riforme si sono quindi rivolte ad altri aspetti, così i tentativi di regolare le spese hanno portato alla creazione di obiettivi e tetti a livello nazionale (ospedalizzazione privata, cure infermieristiche in libera professione, ...) completate dalla introduzione delle *Références Médicales Opposables* (RMO).

Il piano Juppé del 1996 ha imposto un cambiamento profondo, con la generalizzazione di *budget* globali di spesa per professione, un blocco di salari nel settore pubblico e altre misure di carattere strutturale come la creazione di *Agences Régionales de l'Hospitalisation* (ARH), che fissano i *budget* ospedalieri in funzione dell'attività. A queste spetta anche la responsabilità di governare l'introduzione e la diffusione dell'innovazione tecnologica, compresa quella farmacologica. Nel quadro del più generale *Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information* (PMSI), nell'allocatione dei *budget* in funzione dell'attività, viene poi utilizzato uno schema che raggruppa i pazienti in gruppi omogenei, riconfermando una tendenza internazionale. A queste misure, che ricalcano alcune delle riforme tedesche (tetto di spesa per professione ...), si sono aggiunti il raggruppamento degli ospedali, la chiusura di quelli con il tasso di occupazione più basso, l'informatizzazione delle cartelle cliniche, un sistema formalizzato di valutazione delle cure, particolarmente in ospedale, con la creazione della *Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé* (ANAES) e la messa in atto di un meccanismo a punti (*Indicateur Synthétique d'Activité*) che permette un collegamento tra *budget* globale e sistemi di remunerazione a prestazione. Si tratta di misure che in definitiva testimoniano una rafforzata azione dell'operatore pubblico e non un suo indietro. La loro messa in opera non è facile: la dispersione della popolazione francese e i particolarismi locali rendono difficile la chiusura degli ospedali. Per di più, i divari di dotazione tra le Regioni si riassorbono lentamente e i problemi sociali si sommano

alle difficoltà intrinseche ad ogni razionalizzazione della rete ospedaliera. Sono stati sperimentati anche dei contratti a forfait: per esempio, la *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM) versa alla rete *Santé-Lens* un forfait annuale per assicurato, a titolo di remunerazione dell'attività di una struttura d'urgenza su base ambulatoriale, che dovrebbe permettere di disintasarle le urgenze ospedaliere regionali.

Al contrario, le reti destinate ad incoraggiare la comunicazione tra professionisti sanitari, la ricerca di complementarità tra i medici ospedalieri e quelli del territorio e il miglioramento del coordinamento delle cure, hanno suscitato l'interesse degli attori, anche se la pratica individuale, tipica del modello francese, e la sua idiosincrasia verso forme di responsabilizzazione budgettaria (a differenza del *fundholding* britannico), non facilitano la sperimentazione. Inoltre, i problemi legati all'informatizzazione degli ambulatori, ancora debole sul fronte clinico, si aggiungono a quelli legati alla confidenzialità (*privacy*) dei dati e della codifica delle patologie da parte dei professionisti, operazione, quest'ultima, particolarmente critica, che coinvolge la responsabilità dei professionisti in termini di qualità e affidabilità delle informazioni. Secondo uno studio del *Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale* (FORMMEL), a malapena il 20% dei medici sarebbero informatizzati, mentre il tasso di copertura dei medici americani è dell'80%.

Al fine di fornire dati sui bisogni di salute della popolazione e sui relativi costi, sono stati promossi dei «Réseaux globaux d'Exercice» su iniziativa di diversi soggetti tra i quali il *Syndicat National des Médecins de Groupe* (SNMG) e della *Mutualité Française*. I progetti sono diversi per natura: alcuni privilegiano una singola patologia, il più delle volte cronica (asma, diabete, depressione) o particolarmente grave (HIV, cancro), altre gruppi di popolazione particolarmente fragili (precarità, alcolismo, tossicomania, anziani non autosufficienti). Altri, coordinando le attività dei professionisti che gestiscono una parte della popolazione, e non più un gruppo particolare di individui, dovrebbero ridurre il rischio di esclusione dai servizi di alcuni pazienti e offrire una presa in carico globale in grado di integrare gli aspetti sociali con quelli sanitari. Le «re-

ti della salute» sono comparse nel 1991 con la creazione delle reti dei centri ospedalieri SIDA e sono state istituzionalizzate con le ordinanze del 24 aprile 1996. Nel 2004 più di 300 «reti della salute» vennero sovvenzionate dalla *Dotation Nationale de Développement des Resaux*.

Quanto all'assicuratore AXA, questo ha sviluppato un progetto al quale più di 6.000 medici di medicina generale (12% del totale dei generici) hanno aderito, dove la compagnia percepisce un certo ammontare annuo per assicurato per acquistare le cure al miglior prezzo. In più, chiedendo nel 1999 una delega della gestione della parte del regime generale, il gruppo ha sottolineato la sua volontà di mettere fine al monopolio della sicurezza sociale. Tuttavia, AXA non ha ottenuto la delega della gestione. La concorrenza tra casse nazionali di assicurazioni sulle malattie è stata spesso evocata: in questo quadro, gli assicurati potrebbero liberamente scegliere le proprie casse, che fisserebbero le proprie tariffe, e ciò dovrebbe creare un clima di competizione di cui beneficerebbe l'assicurato, attraverso l'abbassamento dei prezzi e il miglioramento dei servizi (es. ritardo nei rimborsi). Una qualche forma di concorrenza, anche se non si tratta di una concorrenza vera e propria, esiste già per alcuni funzionari pubblici (ma non tutti) e per gli studenti, e potrebbe quindi essere estesa ai lavoratori dipendenti del settore privato. Comunque, una valutazione dei vantaggi conseguibili è difficile, poiché gli operatori dovrebbero investire in comunicazione per differenziarsi e ciò potrebbe ripercuotersi sui costi.

Nel 2005 un passaggio dal medico di medicina generale è stato imposto per l'accesso alla maggior parte degli specialisti. Più recentemente si sono aggiunti la creazione della *Haute Autorité de Santé*, che definirà protocolli di cure e valuterà l'utilità sanitaria dell'insieme delle prestazioni coperte dalle casse malattia, la nuova *governance* degli ospedali e il piano ospedaliero 2007 che impone la tariffazione per patologia, in modo da allineare le tariffe tra settore privato e pubblico. Quest'ultima innovazione semplifica anche l'organizzazione sanitaria, dando un ruolo importante alle amministrazioni regionali, incoraggia la collaborazione tra gli erogatori delle prestazioni e il coordinamen-

to tra casse e impone percorsi omogenei di cure.

I prodotti generici sono sempre poco prescritti (in Francia, rappresentano il 3,1% dei farmaci rimborsati nel 2001, contro il 15% in Europa e circa il 40% in Germania e Stati Uniti) e un cambiamento di percezione e di consumo è poco probabile nel breve e medio termine, malgrado le misure del governo in favore di questi prodotti.

6. L'Italia. Riforme e decentramento

Prima della riforma del 1978, il sistema sanitario nazionale aveva la responsabilità della salute dei lavoratori, non quella dell'insieme dei cittadini (nonostante l'articolo 32 della Costituzione del 1948 definisca la salute come un diritto fondamentale del cittadino). Il sistema allora in vigore si caratterizzava per la presenza di diverse mutue, tutte finanziariamente deboli, che proponevano prestazioni eterogenee anche in termini di contributi richiesti. I contributi obbligatori venivano dai datori di lavoro e dagli stessi dipendenti, mentre le stesse mutue non avevano nessun potere nei confronti degli erogatori dei servizi. La cassa più importante, l'Inam, che copriva il 75% di tutta la popolazione, aveva una rete estesa a scala nazionale. Questa, dotata di infrastrutture proprie, pagava i medici di medicina generale, che lavoravano in ambulatori propri, a quota capitaria (Roland, 1998).

L'insoddisfazione crescente dei cittadini, il deficit del sistema sanitario segnalato anche da un sovraindebitamento delle mutue, la copertura non universale, ma soprattutto l'avvento al governo di una coalizione di centro sinistra, portarono alla riforma del 1978. La creazione del sistema sanitario nazionale (legge n. 833/1978) che offre una copertura medica a tutti i cittadini, e non più soltanto a quelli che hanno un lavoro, muta la natura del sistema che passa dalla filosofia bismarkiana al modello Beveridgeano.

La riforma aveva alcuni tratti distintivi rispetto alle esperienze straniere. Mentre gli Stati Uniti, con il *Managed Care* (HMO Act del 1973), mettono l'accento sul contenimento dei costi, (la parte delle spese sanitarie rispetto al Pil era in aumento continuo), in Italia, al contrario, la riforma mira a migliorare la copertura del sistema (principio del-

l'universalità), le considerazioni finanziarie sono poste in secondo piano. In più, mentre negli Stati Uniti, le HMO sono apparse come un sostituto credibile dello Stato, e ciò giustificava ancora una volta un suo disimpegno nei confronti della sanità, la riforma del 1978 manifesta chiaramente la volontà dell'amministrazione di intervenire più direttamente nel settore.

Elemento qualificante della riforma è la decentralizzazione: per accrescere le responsabilità e l'autonomia delle Regioni, il territorio è stato suddiviso in 650 Usl con il compito di programmare la sanità, di valutare l'efficacia delle prestazioni locali. L'incorporazione degli ospedali nelle Usl e l'enfasi posta sui distretti, segnalavano la volontà di assegnare un ruolo più incisivo al territorio rispetto all'ospedale, di incoraggiare la prevenzione e promuovere incisive azioni di sanità pubblica. Anche la distribuzione delle responsabilità è stata ridefinita allocando l'onere del finanziamento al governo centrale e la gestione del sistema (spese, decisioni di investimento, controllo sui costi) alle Regioni. Il sistema di finanziamento indicato dalla riforma prevedeva una distribuzione a cascata dei fondi, dallo Stato alle Regioni e da queste alle Usl, mantenendo una coerenza con le priorità e le decisioni assunte nei piani sanitari nazionali. L'obiettivo del disegno è triplice: ristabilire il potere delle comunità locali sulla sanità, ridare ai cittadini un potere decisionale e operare un trasferimento a vantaggio delle zone a maggior bisogno. Per diverse ragioni questi obiettivi non sono stati raggiunti e si è assistito, quindi, ad una crescita dei costi della sanità, con le Usl che superano regolarmente i tetti di spesa indebitandosi, mentre sono rimaste immutate le disparità tra Regioni. Sul piano macroeconomico, il sottofinanziamento delle Regioni e delle Usl obbliga regolarmente il governo centrale a ripianare i deficit pregressi (non senza il contributo dei pazienti tramite forme di partecipazione ai costi). Infine, alcune debolezze hanno incoraggiato la nascita di un settore privato che aggiunge la sua offerta a quella del settore pubblico invece che sostituirsi a questo (Marcon, Panozzo, 1998).

Dopo qualche tentativo di risposta a portata limitata come la mini-riforma del 1986 e vari interventi sul fronte delle prescrizioni, più che l'aumento della spesa sanitaria sul Pil

(più bassa che in altri Paesi dell'OECD), è la crescita del deficit e del debito pubblico che provoca una riforma drastica. È la legge n. 502 del 1992 che disegna un nuovo modello (definito modello aziendale) che tenta di dare un posto centrale a meccanismi di mercato e di quasi-mercato e di diffondere nel sistema pratiche di management ispirate al settore privato. Senza rinnegare la centralità dell'operatore pubblico; viene rafforzata la responsabilità delle Regioni e vengono stati aggiunti meccanismi di controllo (qualità, finanziamento delle cure, ...) anche tramite indicatori di risultato che le Regioni utilizzano nell'esercizio delle proprie funzioni di governo. Così, mentre il carattere pubblico dell'offerta di salute è preservato, la priorità è passata dall'accesso alle cure (universalità, uguaglianza), fondamentale nella riforma del 1978, ai costi e alla qualità (Marcon, Panozzo, 1998).

Le Usl sono divenute, dopo la riforma del 1992, aziende sanitarie locali (Asl), che dispongono di una autonomia gestionale (dotate di una propria personalità giuridica e governate da un direttore generale, da un direttore sanitario e da un direttore amministrativo) ed erogano prestazioni alla popolazione locale, sia tramite proprie strutture, sia tramite altre organizzazioni alle quali sono legate da rapporti contrattuali. Sono stati previsti criteri rigorosi di gestione, per esempio, un'azienda sanitaria locale non può essere in deficit per più di due anni consecutivi.

I medici di medicina generale, remunerati a quota capitaria dalle aziende, sono chiamati a giocare un ruolo di filtro rispetto all'accesso alle cure specialistiche.

Per quanto concerne il settore ospedaliero la riforma ha consentito agli ospedali più importanti la trasformazione in aziende sanitarie autonome, mentre gli altri rimangono all'interno delle Asl.

La crescita delle spese sanitarie ha portato, da una parte, per gli ospedali autonomi all'adozione di un meccanismo di finanziamento per gruppi omogenei di malattie (Drg) e, dall'altra, all'aumento della compartecipazione dei pazienti alle prestazioni specialistiche e alla spesa farmaceutica. Esiste tuttavia un regime di esenzione per patologia o per altre condizioni personali nel quale rientra il popolazione.

7. Conclusioni

Queste riforme, ricerca della concorrenza in Germania, ottimizzazione delle pratiche in Svizzera, adozione delle reti in Francia, decentramento in Italia, testimoniano una volontà di governare la spesa sanitaria, ma non significano né la privatizzazione del sistema sul modello americano, né, al contrario, il suo completo mantenimento all'interno dei meccanismi pubblici. La concorrenza tra erogatori, che incoraggia la misurazione dei risultati, non comporta necessariamente la loro privatizzazione: in Gran Bretagna, per esempio, dove i meccanismi di mercato sono stati applicati ai beneficiari pubblici (quasi mercato), il medico associato ad una pratica di tipo *fundholding* può liberamente comprare per conto dei suoi pazienti le prestazioni dagli erogatori (ospedali pubblici) di sua scelta.

In effetti, anche se la diffusione di idee liberali in Europa ha largamente diffuso l'idea dei finanziamenti e delle prestazioni private, i decisori non possono sottrarsi alle aspirazioni dei cittadini e, in primo luogo, al loro attaccamento al sistema sanitario, che conduce al suo mantenimento sotto la tutela pubblica. Nel complesso, le misure economiche si assomigliano da un Paese all'altro e nessuna riforma radicale ha davvero segnato il decennio, ad eccezione di quelle del NHS. E anche se queste hanno tentato di neutralizzare gli effetti negativi della costituzione di un mercato interno, hanno comunque comportato un sistema complesso i cui benefici sono stati inferiori alle attese dei destinatari (Contandriopoulos, 2000).

L'impossibilità di definire l'intensità dello sforzo consacrato alla sanità aggrava ulteriormente le incertezze. Se, per alcuni, il settore deve liberarsi dai tetti di spesa, poiché tutti i mezzi disponibili devono essere messi in opera per guarire o mantenere in vita o, in una prospettiva economica, dal momento che la sanità è un'attività di servizi, creatrice di ricchezza, di lavoro e di benessere, per altri, al contrario, queste spese non possono superare una parte fissa della ricchezza nazionale perché, a differenza di ciò che avviene per altri beni e servizi, il consumo di prodotti sanitari, se lasciato ingovernato, non dimostra alcuna flessione.

Infatti, qualsiasi sia il Paese, la crescita è proporzionale all'aumento della ricchezza nazionale.

Un altro punto in comune ai Paesi studiati è che nessuno sembra essersi avviato verso la strada del *managed care* americano, a dispetto di un'infatuazione certa ma molto veloce a metà degli anni '90. Il *Managed Care stricto sensu* resta molto marginale nei sistemi europei, poiché questi tendono a tutela-

re la solidarietà e l'uguaglianza prima che il diritto dei consumatori. All'argomento della responsabilità individuale che gli Stati Uniti propongono per legittimare gli organismi di *managed care*, l'Europa oppone quello dell'uguaglianza di fronte alle cure.

Il sistema sanitario americano, più oneroso di quello europeo e incapace di offrire una copertura medica universale, non ha fatto scuola in Europa.

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

- BACHELOR P.A., WATT R.G., PLAMPING D. (1995), «The NHS reform programme: implications for dental public health and the community dental services», *Community Dental Health*, Sep, 12(3), pp. 171-4.
- BAUR R., BRAUN U. (2000), «Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung», *Auftrag des BSV* (Aspects de la sécurité sociale), 15/00.
- CONTANDRIOPOULOS D. (2000), «L'expérience du marché interne dans le NHS britannique, une rétrospective critique», *Revue Française des Affaires Sociales*, Juillet-Décembre, 3-4.
- GOLDACRE M.J., LAMBERT T.W., PARKHOUSE J. (1998), «Views of doctors in the United Kingdom about their own professional position and the National Health Service reforms», *J Public Health Med*, Mar, 20(1), pp. 86-92.
- HILL S. (1997), *Le Managed Care en Suisse*, 4, Atag Ernst & Young.
- HIMMEL W., DIETERICH A., KOCHEN M.M. (2000), «Will German patients accept their family physician as a gatekeeper?», *J Gen Intern Med*, Jul;15(7), pp. 486-502.
- LE PAPE A., SERMET C. (2000), «Les politiques de forfaits de remboursement des médicaments en Allemagne et aux Pays-Bas», *Bulletin d'Information en Économie de la santé*, CREDES, Avril, 29.
- MARCON G., PANOZZO F. (1998), «Reforming the Reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector», *The European Accounting Review*, 7(2), pp. 185-208.
- MEYER P.C., DENZ M.D. (2000), «Social change in the physician's role and medical practice caused by managed care in Switzerland», *Gesundheitswesen*, Mar, 62(3), pp. 138-42.
- NEWTON J.T., GIBBONS D.E. (1996), «Unit of Dental Public Health, Guy's Hospital, London; Stress in dental practice: a qualitative comparison of dentists working within the NHS and those working within an independent capitation scheme», *British Dental Journal*, May 11, 180(9), pp. 329-34.
- PERKINS R.J., PETRIE K.J., ALLEY P.G., BARNES P.C., FISHER M.M., HATFIELD P.J. (1997), «Health service reform: the perceptions of medical specialists in Australia (New South Wales), the United Kingdom and New Zealand», *Medical Journal of Australia*, Aug 18, 167(4), pp. 201-4.
- RAETZO M.A. (2000), «Continuing education, motivation for cost control, a Swiss experiment», *Gesundheitswesen*, Mar, 62(3), pp. 143-7.
- RATAJCAK T. (1998), «Approaches to Managed Care in Germany», *Med Law*, 17(4), pp. 545-51.
- RICHMOND C. (1996), «NHS waiting list have been a boon for private medicine in the UK», *CMAJ*, Feb 1, 154(3), pp. 378-81.
- ROLAND M. (1998), «Le forfait à la capitation pour les soins primaires: une revue de la littérature internationale», *Santé Conjuguée*, Janvier, pp. 71-83.
- SARGEANT A., KAEHLER J. (1998), «Factors of patient satisfaction with medical services: the case of G.P. practices in the U.K.», *Health Mark Q*, 16(1), pp. 55-77.
- SCHMID T., HEER H. (1999), «Dossier Santé. La Limitation du choix du médecin aide à réduire les coûts», 2, pp. 13-15.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Silvia Bruzzi

LA GESTIONE DELL'AZIENDA SANITARIA. INNOVAZIONE E SCELTE STRATEGICHE PER UN NUOVO SCENARIO COMPETITIVO

GIUFFRÈ, MILANO, PP. 134, € 10,00

Da tempo le aziende sanitarie hanno deciso di raccogliere la sfida connessa all'introduzione di principi e strumenti di gestione economica. Dopo una prima fase di sostanziale replicazione di strumenti creati in altre realtà produttive, in primis le aziende manifatturiere, le aziende sanitarie stanno oggi cominciando a ricercare soluzioni originali che siano meglio in grado di leggere e valorizzare le loro specificità. Ciò in un contesto istituzionale in continua e rapida evoluzione, che rende ancor più complessa l'individuazione di soluzioni stabili. Obiettivo del libro è quello di fare il punto sullo stato dell'arte degli studi di management nel contesto sanitario; in particolare, il lavoro si sofferma sulle più recenti esperienze oggi ancora in fase di sperimentazione. Esse, ispirandosi in modo comune al rispetto e alla valorizzazione dei tratti originali della realtà sanitaria, si caratterizzano per un forte contenuto d'innovazione e appaiono perciò destinate ad avviare un profondo processo di rinnovamento dei tradizionali approcci alla gestione.

INDICE INTRODUZIONE - CAPITOLO 1. AZIENDA SANITARIA E TEORIA DELL'IMPRESA - 1.1. PREMESSA: L'ETEROGENEITÀ DEGLI ATTORI - 1.2. LE SPECIFICITÀ DELL'AZIENDA SANITARIA - 1.2.1. LA RELAZIONE DOMANDA-OFFERTA - 1.2.2. IL SERVIZIO SANITARIO: UN ORIENTAMENTO DI LUNGO PERIODO - 1.3. PARTECIPAZIONE E RECIPROCIITÀ: VERSO PRINCIPI GESTIONALI INNOVATIVI? - 1.4. AZIENDA SANITARIA E SUSSIDIARIETÀ - CAPITOLO 2. SUSSIDIARIETÀ E RELAZIONE STATO-IMPRESA, L'ESPERIENZA DEL SETTORE SANITARIO - 2.1. PREMESSA - 2.2. I SISTEMI SANITARI TRA SOLIDARISMO E INDIVIDUALISMO - 2.3. I SISTEMI SANITARI SOLIDARISTICI: IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ - 2.4. LE RIFORME DEI SISTEMI: IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ - 2.5. IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO - 2.6. IL RUOLO DELLE ISTITUZIONI: QUALE IMPEGNO PER L'UNIONE EUROPEA? - CAPITOLO 3. LA GESTIONE STRATEGICA DELL'AZIENDA SANITARIA - 3.1. PREMESSA - 3.2. UNA PREMESSA METODOLOGICA. IL CARATTERE LABOUR E CAPITAL INTENSIVE DELLE AZIENDE SANITARIE - 3.3. LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI: VALORE E PROFITTO - 3.4. LO STATUS DELL'ARTE: IL CONTRIBUTO DELLA LETTERATURA - 3.4.1. LA BALANCED SCORECARD: LA MULTIDIMENSIONALITÀ DEGLI OBIETTIVI - 3.4.2. L'ANALISI DELL'AMBIENTE DI RIFERIMENTO: LA VALORIZZAZIONE DELLA DOMANDA - 3.4.3. LA CATENA DEL VALORE NELL'AZIENDA SANITARIA: LA VALORIZZAZIONE DELLE SPECIFICITÀ PRODUTTIVE DELL'AZIENDA SANITARIA - 3.5. VERSO LO SVILUPPO DI NUOVI APPROCCI: IL CONTRIBUTO DELL'INTEGRATED CARE E DEL SELF-MANAGEMENT - 3.5.1. IL CONTRIBUTO DEL DIBATTITO SULL'INTEGRATED CARE: LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE - 3.5.2. LA PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE: IL SELF-MANAGEMENT - 3.6. QUALI SPAZI PER IL MODELLO DELL'IMPRESA COSMOPOLITICA NEL SETTORE SANITARIO? - CONCLUSIONI - BIBLIOGRAFIA

Giuseppe Caggiano, Iuri Mazzarelli

CERTIFICAZIONE DEI PRODOTTI E SICUREZZA NELL'IMPIEGO DEI DISPOSITIVI MEDICI ED APPARECCHI ELETTROMEDICALI

IL SOLE 24 ORE, MILANO, 2005, PP. 285, € 29,00

La libera circolazione dei prodotti è una pietra miliare del mercato unico. I meccanismi messi a punto per realizzare tale obiettivo tendono ad impedire la creazione di nuovi osta-

coli agli scambi e si basano sul riconoscimento reciproco e sull'armonizzazione tecnica. Lo scopo di realizzare tale mercato unico di prodotti e professioni si è sviluppato attraverso una nuova tecnica di regolamentazione, mirata a fissare i requisiti essenziali di sicurezza integrati alla garanzia di qualità ed ai principi di eccellenza delle strutture sanitarie. La sicurezza integrata mira a studiare la compatibilità tra prodotto, e ambiente di lavoro, ovvero tra prodotto e impianto nel quale viene implementato, ciò al fine di ottenere un adeguato livello di sicurezza ed un grado di comfort nell'uso, chiaramente interagendo con le persone. In questo contesto l'opera tratta in particolare le problematiche relative allo studio della sicurezza in fase di fabbricazione e utilizzo delle apparecchiature elettromedicali e dei dispositivi medici contemplati nelle Direttive 93/42/CE e 98/79/CE.

INDICE PARTE I. LA VALIDAZIONE DEI DISPOSITIVI - CAP. 1. INTRODUZIONE. IL CONCETTO «NEW APPROACH» ED IL LIBERO SCAMBIO DEI PRODOTTI - CAP. 2. OBIETTIVO - CAP. 3. LE DIRETTIVE COMUNITARIE - CAP. 4. LE DIRETTIVE DI PRODOTTO - CAP. 5. LA DIRETTIVA 93/42/CE PER I DISPOSITIVI MEDICI E LA DIRETTIVA 98/79/CE PER I DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO - CAP. 6. CONFORMITÀ TOTALE (LE ALTRE DIRETTIVE) - PARTE II. LA SICUREZZA NELL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI - CAP. 7. LE RESPONSABILITÀ DELL'UTILIZZATORE - CAP. 8. REGOLE IMPRENDITORISTICHE E DI SERVIZIO - CAP. 9. IL MONITORAGGIO - CAP. 10. LA DISMISSIONE - BIBLIOGRAFIA

Enzo Colombo, Paola Rebughini

LA MEDICINA CONTESA. CURE NON CONVENZIONALI E PLURALISMO MEDICO

CAROCCI EDITORE, ROMA, 2006, PP. 160, € 15,50

Il pluralismo medico e la comparsa sulla scena di tecniche di cura vecchie e nuove, quali omeopatia e agopuntura, hanno reso molto più complesso lo scenario nel quale la scienza medica si trova oggi ad operare, ponendola davanti ad una serie di non facile soluzioni. La contesa caratterizza l'attuale campo del sapere medico esperto, nonché il tracciato dei suoi confini, non sembra configurare una crisi di fiducia nella scienza né, tanto meno, una ricaduta nell'irrazionale. Al contrario, il pluralismo medico indica una maggiore domanda di salute e di cura. La possibilità di fornire risposte adeguate, che sappiano garantire non solo risultati efficaci ma anche la capacità di dare un senso condiviso e accettabile alla malattia, costituisce infatti una delle ragioni fondamentali dei cambiamenti in corso. Lo scopo del libro è dunque quello di analizzare le ragioni e le conseguenze del pluralismo medico che si è venuto a creare nel mondo della medicina, soprattutto in seguito al consolidato successo delle terapie non convenzionali.

INDICE 1. PERCORSI E RICORSI DELLE TERAPIE NON CONVENZIONALI - 2. DENTRO L'UNIVERSO DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI - 3. LIASON DANGEREUSES. IL DIFFICILE RAPPORTO TRA BIOMEDICINA E MEDICINE NON CONVENZIONALI - 4. CHI GUARISCE? CHI CURA? LO SCONTRO SULLA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLE CURE E DELLA FORMAZIONE DEI TERAPEUTI - 5. UNA MEDICINA NARRATIVA. RICHIESTE DI ASCOLTO E BISOGNI DI SENSO NELLA RELAZIONE DI CURA - 6. LE DOMANDE NON CONVENZIONALI DEL PLURALISMO MEDICO

Gian Antonio dei Tos, Angelo Lino del Favero

ETICA, QUALITÀ E UMANIZZAZIONE IN SANITÀ

FRANCO ANGELI, MILANO, 2006, PP. 355, € 30,50

Etica, qualità e umanizzazione sono i tre pilastri messi a fondamento della struttura organizzativa del sistema socio-sanitario. L'ottimizzazione del sistema della cura sta proprio nella tensione continua ad integrare questi tre elementi in un'unica strategia organizzativa tesa ad armonizzare l'infinita varietà delle prestazioni erogate al concetto di servizio alla persona. La prospettiva etica ci consente di delineare le finalità del sistema e di dare consapevolezza dell'orizzonte valoriale a cui vuole tendere il nostro agire. Ci consente di produrre la ragione del senso e di supportare scelte cliniche ed organizzative attraverso la cultura dei valori e il riferimento alla grande tradizione morale delle professioni di aiuto. La dimen-

sione dalla qualità ci apre l'orizzonte della reale capacità di soddisfare le esigenze delle persone alle quali sono rivolti i nostri servizi. In essa trova espressione anche il concetto di appropriatezza e soprattutto se ne vuole estendere i processi oltre alla semplice dimensione dei professionisti e dei soggetti erogatori, per coinvolgere anche i governi nazionali e regionali a tutela dei diritti dei cittadini costituzionalmente garantiti. L'umanizzazione è il grande sogno professionale ed assistenziale, mai completamente compiuto, di dare proporzioni di umanità alla nostra pratica clinica e all'organizzazione sanitaria. È l'ispirazione quotidiana del nostro lavoro in sanità, che chiede di essere continuamente nutrita e rimotivata dal bisogno di riconoscimento dell'ambito specificamente umano della nostra pratica professionale. L'umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti e operatori, nella tensione a riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità intrinseca e alla promozione dei valori della persona.

INDICE PREFAZIONE, ERIO ZIGLIO - INTRODUZIONE, GIAN ANTONIO DEI TOS, ANGELO LINO DEL FAVERO - PARTE 1. I FONDAMENTI - UN APPROCCIO ALL'IDEA DI PERSONA: DALLA VULNERABILITÀ AL PRENDERSI CURA, GIAN ANTONIO DEI TOS - IL MALATO È UNA PERSONA, GIUSEPPE ZENTI - I PROCESSI DI QUALITÀ IN SANITÀ A SERVIZIO DELL'UMANIZZAZIONE, ANGELO LINO DEL FAVERO - LE RADICI ANTROPOLOGICHE DELLE PROFESSIONI D'AUTO, CARLO DONADEL - IL SIGNIFICATO DELLA MEDICINA E IL RUOLO DEL MEDICO OGGI, ROBERT BARNET - IL DOLORE E LA SOFFERENZA NELL'ESPERIENZA DELLA MALATTIA: UN APPROCCIO ANTROPOLOGICO, CAROL TAYLOR - LE RADICI DELLA CURA: UN PUNTO DI VISTA ANTROPOLOGICO, GIUSEPPE GOISIS - L'APPROCCIO ETICO ALLE MALATTIE CRONICHE INGUARIBILI, RENZO PEGORARO - ETICA ED ECONOMIA SANITARIA, ERASMO SANTOSSO - L'ETICA DEI PROCESSI DI QUALITÀ ORIENTATI AL PAZIENTE, GIAN ANTONIO DEI TOS - L'APPROCCIO NORMATIVO REGIONALE NELL'AMBITO DELLA BIOETICA, GIAN ANTONIO DEI TOS, GIAMPIETRO RUPOLO - IL CONCETTO DI PALLIAZIONE E I VALORI ETICI DELLA MEDICINA PALLIATIVA, PIETRO QUATTROCCHI - LA PROSPETTIVA ETICA DELLA NORMATIVA REGIONALE E LE STRATEGIE FORMATIVE NELL'AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE, MARCO BONETTI, GIAMPIETRO RUPOLO - MEDICAL FUTILITY ALLA FINE DELLA VITA: COME PRENDERSI CURA QUANDO NON SI PUÒ PIÙ CURARE, GIAN ANTONIO DEI TOS - ASPETTI MEDICO-LEGALI DELLA PALLIAZIONE, PAOLO BENCIOLETTI - PARTE 2. LE ESPERIENZE - TIZIANO TERZANI: VIVERE CON LA MALATTIA, DANIELA BORESI - ADVAR: DALL'ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA CASA DEI GELSI, ANNA MANCINI RIZZOTTI - IL PICCOLO RIFUGIO: LO STILE FAMIGLIA PER ACCOGLIERE LA SOFFERENZA, GIAN ANTONIO DEI TOS, CARLO DONADEL - IL PROGETTO UMANIZZAZIONE DELLA REGIONE VENETO, MARCO FABELLO - IL PROGETTO UMANIZZAZIONE DELLA REGIONE VENETO, FABIO GAVA - IL PROGETTO UMANIZZAZIONE DELLA REGIONE VENETO, FABIO FUOLEGA - IL PROGETTO QUADRIFOGLIO ULSS 7 - REGIONE VENETO, MARIA SECOLO, VANIA PEDERIVA - UMANIZZARE I PERCORSI DI CURA IN PSICHIATRIA, ANGELO LINO DEL FAVERO, GERARDO FAVARETTO - UMANIZZARE I PERCORSI DEL MORIRE: L'ESPERIENZA DELL'ULSS 7 DEL VENETO, COSIMO DE CHIRICO, FRANCESCO BENAZZI, SANDRO TABACCANTI, FABRIZIO SERNAGIOTTO - VIVERE NELL'HOSPICE: L'ESPERIENZA DI BELLUNO, ANGELO LINO DEL FAVERO, LUCIO DI SILVIO - I VALORI ETICI E LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE NELL'AMBIENTE OSPEDALIERO, CESARE SCANDELLARI - DISEASE MANAGEMENT PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO, ALDO PAGNI - IL RUOLO ETICO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA SANITÀ DEL XXI SECOLO, CLAUDIO PENCO - HO VISSUTO LA MALATTIA, DANIELA BORESI - QUASI UNA CONCLUSIONE... - GLI AUTORI

Gabriele Giacomelli, Simone Bacherini

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE. STRATEGIE EFFICACI

CARROCCI FABER, ROMA, 2006, PP. 160, € 15,10

Purtroppo non sempre la relazione più utile all'utente è quella che crea meno problemi per l'operatore sanitario. Il presente volume non ha la pretesa di fornire metodologie e tecniche oggettivamente sempre giuste, ma di raccogliere conoscenze utili per orientare l'infermiere verso una relazione di aiuto efficace. Per questo, e per comprendere e far comprendere meglio le modalità di funzionamento del pensiero quando i tratti patologici prendono il controllo, viene data grande attenzione non solo alle emozioni dei pazienti, ma soprattutto alle ansie dell'operatore, al suo pensiero irrazionale, alla sua tristezza, alla sua impulsività. Stabilire una buona relazione, infatti, non è sinonimo di andare d'accordo amorevolmente, ma fa riferimento a una modalità di essere in funzione dell'altro che permetta alla persona uno sviluppo delle capacità di integrazione sociale. Una modalità che utilizza delle tecniche e segue una teoria, certo, ma che soprattutto mette in relazione due persone sinceramente.

INDICE PRESENTAZIONE, PATRIZIA MONDINI - PREFAZIONE, ENRICO CHELI - INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO: IL MODELLO MIO - 1. HILDEGARDE PEPLAU: UNA TEORIA DELLA RELAZIONE COME BUSSOLA - 1.1. LE FASI DELLA RELAZIONE - 1.1.1. PRIMA FASE: ORIENTAMENTO - 1.1.2. SECONDA FASE: IDENTIFICAZIONE - 1.1.3. TERZA FASE: SVILUPPO - 1.1.4. QUARTA FASE: RISOLUZIONE - 1.2. I COMPITI PSICOLOGICI - 1.3. I RUOLI NELLA RELAZIONE - 1.3.1. RUOLI FISSI E DINAMICI - 1.3.2. I RUOLI DELL'INFERMIERE E DEL PAZIENTE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 2. IL MODELLO COREM - 2.1. LA CONSAPEVOLEZZA DI SÉ - 2.2. IL MODELLO COREM: LE EMOZIONI - 2.3. IL MODELLO COREM: LA COMUNICAZIONE - 2.3.1. LA FLESSIBILITÀ COMUNICATIVA - 2.3.2. GLI OSTACOLI ALLA COMUNICAZIONE - 2.3.3. GLI ASSIOMI DELLA COMUNICAZIONE - 2.3.4. LE COMPETENZE UTILI PER COMUNICARE - 2.3.5. LA COMUNICAZIONE EMPATICA - 2.4. IL MODELLO COREM: LA RELAZIONE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 3. L'OSSERVAZIONE - 3.1. ELEMENTI DELL'OSSERVAZIONE - 3.2. L'INTUITO: L'IRRAZIONALITÀ DELL'OSSERVAZIONE - 3.3. LA PERCEZIONE DEL TEMPO: UNA VARIANTE INDISPENSABILE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - PARTE SECONDA. LA RELAZIONE NELLA PRATICA CLINICA INFERMIERISTICA - 4. IL PENSIERO IRRAZIONALE - 4.1. IL PENSIERO IRRAZIONALE DELL'INFERMIERE «SEMPRE BUONO» - 4.2. DESCRIZIONE DEL PENSIERO IRRAZIONALE - 4.3. I COMPITI PSICOLOGICI DI PEPLAU: IMPARARE A CONTARE SUGLI ALTRI - 4.4. EQUANIMITÀ, ACCOGLIENZA, MATERNAGE E RÉVERIE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 5. L'IMPULSIVITÀ - 5.1. IL DISTURBO DI PERSONALITÀ DELL'INFERMIERE «AVVOCATO DELLE CAUSE PERSE» - 5.2. LE «REGOLE» NECESSARIE PER CONTENERE L'IMPULSIVITÀ - 5.3. I COMPITI PSICOLOGICI DI PEPLAU: RITARDARE LA SODDISFAZIONE - 5.4. IL CONTENIMENTO EMOTIVO - 5.5. IL SETTING - 5.5.1. UN CONTENITORE A TRE DIMENSIONI - 5.6. REGOLE, ACCONDISCENDENZA ED ESERCIZIO DELL'AUTORITÀ. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 6 LA TRISTEZZA - 6.1. L'INFERMIERE «STANCO» - 6.2. ASPETTI DELL'ATTEGGIAMENTO DEPRESSO - 6.2.1. I PENSIERI NEGATIVI - 6.2.2. TRISTEZZA E PERSONALITÀ DIPENDENTE: LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE - 6.3. I COMPITI PSICOLOGICI DI PEPLAU: LA CAPACITÀ DI AUTOIDENTIFICAZIONE - 6.4. STIMOLAZIONE: MOVIMENTO E STASI - 6.4.1. LA «TRISTEZZA» DELLA DIMISSIONE - 6.5. LA CAPACITÀ DI ASCOLTO - 6.5.1. ASCOLTO SENZA INTERRUZIONE - 6.5.2. ASCOLTARE: UN MODO PER DARE OSPITALITÀ - 6.6. LA RIFORMULAZIONE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 7. L'ANSIA - 7.1. L'ANSIA DELL'INFERMIERE «IMPULSIVO» - 7.2. CARATTERISTICHE DELLO STATO ANSIOSO - 7.3. I COMPITI PSICOLOGICI DI PEPLAU: SVILUPPARE CAPACITÀ DI PARTECIPAZIONE - 7.4. «ACCADRÀ QUALCOSA DI TERRIBILE» - 7.5. STRATEGIE E TECNICHE PER LA RISOLUZIONE DEI PROBLEMI DI ANSIA - 7.5.1. CONSIGLI PER EVITARE LA MANIPOLAZIONE - 7.5.2. FRASI INVITO - 7.5.3. STRATEGIE COGNITIVE - 7.5.4. STRATEGIE FISICHE - 7.5.5. STRATEGIE EMOTIVE - 7.5.6. STRATEGIE SISTEMICO-RELAZIONALI IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA. CONCLUSIONI. NOTE. BIBLIOGRAFIA

Craig Mitton, Cam Donaldson

COME STABILIRE LA PRIORITÀ IN SANITÀ. UNA GUIDA ALL'APPLICAZIONE DELL'ECONOMIA NEL PROCESSO DECISIONALE

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2006, PP. 203, € 22,00

Il priority setting (la determinazione di una scala di priorità sulla base dell'esperienza conseguita) è una capacità di cui deve essere dotato chiunque si occupi di management sanitario. Donaldson e Mitton passano in rassegna le differenti metodologie, schierandosi decisamente a favore di un approccio basato sull'economia, PBMA (programme budgeting and marginal analysis). Basandosi sulla propria ricca esperienza internazionale e su un peculiare programma di ricerca in collaborazione, gli autori mostrano come grazie al PBMA si possano basare le decisioni su concetti economici validi tenendo conto delle complessità dell'assistenza sanitaria e di tutti i problemi relativi al beneficio dei pazienti e del pubblico. Il libro fornisce il background accademico nonché gli strumenti metodologici di implementazione, fornendo a clinici e manager i mezzi per programmare la prestazione ottimale dell'assistenza sanitaria entro un budget fisso.

INDICE PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE ITALIANA: ANALISI ECONOMICA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA, F. TARONI - PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA, C. MITTON, C. DONALDSON - PREFAZIONE - PARTE PRIMA: I PRECEDENTI - 1. INTRODUZIONE - 2. CONCETTI ECONOMICI - PARTE SECONDA: APPROCCI AL PRIORITY SETTING - 3. APPROCCI «NON ECONOMICI» AL PRIORITY SETTING - 4. APPROCCI «ECONOMICI» AL PRIORITY SETTING - PARTE TERZA: ELABORAZIONE DEI BUDGET DI PROGRAMMA E ANALISI MARGINALE (PBMA) - 5. IMPLEMENTAZIONE DEL PBMA IN DETTAGLIO - 6. EVOLUZIONE DEL PBMA E DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI - 7. STUDI DI CASO DI PBMA IN GRAN BRETAGNA E IN CANADA - PARTE QUARTA: PROBLEMI DEL PRIORITY SETTING ESPlicito - 8. I PROBLEMI DEI DATI E DEL TEMPO - 9. I PROBLEMI DEL DISINVESTIMENTO E DEI BUDGET DI PROGRAMMA 129 - 10. I PROBLEMI DELLA MISURAZIONE E DELLA VALUTAZIONE DEI BENEFICI: METODI BASATI SULL'ECONOMIA - 11. IL PROBLEMA DEL COINVOLGIMENTO DEL PUBBLICO - 12. IL PROBLEMA DELL'ORGANIZZAZIONE - PARTE QUINTA: CONCLUSIONI - 13. RIEPILOGO DEL TOOLKIT E RACCOMANDAZIONI - INDICE ANALITICO

Daniela Tartaglini

L'INFERMIERE E LA COMUNITÀ. TEORIE E MODELLI ORGANIZZATIVI PER IL LAVORO SUL TERRITORIO

CARROCCI FABER, ROMA, 2006, PP. 191, € 18,50

Il volume descrive le finalità e gli obiettivi dell'infermieristica comunitaria e le competenze necessarie all'infermiere per poter contribuire alla valutazione dei bisogni sociosanitari, alla pianificazione degli interventi di informazione ed educazione alla salute, alla realizzazione di piani di riabilitazione, all'attivazione di risorse e servizi per garantire all'utente quella continuità di interventi rispondente alle sue specifiche necessità. Vengono illustrati modelli concettuali e metodologie per la pianificazione di interventi infermieristici comunitari, che comprendano anche nuove strategie organizzative, rispondendo così alle necessità assistenziali di specifiche categorie di utenza (immigrati, emarginati, anziani, persone con malattie croniche o affette da disturbi mentali) e identificando nuovi bisogni di salute.

INDICE PREFAZIONE - INTRODUZIONE - 1. COMUNITÀ E ASSISTENZA SANITARIA DI BASE - 1.1. DEFINIZIONE DI COMUNITÀ - 1.2. COMUNITÀ, SALUTE E LAVORO DI CURA - 1.2.1 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE - 1.2.2. LO SVILUPPO DELLE CURE COMUNITARIE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 2. SALUTE GLOBALE, SANITÀ PUBBLICA E INFERMIERISTICA COMUNITARIA - 2.1. CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE - 2.2. INFERMIERISTICA COMUNITARIA: DEFINIZIONE, FINALITÀ E OBIETTIVI - 2.3. ARGOMENTAZIONI E MODELLI CONCETTUALI: ASPETTI GENERALI - 2.3.1. LA BUONA VITA COME QUESTIONE FILOSOFICA - 2.3.2. LA BUONA VITA COME UN'ESPERIENZA - 2.3.3. BUONA VITA E CONSAPEVOLEZZA GENERALE DI AMBIENTE - 2.3.4. DIFFERENTI ASPETTI DELLA BUONA VITA - 2.4. TEORIE INFERMIERISTICHE PER L'ASSISTENZA COMUNITARIA - 2.5. COMPETENZE, AMBITI DI INTERVENTO E ATTIVITÀ - 2.5.1. LE COMPETENZE CHIAVE - 2.5.2. LE COMPETENZE RIGUARDANTI LE CONOSCENZE DI BASE E LA PROMOZIONE DI UNA BUONA VITA - 2.5.3. LE COMPETENZE RIGUARDANTI IL LAVORO MULTIPROFESSIONALE - 2.5.4. LE COMPETENZE RIGUARDANTI LA DIVERSITÀ DEI CLIENTI - 2.5.5. AMBITI D'INTERVENTO - 2.5.6. LE COMPETENZE SPECIFICHE RIGUARDANTI LA PRATICA DELL'INFERMIERISTICA COMUNITARIA - 2.6. L'ESERCIZIO PROFESSIONALE E IL PROCESSO DI PROFESSIONALIZZAZIONE - 2.7. L'ESERCIZIO LIBERO PROFESSIONALE - 2.8. LA CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA - 2.8.1. LA PUBBLICITÀ SANITARIA - 2.9. NORME DI COMPORTAMENTO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PER L'ESERCIZIO AUTONOMO. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 3. INFERMIERISTICA DI DISTRETTO, ANNA DE BENEDICTIS - 3.1. IL DISTRETTO - 3.2. BREVE STORIA DEL DISTRETTO - 3.3. LE ATTIVITÀ GARANTITE DAI DISTRETTI - 3.4. MODELLO TEORICO-ORGANIZZATIVO DEI DISTRETTI - 3.5. INFERMIERISTICA DI DISTRETTO. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 4. INFERMIERISTICA DOMICILIARE - 4.1. L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) - 4.2. AMBITI E COMPETENZE DELL'ADI - 4.3. INFERMIERISTICA DOMICILIARE: MODELLI CONCETTUALI E COMPETENZE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 5. INFERMIERISTICA AMBULATORIALE - 5.1. FINALITÀ E OBIETTIVI DEL SERVIZIO - 5.2. MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 6. INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA - 6.1. FINALITÀ E OBIETTIVI - 6.2. MODELLI CONCETTUALI DI RIFERIMENTO. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 7. INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE, ANNA DE BENEDICTIS - 7.1. DEFINIZIONE - 7.2. IMMIGRAZIONE: ALCUNI DATI STATISTICI SULLA SITUAZIONE ATTUALE - 7.3. IL PROFILO DI SALUTE DEL SOGGETTO IMMIGRATO - 7.4. L'EFFETTO MIGRANTE SANO - 7.5. IL NUOVO PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005 - 7.6. LA NORMATIVA SANITARIA ITALIANA E L'ACCESSIBILITÀ AI SERVIZI SANITARI - 7.7. MADELEINE LEININGER E IL NURSING TRANSCULTURALE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 8. RETE DEI SERVIZI E CONTINUITÀ DELLE CURE - 8.1. ARGOMENTAZIONI, GIOVANNA MASTROPASQUA - 8.2. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DIMISSIONE PROTETTA, TERESA IORI - 8.2.1. MODELLO ORGANIZZATIVO. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 9. CURE PALLIATIVE E HOSPICE, TERESA IORI - 9.1. DEFINIZIONE - 9.2. CHI È IL PAZIENTE IN FASE TERMINALE - 9.3. QUALITÀ DI VITA - 9.4. STORIA DELLE CURE PALLIATIVE IN ITALIA E NEL MONDO - 9.5. L'ÉQUIPE DI CURE PALLIATIVE - 9.5.1. L'INFERMIERE - 9.5.2. IL MEDICO - 9.5.3. I VOLONTARI - 9.5.4. LO PSICOLOGO E IL COUNSELLOR - 9.5.5. IL FISIOTERAPISTA - 9.5.6. L'ASSISTENTE SOCIALE - 9.5.7. L'ASSISTENTE SPIRITUALE - 9.5.8. ALTRE FIGURE - 9.6. I SERVIZI PER LE CURE PALLIATIVE: HOSPICE E ASSISTENZA DOMICILIARE 128 - 9.6.1. DOMICILIO - 9.6.2. HOSPICE. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 10. CURE PSICHIATRICHE E DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI ROSA BRUNI - 10.1. DEFINIZIONE - 10.2. LA COMPETENZA RELAZIONALE - 10.3. LE FASI DELL'INTERVENTO INFERMIERISTICO - 10.3.1. ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO (VALUTAZIONE) - 10.3.2. PROGRAMMAZIONE - 10.3.3. ATTUAZIONE DEL PIANO E VALUTAZIONE - 10.4. I LUOGHI DI CURA - 10.4.1. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM) - 10.4.2. CURA - 10.5. LE FIGURE PROFESSIONALI DEL DSM - 10.6. INFERMIERISTICA PSICHIATRICA E LUOGHI DI CURA - 10.6.1. LA GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI CRISI - 10.6.2. RICOVERO - 10.6.3. TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO) - 10.6.4. TERAPIA FARMACOLOGICA - 10.6.5. CONTENZIONE FISICA. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 11. RETE DEI SERVIZI PER TOSSICODIPENDENTI, GIOVANNA MASTROPASQUA - 11.1. NUOVI APPROCCI ORGANIZZATIVI - 11.2. LA FENOMENOLOGIA DEGLI ABUSI - 11.3. IL TRATTAMENTO. IN SINTESI. DOMANDE DI AUTOVERIFICA - 12. RICERCHE APPLICATE ALL'INFERMIERISTICA COMUNITARIA, ILARIA STROCCHI - 12.1. LA RICERCA INFERMIERISTICA: ASPETTI GENERALI - 12.2. ALCUNI ESEMPI - NOTE. ALCUNI CONSIGLI DI LETTURA. GLI AUTORI

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

L. MIDTTUM, T.P. HAGEN

The private-public mix of healthcare: evidence from a decentralized NHS countries

Health Economics Policy and Law, vol. 1, part. 3, July 2006, pp. 277-299

D. MALVEY, M.D. FOTTLER

The retail revolution in Health Care: who will win and who will lose?

Health Care Management Review, vol. 31, n. 3, July/September 2006, pp. 168-179

R.C. J.A. VAN VLIET

Free choice of health plan combined with risk-adjusted capitation payments: are switchers and new enrollees good risks?

Health Economics, vol. 15, n. 8, August 2006, pp. 763-775

V. ATELLA, F. PERACCHI, D. DEPALO, C. ROSSETTI

Drug compliance, co-payment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients

Health Economics, vol. 15, n. 8, January 2006, pp. 875-893

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

S.C. SOEUNG, J. GRUNDY, J. MAYNARD, A. BROOKS, M. BORELAND, D. SARAK, K. JENKINSON, B.A. BIGGS

Financial sustainability planning for immunization services in Cambodia

Health Policy and Planning, vol. 21, n. 4, July 2006, pp. 75-79

T.C. BUCHMUELLER, M. JACOBSON, C. WOLD

How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care

Journal of Health Economics, vol. 25, n. 4, 2006, pp. 740-762

A. DIXON, J. LE GRAND

Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS

Journal of Health Services Research and Policy, vol. 11, n. 3, July 2006, pp. 162-167

T.M. WICKIZER, A. KRUPSKI, K.D. STARK, D. MANCUSO, K. CAMPBELL

The effect of substance abuse treatment on medical expenditures among general assistance welfare clients in Washington State

The Milbank Quarterly, vol. 84, n. 3, 2006, pp. 555-577

ECONOMIA DEL FARMACO

K.A. PHILLIPS

The intersection of biotechnology and pharmacogenomics: health policy implication

Health Affairs, vol. 25, n. 5, September/October 2006, pp. 1271-1281

DAG MORTEN DALEN, STEINER STROM, TONJE HAABETH

Price regulation and generics competition in the pharmaceutical market

The European Journal of Health Economics, vol. 7, n. 3, September 2006, pp. 208-214

J. MUNAKATA, J.S. BENNER, S. BECKER, C.M. DEZII, H. HAZARD, J.C. TIERCE

Clinical and economic outcomes of nonadherence to highly active antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus

Medical Care, vol. 44, n. 10, October 2006, pp. 893-900

W.H. SHRANK, S.M. ASCH, J. ADAMS, C. SETODJI, E.A. KERR, J. KEESEY, S. MALIK, E.A. MCGLYNN

The quality of pharmacologic care for adults in the United States

Medical Care, vol. 44, n. 10, October 2006, pp. 936-946

M.M. BYRNE, P. THOMPSON

Collective equipoise, disappointment, and the therapeutic misconception: on the consequences of selection for clinical research

Medical Decision Making, vol. 20, n. 5, September/October 2006, pp. 467-480

D.M. EDDY

Accuracy versus transparency in pharmacoeconomics modeling: finding the right balance

PharmacoEconomics, vol. 24, n. 9, 2006, pp. 833-836

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

G. MEADS, A. WILD, F. GRIFFITHS, M. IWAMI, P. MOORE

The management of new primary care organizations: an international perspective

Health Services Management Research, vol. 19, n. 3, August 2006, pp. 166-174

TIN TIN SU, SUBHASH POKHREL, A. GBANGOU, S. FLESSA
Determinants of household's health expenditure on western institutional healthcare Price regulation and generics competition in the pharmaceutical market
The European Journal of Health Economics, vol. 7, n. 3, September 2006, pp. 199-208

B. HOLLINGSWORTH, A. STREET
The market for efficiency analysis of health care organisations
Health Economics, vol. 15, n. 10, October 2006, pp. 1055-1061

P. HUTCHINSON, J. AKIN, F. SSENGOOBA
The impact of decentralization on health care seeking behaviors in Uganda
International Journal of Health Planning and Management, vol. 21, n. 1, July/September 2006, pp. 239-271

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

S. JIMÉNEZ-MARTÍN, J.M. LABEAGA, C.V. PRIETO
A sequential model of older workers' labor force transitions after a health shock
Health Economics, vol. 15, n. 9, September 2006, pp. 1033

V. HALSTEINLI, S.O. OSE, T.P. HAGEN
Allocation of labour to somatic and psychiatric specialist care. The effect of earmarked grants
Health Policy, vol. 78, n. 2-3, 2006, pp. 115-128

H.J. JIANG, B. FRIEDMAN, J.W. BEGUN
Sustaining and improving hospital performances: the effects of organizational and market factors
Health Care Management Review, vol. 31, n. 3, July/September 2006, pp. 188-197

M. BROWNING, A.M. DANO, E. HEINESEN
Job displacement and stress-related health outcomes
Health Economics, vol. 15, n. 10, October 2006, pp. 1055-1061

P. HUTCHINSON, J. AKIN, F. SSENGOOBA
The dynamics of the health labor market
International Journal of Health Planning and Management, vol. 21, n. 2, April/June 2006, pp. 101-117

D.Y. HUNG, T.G. RUNDALL, D.J. COHEN, A.F. TALLIA, B.F. CRABTREE
Productivity and turnover in PCPs: the role of staff participation in decision-making
Medical Care, vol. 44, n. 10, October 2006, pp. 946-952

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

Y. EGGLY, P. HALFON, M. CHIKHI, T. BANDI
Ambulatory healthcare information system: a conceptual framework
Health Policy, vol. 78, n. 1, 2006, pp. 26-39

P.K. NARAYAN
Examining structural breaks and growth rates in international health expenditures
Journal of Health Economics, vol. 25, n. 51, 2006, pp. 877-891

F. ZENG, J.F. O'LEARY, E.M. SLOSS, M. S. LOPEZ, N. DHANANI, G. MELNICK
The effect of Medicare health maintenance organizations on Hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions
Medical Care, vol. 44, n. 10, October 2006, pp. 900-908

Y.C. LEE, M.C. YANG, Y.T. HUANG, C.H. LIU, S.B. CHEN
Impacts of cost containment strategies on pharmaceutical expenditures of the National Health Insurance in Taiwan, 1996-2003
PharmacoEconomics, vol. 24, n. 9, 2006, pp. 891-902

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

J. VAN KAMMEN, C.W. JANSEN, G.J. BONSEL, J.A.M. KREMER, J.L.H. EVERS, J.W. WLADIMIROFF
Technology assessment and knowledge brokering: the case of assisted reproduction in The Netherlands
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 22, n. 3, 2006, pp. 302-307

D. REED, R.M. CALIFF, K.A. SHULMAN
How changes in Drug-Safety Regulations affect the way drug and biotech invest in innovation?
Health Affairs, vol. 25, n. 5, September/October 2006, pp. 1309-1318

W. PHILLIPS, T. JOHNSEN, N. CALDWELL, M.A. LEWIS
Investigating innovation in complex health care supply networks: an initial conceptual framework
Health Services Management Research, vol. 19, n. 3, August 2006, pp. 197

W. ROGOWSKI
Genetic screening by DNA technology: a systematic review of health economic evidence
International Journal of Technology Assessment in Health Care, vol. 22, n. 3, 2006, pp. 302-307

VALUTAZIONI ECONOMICHE

D. PARKIN, N. DEVLIN
Is there a case for using visual analogue scale valuations in cost-utility analysis?
Health Economics, vol. 15, n. 7, July 2006, pp. 653-665

J. HTRIDE-STIRLING, C. HUMPHREY, B. TENNISO, J. CORNWELL
Gathering data for health care regulation: learning from experience in England
Journal of Health Services Research and Policy, vol. 11, n. 3, October 2006, pp. 202-211

G. RICHARDSON, M. SCULPHER, A. KENNEDY, E. NELSON, D. REEVES, C. ROBERTS, A. ROBERTS, A. ROBINSON, A. ROGERS, D. THOMPSON
Is self-care a cost-effective use of resources? Evidence from a randomized trial in inflammatory bowel disease

Journal of Health Services Research and Policy, vol. 11, n. 3, October 2006, pp. 225-231

M.J. SCULPHER, K. CLAXTON, M. DRUMMOND, C. McCABE
Whither trial-based economic evaluation for health care decision making?

Health Economics, vol. 15, n. 7, July 2006, pp. 677-689

A. BASU, B.V. ARONDEKAR, P.J. RATHOUZ

Scale of interests versus scale of estimation: comparing alternative estimators for the incremental costs of co-morbidity

Health Economics, vol. 15, n. 10, October 2006, pp. 1091-1109

T.E. GETZEN

Aggregation and the measurement of Health Care costs

Health Services Research, vol. 41, n. 5, October 2006, pp. 1938-1955