

# MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVI – N. 63 LUGLIO-SETTEMBRE 2007

## IN QUESTO NUMERO

### PUNTO DI VISTA

**3** Salute: un bisogno, tante dimensioni

*Elio Borgonovi*

### SAGGI

**9** Le collaborazioni pubblico-privato per la gestione dei servizi sanitari: riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze internazionali e nazionali

*Giulia Cappellaro, Marta Marsilio*

**37** Comunicazione del rischio e prevenzione

*Aldo Lamberto, Rosella Levaggi*

**49** L'attitudine manageriale dei medici tra caratteristiche attributive e relazionali. Evidenze da un'indagine empirica

*Francesca Pallotti*

### MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

**69** Il costo dell'intervento chirurgico in laparoscopia mediante l'activity-based costing

*Lino Cinquini, Paola Miolo, Arianna Pitzalis, Cristina Campanale*

**93** La Clinical Governance nell'esperienza europea di un fornitore privato di terapia dialitica

*Silvia Civardi, Guido Giordana, Andrea Stopper*

**107** Governo clinico e gestione operativa: un sistema integrato per la programmazione e il controllo

*Andrea Frignani, Antonio Nava, Guido Broich*

**127** La variabilità del tasso di ospedalizzazione nella Regione Veneto

*N. Mezzomo, C. Cassol, A. Nascimben, F. Niero, F. Sala, P.P. Faronato*

**161** Interazione/integrazione tra pubblico e privato per l'erogazione di servizi sanitari: il caso delle Medicine non convenzionali

*Claudia Tacchino*

### STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

**185** Novità bibliografiche

## 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**

#### EDITOR IN CHIEF

**Mario Del Vecchio**

#### EDITORIAL BOARD

**Antonio Botti**

**Antonio Barretta**

**Pier Luigi Catalfo**

**Maria Caterina Cavallo**

**Denita Cepiku**

**Lino Cinquini**

**Luca Del Bene**

**Manuela S. Macinati**

**Antonio Nisio**

**Elisabetta Reginato**

**Salvatore Russo**

**Paola Saracino**

#### SEGRETERIA DI REDAZIONE

**Silvia Tanno**

#### DIRETTORE EDITORIALE

**Anna Gemma Gonzales**

#### **DIREZIONE**

00197 Roma – Viale Parioli, 77  
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386  
Fax 06.80.85.817  
E-mail: sipised@tin.it

#### **REDAZIONE**

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

#### **PUBBLICAZIONE**

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

#### **PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA**

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

# Salute: un bisogno, tante dimensioni

ELIO BORGONOVÌ

*Il 22 agosto 2007 una madre chiede alla Asl di Benevento una visita odontoiatrica per la figlia. Il computer risponde che la prima data disponibile è aprile 2010. La notizia viene data come nota di curiosità, ma in modo non troppo velato come una ulteriore conferma delle inefficienze e delle disfunzioni del sistema sanitario nazionale, da tutti i media e dai telegiornali (sesta o settima notizia del palinsesto). Più o meno negli stessi giorni, una delle più prestigiose riviste mediche del mondo presenta i risultati di una ricerca sull'assistenza in campo oncologico e pone l'Italia tra i Paesi che in assoluto hanno i migliori risultati di salute ottenuti, ossia di pazienti per i quali l'assistenza ha consentito i tassi più elevati di esiti positivi, ossia di vite salvate. La notizia ha grande risalto nel Regno Unito dove suscita grandi polemiche perché il sistema di quel Paese si classifica invece tra quelli peggiori, mentre in Italia (giudicato dai sudditi di Sua Maestà un «modello di eccellenza» da imitare) la notizia è data con un risalto diciamo «medio» dalla carta stampata, ma non si guadagna «gli onori» dei telegiornali e quindi della gran massa degli italiani.*

*Nella sfida tra «uno (un appuntamento dopo tre anni per un problema non troppo grave) contro cento» e, forse, migliaia (di vite salvate), evocando un seguitissimo quiz televisivo, sul piano mediatico ha vinto l'uno.*

*Non solo, ma ha vinto una «presunta (incredibile) informazione» contro migliaia o centinaia di fatti dimostrati da una ricerca durata per anni con rigore metodologico scientifico. Presunta disfunzione poiché è probabile che il caso di Benevento sia dovuto ad un errore nel sistema informativo, o ad una dimenticanza nell'aggiornare il programma delle prenotazioni o nell'inserire la disponibilità dei medici e il sistema informatico, per quegli strani misteri che caratterizzano le tecnologie avanzate, ha «sparato» una data qualsiasi (non sappiamo se la data fissata cadesse, magari, di domenica).*

*Il 18 agosto 2007 (sabato) un tranquillo sessantenne accorgendosi che un fastidioso arrossamento e gonfiore della gamba destra che lo tormenta da diversi giorni non è ancora passato e trovandosi in un paese piemontese di 15.000 abitanti, alle 14:00 decide di «farsi vedere» da un medico. Si reca presso il presidio ambulatoriale pubblico mantenuto dopo la trasformazione del locale ospedale per acuti in una buona e funzionale struttura di riabilitazione, trova un medico di guardia che lo visita, esclude qualsiasi problema di una certa serietà (flebite o altro), prescrive una pomata antibiotica contro infiammazioni della pelle e lo rassicura con gentilezza. Il tutto gratuito. Non si tratta di un caso eccezionale, di particolare fortuna, poiché in Italia, almeno in molte Regioni, sono diffusi presidi ambulatoriali o di pronta disponibilità pubblici, o facenti capo al mondo della cosiddetta «sussidiarietà orizzontale» come sono le varie «Croci» o le varie organizzazioni di volontariato che operano nel settore. Nei mesi successivi vi sono stati (e in futuro vi saranno ancora continuamente) molti altri casi di reale o presunta malasanità, ma anche centinaia di migliaia di italiani che hanno ricevuto (e riceveranno) una buona assistenza, di cui non si parla mai sui media, poiché viene considerato ovvio che ciò debba avvenire. Tutti dovrebbero però riflettere sul fatto che quando si tratta di garantire i servizi tramite organizzazioni complesse, nulla è automatico e sarebbe necessario confrontare il numero e l'incidenza di eventi positivi con quelli di eventi negativi, a volte purtroppo drammatici.*

*Anche il ticket di importo più elevato in caso di ricorso improprio al pronto soccorso in Italia rappresenta un costo (economico e sul piano dell'equità) assai inferiore a quello del sistema USA messi in evidenza da decine di analisi, da tutti i candidati alle primarie per le elezioni del prossimo anno (democratici e repubblicani) e dal film «Sicko» di Michael Moore uscito sugli schermi italiani, manco a farlo apposta, in agosto 2007. Certamente un film non è un documento, né un documentario scientifico e usa un linguaggio specifico per passare «messaggi» secondo modalità e sfruttando l'emotività collegata allo strumento cinematografico. È poi noto che Michael Moore è considerato da alcuni una specie di «coscienza critica» che dà voce all'altra faccia, o alle altre facce, del dorato mondo USA e più in generale di una società che ha fatto della ricchezza il proprio mito e il proprio parametro di giudizio e che non si preoccupa di affrontare e risolvere gli aspetti meno positivi di un certo tipo di sviluppo. Da altri (i suoi critici) è considerato invece una specie di ideologico fustigatore di un modello sociale ed economico, quello del capitalismo globale, tecnologico e produttivistico che ha costruito la sua fama, il suo successo e la sua ricchezza sulla «spettacolarizzazione ed estremizzazione di alcune disfunzioni, o lati negativi» presenti in ogni società umana. Comunque, qualunque sia il giudizio sul regista, il fatto che il film abbia suscitato un ampio e articolato dibattito negli USA, abbia in un certo senso contribuito a mettere il «dito nella piaga» e a far discutere i diretti interessati (pazienti, medici e altri professionisti, operatori delle assicurazioni sanitarie, politici, uomini di impresa, ecc.) significa che il problema di un sistema di tutela della salute non soddisfacente è reale ed è percepito come uno dei «problemi critici» della società. Peraltro, ogni Lettore può «valutare anche sulla base di esperienze vissute direttamente o, indirettamente, tramite altre persone conosciute e affidabili, se nel Regno Unito, in Francia, in Germania, in Canada, in Giappone, in USA o in altri Paesi progrediti un sessantenne nelle condizioni di quello ricordato avrebbe trovato una assistenza uguale, gratuita o al costo equivalente al massimo al ticket richiesto da un Pronto soccorso italiano per visite senza accertamenti diagnostici.*

*Sempre ad agosto 2007 è stata diffusa la notizia che da un Rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità viene un preoccupato allarme sui fattori di rischio della salute nella società moderna. Il rischio che le epidemie e i contagi possano trasmettersi più velocemente e su scala mondiale e possano essere più difficilmente controllabili e confinabili a causa dell'enorme mobilità delle persone (ad esempio, due miliardi di persone che ogni anno utilizzano l'aereo). Il rischio collegato ad alcune decine di nuove malattie manifestatesi e identificate negli ultimi decenni, malattie spesso difficili da diagnosticare (come nel caso della SAARS), per le quali è ancor più difficile trovare in tempi brevi cure o vaccini efficaci e quindi difficili da combattere. Rischi connessi al fatto che virus e altri agenti patogeni (ad esempio insetti portatori di malattie) sono diventati sempre più resistenti ai farmaci.*

*Numerose ricerche hanno diagnosticato un incremento esponenziale di malattie dell'apparato respiratorio e di allergie di ogni tipo che sono riconducibili all'inquinamento atmosferico e in generale a fattori di degrado ambientale. Malattie e allergie che ogni anno sono causa di migliaia di morti, di un peggioramento della qualità di vita delle persone colpite, di un notevole incremento dei costi per diagnosi, cure, riabilitazione.*

*Il susseguirsi di informazioni su giocattoli e altri prodotti pericolosi o nocivi per la salute, di cibi (specie conservati) per i quali non sono rispettate elementari condizioni igienico-sanitarie, di vestiti «fuori norma» che causano malattie della pelle non fanno solo parte delle «guerre concorrenziali ed economiche» contro la Cina ed altri produttori «a basso costo», ma evidenziano rilevanti aspetti e ricadute sulla salute e sui costi di sua tutela, correlati al modello di globalizzazione che si è imposto negli ultimi anni, basato sulla produttività (e non sulle garanzie di qualità, per non parlare degli aspetti dei diritti umani e politici) e sul basso costo dei beni o servizi per i consumatori (e non sulla loro tutela rispetto a «effetti collaterali» sulla loro salute).*

*Dopo le «campagne contro il fumo» che hanno prodotto significative, anche se non definitive, modificazioni dei comportamenti, e che vengono considerate un caso di successo in*

Europa, in questi ultimi mesi si è diffusa una notevole, crescente e generalizzata sensibilità nei confronti dell'obesità. Alle ricerche sul crescente numero di obesi in moltissimi Paesi del mondo (compresa la parte della popolazione «ricca» di Cina, India e di altri Paesi con forte sviluppo economico) e alle analisi sui rischi e sui costi delle patologie correlate all'obesità, hanno fatto seguito nei mesi scorsi proposte quali la politica di riduzione della retribuzione ai dipendenti «obesi» minacciata da alcune imprese USA (già seguite o che saranno seguite da imprese di altri Paesi) o la proposta di un sindaco italiano di riconoscere un incentivo (50 euro) ai propri cittadini che dimostrino di essere riusciti a diminuire il proprio peso e ad uscire dalla categoria «a maggior rischio sanitario» degli obesi. Problema mondiale, o almeno dei Paesi ricchi, o della parte ricca dei Paesi che presentano la contraddizione di avere una parte significativa di popolazione povera, tanto da indurre la OECD-OCSE ad avviare uno specifico progetto di ricerca sull'obesità.

Attenzione che, peraltro, non significa che sia stato risolto il problema contrario, quello della malnutrizione e della povertà che colpisce ancora circa 3 miliardi della popolazione mondiale, problema sul quale non deve diminuire l'attenzione né la tensione e l'impegno dei Paesi ricchi, delle istituzioni internazionali e delle organizzazioni non governative, che operano nel campo della cooperazione e dello sviluppo. Da tempo è nota, e pressoché unanimemente accettata, la relazione che lega povertà e salute e che determina il «circolo vizioso» secondo cui:

a) la condizione di povertà non consente un adeguato livello di spesa per la tutela della salute delle popolazioni;

b) la mancanza di livelli minimi di salute, impedisce o riduce enormemente la «capacità lavorativa» delle popolazioni e, insieme ad altri fattori quali guerre tribali, mancanza di istruzione, scarsa propensione imprenditoriale, mancanza di tecnologie, ecc., impedisce di rompere il vincolo della povertà e di avviare e sostenere processi di sviluppo.

Sul piano dei comportamenti altri aspetti meritano di essere ricordati. I casi di medici e di altri operatori che, di fronte alle liste d'attesa, reali o create artatamente da qualcuno, chiedevano a pazienti pagamenti indebiti per anticipare interventi chirurgici o altre prestazioni o orientavano i pazienti verso strutture private «a pagamento» (casi che periodicamente sono saliti agli onori, termine quanto mai improprio, della cronaca). Si tratta peraltro di situazioni che continuano a manifestarsi. Ad essi si aggiungono i casi in cui alcune strutture di offerta hanno chiesto il pagamento alle Regioni di prestazioni mai effettuate o di prestazioni diverse da quelle realmente effettuate al fine di ottenere maggiori entrate. Ad essi si aggiungono i casi, ben più drammatici, in cui la disattenzione di operatori nell'uso di tecnologie (esempio scambio di tubi dell'ossigeno in reparti di terapia intensiva) o la mancata manutenzione e controllo su attrezzature e apparecchiature, hanno causato e, purtroppo, anche in futuro causeranno morti per errore umano o gravi conseguenze negative sullo stato di salute di pazienti.

Ci sono poi le situazioni che pongono rilevanti problemi etici. Si fa riferimento ad un caso di aborto selettivo di gemelli che, per un tragico errore umano o per altri eventi quali lo spostamento dei feti, è stato eliminato il feto sano anziché quello malformato. Ancora, le situazioni di pazienti ridotti allo stato neurovegetativo che sono mantenuti in vita per anni, a volte molti, con il supporto di apparecchiature e per le quali si pongono laceranti, per le persone coinvolte (parenti e amici) e per la società, problemi etici. Il progresso scientifico e tecnologico ha spostato la frontiera della tutela della salute, consentendo nuove opportunità sul piano scientifico e tecnico, ma aprendo al tempo stesso nuove frontiere sul piano etico, morale, filosofico e religioso.

Anche l'aumento della durata di vita media della popolazione, fa sorgere un intreccio e una complessità di aspetti che non ha uguali in altri settori della società. L'invecchiamento della popolazione pone problemi rilevanti di sostenibilità economica, in quanto una parte consi-

stente della spesa per la tutela della salute è riferibile alla popolazione anziana. Alcuni studiosi stimano che il fattore invecchiamento della popolazione (in misura rilevante), la disponibilità di tecnologia, farmaci, vaccini, protesi sempre più sofisticate, efficaci ma ad elevato costo, e altri fattori possano determinare spinte strutturali che porterebbero ad un livello di spesa ben superiore all'attuale 16% degli USA (quella più elevata), che tenderebbe addirittura al 25-30% del Pil. Ciò vuol dire che saranno necessarie profonde modificazioni della struttura economica dei Paesi progrediti, e non solo delle politiche di tutela della salute, o che si dovranno adottare politiche esplicite o comportamenti di fatto sempre più «selettivi» nei confronti di patologie (esempio dialisi non più garantite oltre un certo limite di età, livelli essenziali di assistenza garantiti sempre più lontani dai livelli possibili dato lo stato delle conoscenze, con necessità di integrazione da parte di Regioni (o comunità locali), singoli individui (tramite assicurazioni o fondi integrativi), forme di solidarietà (fondi integrativi di particolari gruppi della popolazione), forme di sussidiarietà orizzontale (esempio intervento del volontariato o associazioni di autotutela della salute). L'invecchiamento della popolazione pone poi rilevanti problemi di riconversione del sistema di offerta con la progressiva riduzione delle strutture per la cura delle patologie acute e il potenziamento delle strutture di assistenza domiciliare o comunque extraospedaliera (cure primarie e assistenza sul territorio), delle strutture e delle forme di assistenza di lungoperiodo (lungodegenza), di strutture e di forme di assistenza (che non è ovviamente solo sanitaria) degli anziani. La riconversione di ospedali e strutture per acuti, in strutture per lungodegenti, in RSA, in strutture di riabilitazione, sono problemi da affrontare con rapidità e con efficacia se non si vuole che aumenti ulteriormente il divario tra esigenze (bisogni reali), attese delle persone (che influenzano ovviamente il livello di soddisfazione), quantità e soprattutto qualità dell'offerta.

Infine, la tendenza all'invecchiamento della popolazione, favorito da molteplici fattori ma sicuramente anche da un gran progresso delle conoscenze, delle politiche e degli interventi di tutela della salute, incide sul rapporto tra anziani e famiglie (un numero sempre minore di famiglie è in grado di darsi carico direttamente degli anziani), sulla possibilità di garantire una accettabile qualità della vita ad anziani ospitati in strutture a loro dedicate, sulla crescente domanda delle persone che si danno carico dell'assistenza degli anziani presso le loro abitazioni (il fenomeno cosiddetto delle «badanti», in gran parte immigrate non sempre regolari).

Problema complesso, quello dell'allungamento della vita, che non può essere ridotto alla dimensione scientifica, poiché si estende ad aspetti delle politiche di programmazione sanitaria, di organizzazione dell'offerta dei servizi e di organizzazione sociale per arrivare, ancora una volta, ad aspetti etici. Alcuni mesi fa è uscito negli USA un libro, presentato come provocatorio di «fantasociologia» ma che poi ha costituito oggetto di un certo dibattito (per fortuna ridimensionato e sopito) nel quale si proponeva un'ipotesi, appunto provocatoria, su come affrontare in futuro il problema degli anziani e della sostenibilità delle spese sanitarie ad essi destinate: riconoscere ad essi il diritto, la libera scelta di «suicidarsi» dopo aver avuto la possibilità di esaudire un loro ultimo desiderio (il giro del mondo o altro). Il costo per la società di esaudire un ultimo desiderio sarebbe enormemente più basso dei costi connessi alla tutela della salute.

Il richiamo di fatti, di aspetti e di problematiche così eterogenee collegate alla tutela della salute ha il triplice scopo di:

- a) mettere in rilievo come spesso, si potrebbe dire troppo spesso, le analisi e il dibattito si concentrino su aspetti molto parziali e addirittura marginali rispetto alla complessità e alla multidimensionalità del fenomeno «tutela della salute» e ai molteplici livelli decisionali, istituzionali e sociali che sono coinvolti;
- b) sottolineare come l'intrinseca natura del fenomeno, salute e interventi finalizzati alla sua tutela, si presti alla «spettacolarizzazione mediatica» di fatti (quelli di malasanità, reale o presunta, così come l'annuncio di scoperte scientifiche «che consentiranno di curare ma-

*lattie oggi incurabili» o che, secondo alcune recenti stime, garantiranno «la sopravvivenza fino a 120 anni»), dei comportamenti (negativi di medici che sfruttano il loro potere per condizionare i pazienti, per chiedere pagamenti indebiti, ecc. oppure positivi come nel caso di operatori della salute che si prodigano, a volte anche a costo della propria vita, per popolazioni povere o senza assistenza, in occasione di emergenze umanitarie e sociali, per scoprire l'origine o la causa di nuove epidemie), dei prodotti mediatici (come fiction quali «Medici in prima linea», «Dr House» e simili che destano un elevato interesse e garantiscono un'alta audience);*

*c) richiamare comunque ogni persona che opera nel sistema alle proprie responsabilità e alla necessità di svolgere «al meglio» le proprie funzioni sul piano delle conoscenze (e del loro costante aggiornamento), dei comportamenti, della accettazione della verifica dei risultati: l'enorme complessità del fenomeno non esime nessuno (gli operatori della salute, i decisori delle politiche, gli stessi pazienti, gli operatori dell'informazione, i ricercatori o i formatori del settore) dall'obbligo professionale, istituzionale, morale e umano di identificare quali siano gli aspetti che possono essere influenzati da proprie scelte e da propri comportamenti, i possibili spazi di miglioramento.*

*Le considerazioni svolte hanno anche lo scopo di mettere in evidenza i vari livelli di intervento:*

*a) quello di maggiore cooperazione e collaborazione internazionale (per affrontare con efficacia la lotta alle epidemie, alla diffusione delle malattie, alle malattie endemiche dei Paesi poveri);*

*b) quello delle relazioni interistituzionali collegato alla distribuzione dei poteri, dell'autonomia decisionale, dell'accesso alle risorse, della responsabilizzazione sul piano dell'assistenza, dell'efficienza e dell'economicità: si fa riferimento ai rapporti, che possono essere di collaborazione o di conflitto tra normative e politiche dello Stato (e dei suoi rapporti con istituzioni e organismi sovranazionali), delle Regioni, delle aziende sanitarie (territoriali, ospedaliere, universitarie, Irrcs, ecc.);*

*c) quello dei «comportamenti» individuali e sociali, dei vari soggetti più volte richiamati, che sono influenzati dalle «regole» del sistema (esempio, i controlli, forme di valutazione e responsabilizzazione), ma che sono determinanti per il funzionamento delle regole: di fronte agli stessi sistemi di regole si hanno risultati di salute molto diversi, poiché sono molto diversi i valori, la cultura, gli atteggiamenti, i comportamenti di singoli individui e di gruppi sociali;*

*d) quello delle relazioni che esistono tra dimensione economica, organizzativa, scientifica ed etico-morale: la semplice razionalità economica ed organizzativa (di sistema della salute e di singole istituzioni) non consente certo di risolvere i problemi, la razionalità «scientifica» genera le condizioni per soluzioni più soddisfacenti, ma di per sé non può essere esaustiva né assolutizzata. Il richiamo ai valori etico-morali e di umanizzazione, se resta a livello astratto, spesso è causa di conflitti ideal-ideologici più che aiutare a trovare soluzioni.*

*Oggi nei sistemi di tutela della salute si richiede la capacità di avere piena coscienza dell'enorme complessità e, al tempo stesso, della responsabilità di agire su specifici e ben definiti aspetti, quelli su cui ognuno riesce ad incidere realmente. Occorre avere la capacità di unire scienza, razionalità, pragmatismo, coscienza della centralità della persona (e non della malattia o dei servizi) e accettazione del senso della finitezza e dell'imperfezione dell'uomo. Occorre saper affrontare il problema nella sua globalità (anche del sistema che riguarda la vita delle persone), ma contemporaneamente saper identificare gli specifici ambiti su cui ognuno è chiamato ad intervenire.*

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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.



# Le collaborazioni pubblico-privato per la gestione dei servizi sanitari: riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze internazionali e nazionali

GIULIA CAPPELLARO, MARTA MARSILIO

*Public healthcare organisations are nowadays facing major challenges, due to the exigency of combining high quality levels in the delivery of healthcare services with cost containment needs. Although the use of Public Private Partnerships (PPP) has increasingly been addressed as a possible solution to the scarcity of public resources, systematic evidence-based analyses on the outcomes of such partnerships are still notably lacking. The article discusses the use of PPP in the delivery of health services with a direct impact on patients' health, mainly primary and outpatient care, inpatient curative care, clinical laboratory and diagnostic services. The research provides an extensive literature review on the most significant experiences implemented at both international and national level, underlining the main strengths and drawbacks faced. The final aim of the analysis is, therefore, to contribute to a first systematic evaluation on the effectiveness and long-term sustainability of the aforementioned modes of partnerships.*

## Note sugli autori

Giulia Cappellaro è ricercatrice CERGAS Bocconi  
Marta Marsilio è ricercatrice CERGAS Bocconi

## Attribuzione

Il presente articolo è frutto del lavoro integrato dei due autori. Tuttavia, sono imputabili a Giulia Cappellaro i §§ 3 e 4 e a Marta Marsilio i §§ 1, 2 e 5

## 1. Introduzione

Le difficoltà finanziarie del settore sanitario stanno inducendo le aziende sanitarie a dedicare sempre maggiore attenzione all'individuazione e introduzione di nuovi strumenti e modelli di gestione dei servizi, capaci di coniugare la qualità dell'offerta con il contenimento dei costi delle attività. Negli ultimi anni molte aziende sanitarie pubbliche hanno avviato operazioni di esternalizzazione di alcuni servizi (tipicamente quelli ausiliari), di *partnership* finanziaria (*project finance*, concessione di costruzione e gestione) per la realizzazione di investimenti di modifica dell'assetto istituzionale (creazione di fondazioni o società miste) per la gestione dei servizi (Amatucci, Lecci, 2006; Macinatti, 2006).

Il presente articolo analizza in particolare le forme di partenariato pubblico-privato (*PPP*, *public private partnership*)<sup>1</sup> inerenti alla gestione ed erogazione di servizi sanitari tipici. Con tale termine si è inteso restringere il campo di ricerca ai servizi direttamente connessi alla cura della persona, ovvero le attività di elezione ed emergenza, le prestazioni ambulatoriali e i servizi diagnostici e di laboratorio. Non costituiscono pertanto oggetto di analisi le forme e gli strumenti di collaborazione, quali il *project finance*, che coinvolgono il privato nel finanziamento e nella realizzazione di una nuova infrastruttura (es. costruzione o riqualificazione di divisioni od ospedali) e nella gestione di servizi ausiliari e di supporto (pulizia, manutenzio-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Le collaborazioni pubblico-privato nella letteratura economico-aziendale: chiavi interpretative per la costruzione del modello di analisi dei casi
3. La mappatura delle esperienze a livello internazionale
4. Il contesto nazionale e le sperimentazioni gestionali
5. Conclusioni

ne, mensa, ecc.), rispetto alla quale esiste già una significativa letteratura.

L'analisi della letteratura economico-aziendale ha evidenziato come vi sia, sul piano teorico, un consolidato dibattito in riferimento alle potenzialità e ai limiti applicativi del coinvolgimento del privato nel settore in esame. A livello empirico, tuttavia, si registra ancora una mancanza di analisi sistematiche in merito. Mentre sul fronte internazionale tendono a prevalere studi singoli su specifici casi o su limitate aree geografiche, in ambito nazionale si riscontrano ad oggi profonde lacune a livello di indagine applicata sulle esperienze in essere. L'esigenza di superare dibattiti basati su prese di posizioni ideologiche aprioristiche e di procedere ad analisi oggettive sugli *outcome* di tali esperienze riveste pertanto una crescente rilevanza, a seguito soprattutto dei segnali d'apertura offerti dal legislatore nazionale con riferimento alle modalità di attivazione delle suddette forme di partenariato<sup>2</sup>.

Il presente lavoro si propone, pertanto, di esaminare i più significativi contributi della letteratura sul tema e di fornire una raccolta sistematica dei principali studi internazionali e delle esperienze nazionali, evidenziandone i più significativi elementi di criticità ed opportunità per le aziende sanitarie.

## **2. Le collaborazioni pubblico-privato nella letteratura economico-aziendale: chiavi interpretative per la costruzione del modello di analisi dei casi**

La tensione ad un progressivo contenimento della spesa pubblica a livello locale e nazionale (determinata dai vincoli all'indebitamento, dai vincoli alla crescita della spesa corrente, dai vincoli di bilancio e dalle disposizioni delle recenti Leggi finanziarie) stanno spingendo molti enti a ricorrere a fonti e strumenti di finanziamento alternativi a quelli che tradizionalmente hanno caratterizzato il settore pubblico (trasferimenti dal governo centrale e indebitamento), sperimentando in particolare soluzioni che coinvolgono operatori privati nel reperimento delle risorse necessarie per la realizzazione delle opere e del *know-how* e delle professionalità specifiche per la gestione delle stesse, secondo la logica delle *public private partnership* (PPP)<sup>3</sup>.

In sanità, il tema delle collaborazioni pubblico-privato è stato oggetto di una crescente analisi da parte degli studi di economia aziendale<sup>4</sup>, a seguito soprattutto dei processi di riforma e di aziendalizzazione del settore pubblico attuati a partire dagli anni Novanta. In particolare, si sono manifestati in modo sempre più significativo due fattori di criticità che hanno contribuito alla nascita di alcune riflessioni sull'opportunità di un coinvolgimento di operatori privati nella gestione dei servizi sanitari: l'inadeguatezza delle competenze rispetto alla complessità della gestione sanitaria, caratterizzata da un'innovazione continua nei processi di assistenza e di cura, e la carenza di risorse finanziarie in grado di far fronte all'obsolescenza delle strutture e delle tecnologie delle aziende sanitarie.

È possibile evidenziare la sussistenza di diversi elementi che consentono di qualificare le PPP in termini aziendali quali: la stabilità della collaborazione, la definizione di una *vision* comune, l'esigenza di coordinamento e l'autonomia gestionale ed organizzativa della nuova entità (Cuccurullo, 2005). Le *partnership*, in particolare, possono essere pensate come raggruppamenti di unità aziendali in cui coesistono, seppur con un diverso grado di integrazione e di influenza, combinazioni di processi produttivi, erogativi e di consumo<sup>5</sup>.

In Italia, un primo importante contributo all'inquadramento delle collaborazioni pubblico-privato in sanità è stato fornito dagli studi sui *network* interaziendali nel settore pubblico (Borgonovi, 2000; Lega, 2001 e 2002; Longo, 2005; Meneguzzo, 1996 e 2000). Combinando la letteratura italiana e quella internazionale sul tema, emergono diverse dimensioni di ricerca (Cuccurullo, 2005):

- analisi di tipo strategico, volte ad indagare le motivazioni della creazione di reti interaziendali, quali il miglioramento della capacità competitiva (Kogut, 1988), il recupero d'efficienza della struttura tramite la riduzione del numero e costo delle transazioni (Hennart, 1988) e, da ultimo, l'accumulo di conoscenze (Hamel, 1991);
- analisi di tipo organizzativo, focalizzate sullo studio delle formule istituzionali applicabili, sui rischi e opportunità inerenti alle

possibili strutture di *governance* (Meneguzzo, 1996);

- analisi di tipo economico, volte a valutare l'efficacia dei *network* attraverso l'identificazione dei fattori chiave che influiscono sulla performance degli stessi (Koh, Venkatraman, 1991);

- analisi di tipo sociale, che considerano l'influenza del contesto, in termini di elementi strutturali, conoscitivi, istituzionali e culturali, sul comportamento delle reti (Granovetter, 1998; Lomi, 1991).

In particolare, due diversi studi hanno approfondito in maniera particolare l'analisi sulle collaborazioni tra pubblico e privato nel settore sanitario: il primo, muovendo dall'identificazione delle variabili caratterizzanti le attività sanitarie tipiche, identifica l'ambito di potenziale applicabilità delle collaborazioni (Preker *et al.*, 2000); il secondo, invece, classifica i possibili rapporti di *partnership* sulla base dei meccanismi di *governance* attuabili al loro interno (Cucurullo, 2005). Le tassonomie proposte in questi contributi sono state utilizzate per lo studio dei casi presentato e discusso nei paragrafi seguenti.

Il modello di analisi teorizzato da Preker è volto ad evidenziare le variabili economiche influenti sul processo decisionale di erogazione dei servizi sanitari; l'innovatività dell'approccio risiede in particolare nello spostamento del *focus* dalle caratteristiche di utilizzo – primariamente escludibilità e rivalità – della tradizionale prospettiva di economia pubblica, alle caratteristiche proprie del bene – *good characteristics* – e del contesto istituzionale di riferimento – *country characteristics*<sup>6</sup>. La prima dimensione è rappresentata dalla *contendibilità* del bene, assicurata in via principale dal basso livello di barriere in entrata e uscita dal mercato – si pensi alla presenza di costi sommersi, di potere monopolistico, di vantaggi derivanti dalla posizione geografica ovvero dalla specificità delle risorse. Nel settore sanitario, a titolo esemplificativo, gli investimenti in conoscenza e reputazione assicurano elevati ritorni, incrementando in maniera significativa la barriera in entrata per i possibili *competitor*, con effetti diretti sulla *contendibilità* del mercato stesso. La seconda caratteristica rilevante è costituita dalla misurabilità del servizio sa-

nitario fornito, ovvero la precisione con la quale i fattori produttivi, i processi, i risultati e gli effetti sulla condizione di salute derivanti dall'erogazione possono essere rilevati. La misurabilità del bene è condizionata dalla terza caratteristica inserita nel modello, ovvero l'*asimmetria informativa*. L'informazione, difatti, è rilevabile in modo diretto dal paziente (si pensi agli aspetti concernenti la qualità dei servizi offerti da una struttura ospedaliera quali la lunghezza delle liste d'attesa, la cortesia del personale impiegato, la pulizia delle camere e delle parti comuni ovvero la qualità della mensa); in assenza tuttavia di tecniche sistematiche di controllo e monitoraggio, tali informazioni potrebbero non risultare altrettanto agevolmente disponibili alla autorità pubblica responsabile.

Sulla base delle precedenti dimensioni di analisi, è possibile classificare i servizi correlati al settore sanitario attraverso la cosiddetta «matrice di contendibilità e misurabilità» rappresentata in **tabella 1**.

La matrice mostra come la maggior parte dei servizi e delle attività sanitarie presentino problemi legati primariamente alla difficoltà di misurazione dei risultati e degli impatti. Ad eccezione delle prime tre tipologie, la capacità di porre in essere specifiche e puntuali misure di *output* decresce sensibilmente a partire dalla IV categoria. Nonostante le procedure diagnostiche di routine (si pensi ai test di laboratorio) possano essere altamente contendibili, il monitoraggio della performance in termini di efficacia e qualità delle attività intraprese può risultare più difficoltoso. Diverso è il caso della diagnostica rientrante nella V categoria: qualora sia richiesto l'utilizzo di strumentazioni ad alta tecnologia, difatti, i *competitor* presenti sul mercato godono di rilevanti vantaggi sui potenziali entranti, dovuti primariamente alla elevata specializzazione del personale tecnico, alle licenze per l'esercizio dell'attività e agli ingenti investimenti. L'attività clinica e ambulatoriale è caratterizzata da un elevato grado di asimmetria informativa (tipologia V e VI). Nelle ultime due tipologie di beni e servizi, infine, la *contendibilità* tende a diminuire in relazione alla specializzazione e dei costi, a discapito della misurabilità. Rientrano in questa categoria le azioni intersettoriali e di politica pubblica e le attività di formulazione, monitoraggio e valutazione delle

**Tabella 1**

Categorizzazione dei servizi correlati al settore sanitario

Fonte: Preker *et al.* (2000), riadattato dagli autori

|              |       | CONTENDIBILITÀ   |  |   |
|--------------|-------|--|--|---|
|              |       | ALTA   | MEDIA  | BASSA   |
| MISURABILITÀ | ALTA  | Tipologia I<br>Produzione beni consumo<br>Lavoro non qualificato   | Tipologia II<br>Forniture mediche  | Tipologia III<br>Produzione di servizi ad alta tecnologia<br>Produzioni medicinali          |
|              | MEDIA | Tipologia IV<br>Attività non cliniche<br>Servizi di supporto<br>Diagnostica di routine<br>Immunizzazione   | Tipologia V<br>Interventi clinici<br>Diagnostica di alta tecnologia  | Tipologia VI<br>Ricerca<br>Lavoro altamente qualificato                                     |
|              | BASSA | Tipologia VII<br>Servizi ambulatoriali <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici</li> <li>• di cura e assistenza</li> <li>• odontoiatrici</li> </ul> | Tipologia VIII<br>Interventi di salute pubblica<br>Azioni intersettoriali<br>Servizi di <i>in-patient care</i> | Tipologia IX<br>Formulazione di politiche sanitarie pubbliche<br>Monitoraggio e valutazione |

|                    | CONTENDIBILITÀ ALTA | CONTENDIBILITÀ MEDIA | CONTENDIBILITÀ BASSA |
|--------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| MISURABILITÀ ALTA  |                     |                      |                      |
| MISURABILITÀ MEDIA |                     |                      |                      |
| MISURABILITÀ BASSA |                     |                      |                      |

**Tabella 2**

Griglia decisionale di «make or buy»

Fonte: Preker *et al.* (2000), riadattato dagli autori

politiche sanitarie, le quali, a causa della loro rilevanza strategica, sono di tradizionale esclusiva pertinenza del settore pubblico. A partire dalle considerazioni effettuate, Preker *et al.* (2000) propone di una griglia di analisi delle possibili modalità di gestione dei servizi sanitari (tabella 2).

Gli strumenti attivabili da parte del settore pubblico, come emerge dalla griglia, sono

differenziabili in funzione delle situazioni contingenti. Nel caso l'erogazione del servizio o la vendita del bene sia lasciata al mercato, ruolo della amministrazione pubblica è di assicurare una corretta divulgazione delle informazioni e degli standard minimi di qualità e sicurezza. Nel caso di servizi o attività che presentino bassi livelli sia di contendibilità che di misurabilità, compito del settore pubblico è intervenire direttamente nella produzione ed erogazione degli stessi. Tra i due estremi, invece, è rappresentata l'area in cui è possibile prevedere l'introduzione di meccanismi di collaborazione tra soggetti pubblici e privati.

Il secondo modello interpretativo è riconducibile alla sistematizzazione proposta da Cuccurullo (2005), il quale imposta una tassonomia delle collaborazioni in funzione dei meccanismi di *governance* attivabili nelle stesse. L'autore, in particolare, individua tre tipologie di *partnership*:

- 1) collaborazioni informali;
- 2) collaborazioni contrattuali;
- 3) collaborazioni formali.

La tabella 3 riporta in maniera schematica i tratti principali delle diverse configurazioni organizzative.

|                                 | COLLABORAZIONI INFORMALI                | COLLABORAZIONI CONTRATTUALI    | COLLABORAZIONI FORMALI            |
|---------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Scelta del partner</b>       | Locali                                  | Efficienti                     | Con competenze distintive         |
| <b>Livello di progettualità</b> | Bassa                                   | Funzionale                     | Globale                           |
| <b>Modalità di relazione</b>    | Continua, variabile, asimmetrica        | Programmata e contrattuale     | Continua e incrementale           |
| <b>Orizzonte temporale</b>      | Breve periodo                           | Medio-lungo periodo            | Lungo periodo                     |
| <b>Modalità di influenza</b>    | <i>Leadership</i> del partner pubblico  | Contratto                      | Capacità strategica di un partner |
| <b>Potere tra le parti</b>      | Riconoscimento importanza dei terzi     | Equilibrato contrattualmente   | Alleanza formalizzata             |
| <b>Risultati potenziali</b>     | Flessibilità quantitativa               | Efficienza/flessibilità        | Innovazione/vantaggio competitivo |
| <b>Tipologia di governance</b>  | <i>Governance</i> relazionale e sociale | <i>Governance</i> contrattuale | <i>Corporate Governance</i>       |

**Tabella 3**  
Tassonomia PPP in sanità  
sulla base dei profili  
di *governance*  
Fonte: Cuccurullo (2005)

Le collaborazioni informali si caratterizzano solitamente per il basso livello di strutturazione, il ruolo prevalente esercitato dal soggetto pubblico, la specificità delle transazioni e il forte radicamento nel contesto territoriale di riferimento. Le collaborazioni contrattuali, invece, si basano sulla stipula di contratti duraturi con soggetti selezionati – solitamente in base alla capacità di fornire servizi con modalità più efficienti rispetto alla gestione diretta – al fine di ottenere benefici di ordine strategico-organizzativo, economico o operativo, quali: concentrazione sul *core business*, contenimento dei costi operativi, maggiore flessibilità del rapporto con i fornitori<sup>7</sup>. A differenza delle due precedenti tipologie, ascrivibili più come «coordinamenti interaziendali delle relazioni di scambio» (Cuccurullo, 2005), le collaborazioni formali si caratterizzano invece per la costituzione di specifiche formule organizzative – quali società miste, fondazioni, associazioni in partecipazione o cooperative – rette pertanto da meccanismi di *corporate governance* in senso compiuto.

La costituzione di soggetti indipendenti per la produzione di servizi di tutela della salute, in primo luogo società miste pubblico-privato, è stata oggetto di un crescente interesse da parte degli studi aziendali e giuridici (Anselmi, 1997; Bonti, 1997; Dugato, 1998; Fiorentini, 2000; Marinò, 1997; Oliveri, 1997; Stefani, 1997), che hanno affrontato

in particolar modo gli aspetti organizzativi, valutativi, procedurali e gestionali della loro operatività. Sulla possibilità da parte delle società miste di esercitare attività sanitarie la dottrina ha a lungo dibattuto<sup>8</sup>. Attualmente l'orientamento prevalente sembra porre il *discrimen* non tanto sul fine perseguito dalla attività quanto sulla sua natura: la via societaria sarebbe, difatti, consentita per il conseguimento di fini non solo strumentali ma anche istituzionali, a patto che l'ente non sostituisca a sé la società nello svolgimento delle funzioni prettamente pubbliche – ovvero il complesso di attività (programmazione sanitaria, funzioni di controllo e di certificazione), classificate da Preker *et al.* (2000) nella tipologia IX.

### 3. La mappatura delle esperienze a livello internazionale

Muovendo da tale constatazione, si presentano in questo paragrafo i casi più rilevanti di partenariato pubblico-privato per l'erogazione di servizi sanitari tipici riscontrati a livello internazionale; si tratta di circa trenta esperienze individuate attraverso una rassegna sistematica condotta su oltre sessanta riviste di natura economico-manageriale, medico-scientifica e sociale.

I casi sono stati classificati sulla base di sei diverse dimensioni di analisi:

1) *Area geografica*: sulla base degli studi di Girishankar (1999), particolare attenzione è stata rivolta alla dimensione istituzionale e di contesto.

L'analisi è stata condotta su un campione rappresentativo di tutti i continenti e le esperienze sono state successivamente suddivise in:

- a) *Nord America*: Canada e Stati Uniti;
- b) *Australia*;
- c) *Europa*: Austria, Francia, Polonia, Portogallo, Spagna e Svezia;
- d) *Medio Oriente e Asia*: India, Pakistan, Singapore, Libano, Giordania, Israele;
- e) *America Latina e Africa*: Costa Rica, Sud Africa, Zimbabwe;

2) *Oggetto della partnership*: sulla base della tassonomia di Preker *et al.* (2000), sono stati individuate tre tipologie di servizi *core*:

a) *servizi sanitari essenziali (Tipologia V)*: attività concernenti la produzione di servizi clinici e ospedalieri in regime di ricovero e *day hospital*;

b) *servizi diagnostici (Tipologia IV)*: servizi volti alla produzione ed erogazione di prestazioni diagnostiche – radiologia e laboratorio analisi – e alle attività di ricerca;

c) *servizi per favorire l'accesso (Tipologia VII)*: servizi volti ad incrementare il tasso di copertura della popolazione – vi rientra l'assistenza ambulatoriale in zone remote e le attività di soccorso e di emergenza nelle aree urbane;

3) *Motivazione alla partnership*: le motivazioni tradizionalmente addotte dalla letteratura specialistica (Mills, Broomberg, 1998; Bhat, 1999) possono essere ricondotte a:

a) *economico*: mancanza di risorse finanziarie, esigenze di ridurre l'indebitamento pubblico tramite gestione fuori bilancio;

b) *specialistico*: mancanza competenze e *know-how* tecnico-professionale;

c) *organizzativo*: recupero di efficienza della struttura in termini fisico-logistici e organizzativi;

d) di *equità sociale*: estensione ed ottimizzazione della copertura sanitaria sul territorio e per fasce di popolazione;

4) *Modalità attuazione partenariato*: sulla base della tassonomia di Cuccurullo (2005), si distinguono:

- a) *PPP informale*;
- b) *PPP contrattuale*:
  - i) stipula di convenzioni;

- ii) esternalizzazione del servizio;
- iii) concessione di costruzione e gestione;

c) *PPP formale*:

- i) Società mista;
- ii) Fondazione;
- iii) Società consortili;

5) *Fattori critici di successo o fallimento*: con riferimento a tale dimensione si è preferito non utilizzare una tassonomia già costituita, al fine di evidenziare con maggiore chiarezza le peculiarità di ogni singolo caso;

6) *Risultato della collaborazione*: ad ogni esperienza è stato attribuito un giudizio sintetico sull'andamento della collaborazione (positivo o negativo) sulla base delle considerazioni riportate dagli autori che hanno trattato il caso; qualora l'iniziativa sia in ancora fase di progettazione o non siano disponibili dati empirici significativi, è classificata «non definibile».

I risultati dell'analisi, discussi di seguito, sono stati schematizzati in **tabella 4**.

### 3.1. Oceania e Nord America

Il primo Paese ad introdurre in modo rilevante forme di collaborazione per la gestione di servizi sanitari tipici è stato l'Australia. A partire dal 1989, difatti, i governi succedutisi nei due Stati del New South Wales e del Victoria hanno progressivamente aperto la loro agenda a politiche di *New Public Management* comprendenti, sul finire degli anni Novanta, anche le operazioni in esame (English, 2005). In questa sede si analizzano in particolare tre casi: due esperienze di insuccesso (Latrobe Regional Hospital e Port Macquarie Hospital) e una di successo (Misura Base Hospital).

Il fallimento del *Latrobe Regional Hospital* nel Victoria è stato oggetto di diversi studi (Plain, 2000; English, 2005; McKee *et al.*, 2006, VAGO, 2002). Il contratto originario, siglato nel 1997, prevedeva la realizzazione dell'ospedale secondo il modello DBFOO (*Design, Build, Finance, Own, Operate*); diversamente dal PFI (*Project Finance Initiative*) di natura anglosassone, tuttavia, la controparte privata era responsabile non solo della progettazione, costruzione, finanziamento e manutenzione dell'ospedale, bensì anche dell'erogazione dei servizi clinici ai pazienti del sistema sanitario pubblico per un

periodo di 20 anni, con possibilità di proroga. I pagamenti per i suddetti servizi avvenivano sulla base del *case-mix* ospedaliero e stanziati su base bimestrale; il governo garantiva in ogni caso un importo minimo di finanziamento per i servizi erogati ai pazienti acuti ricoverati, nonostante fosse comunque previsto un meccanismo di rimborso nel caso gli stanziamenti pubblici assegnati superassero l'ammontare totale speso dall'ospedale sulla base delle fatture a bilancio. Nel 2000 il Latrobe Regional Hospital è stato riacquistato dal Governo per circa 7 milioni di dollari australiani (circa la metà del suo valore stimato). Il fallimento dell'ospedale è stato attribuito a tre motivazioni principali (English, 2005):

1) erronee ipotesi in merito ai costi e ai sussidi governativi;

2) mancanza di allineamento tra la controparte pubblica e privata sul modello di finanziamento basato sul *case-mix* e sul suo impatto sui futuri livelli di finanziamento;

3) assunzione della volontà del governo di rinegoziare il contratto.

Accanto al caso di Latrobe, altre due esperienze di public private *partnership* nel settore ospedaliero sono state studiate dai ricercatori australiani: il *Port Macquarie Hospital* nel New South Wales e il *Misura Base Hospital*, ospedali per acuti localizzati rispettivamente in un'area residenziale a nord di Sidney e in una zona rurale dello Stato del Victoria (Dowdeswell, Heasman, 2004; Plain, 2000).

La formula adottata nel primo dei due ospedali prevedeva un contratto ventennale di gestione dei servizi sanitari; la struttura ha registrato performance negative sin dai primi anni di gestione, e le ragioni del fallimento sono state ricondotte a (Dowdeswell, Heasman, 2004):

1) qualità non soddisfacente del servizio erogato alla popolazione locale. Le critiche si sono in particolare concentrate su tre aspetti: incapacità di accettazione delle emergenze a causa della mancanza di un adeguato numero di posti-letto; tendenza ad operare una selezione – *cream skimming* – dei pazienti, in

**Tabella 4**  
La mappatura delle PPP  
a livello internazionale

|              | Tipologia di servizio |  |   | Motivazione                | Forma   | Fattori critici di successo o fallimento  | Risultato |
|--------------|-----------------------|--|---|----------------------------|---|---|-----------|
|              | Servizi per l'accesso | Sanitari essenziali                                    | Diagnostici e ricerca                     |                            |   |   |           |
| AUSTRALIA    |                       | <b>Latrobe Regional Hospital</b><br>(Victoria, A)      |   | Economico                  | CONTRATTUALE<br>(concessione di costruzione e gestione – DBFOO) | Erronea previsione costi  | –         |
|              |                       | <b>Mildura Base Hospital</b><br>(Victoria, A)          |   | Economico                  | CONTRATTUALE<br>(concessione di costruzione e gestione – DBFOO) | Proposta progettuale corretta e sostenibile<br>Successo logiche governance                  | +         |
|              |                       | <b>Port Macquarie Hospital</b><br>(New South Wales, A) |   | Economico                  | CONTRATTUALE<br>(concessione di costruzione e gestione – DBFOO) | Erronea previsione costi<br>Erronea previsione domanda<br>Bassa qualità servizi             | –         |
| CANADA E USA |                       |  | <b>Toronto Medical Labs</b>               | Organizzativo              | FORMALE<br>(società mista)                                      | Puntuale definizione apporti e responsabilità<br>Investimenti per creazione identità comune | +         |
|              |                       | <b>Bangor Hospital</b><br>(Maine, USA)                 |   | Economico<br>Organizzativo | CONTRATTUALE<br>(esternalizzazione)                             | Risparmi di costo e ottimizzazione tempo<br>tramite reti radiologiche transnazionali        | +         |
|              |                       | <b>Fayette Community Hospital</b><br>(Atlanta, USA)    |   | Equità<br>Competenze       | CONTRATTUALE<br>(stipula di convenzioni)                        | Soddisfacimento domanda inevasa (pediatria)<br>Ottima reputazione partner                   | +         |
|              |                       | <b>Saint Claire's Health Services</b><br>(N.J., USA)   |   | Equità<br>Competenze       | CONTRATTUALE<br>(stipula di convenzioni)                        | Soddisfacimento domanda inevasa (oncologia)<br>Alta qualità prestazioni                     | +         |
|              |                       |  | <b>Saint Vincent Hospital</b> (Mass, USA) | Economico<br>Organizzativo | CONTRATTUALE<br>(esternalizzazione)                             | Relazioni solide tra le parti<br>Professionalità contraente privato                         | +         |

(segue) **Tabella 4**

La mappatura delle PPP a livello internazionale

|                         | Focus                                  |   |   | Ratio costituenti                        | Forma  | Fattori critici di successo o fallimento   | Risultato |
|-------------------------|--|---|---|--|--|--|-----------|
|                         | Servizi per l'accesso                  | Sanitari essenziali   | Diagnostici e ricerca                               |  |  |  |           |
| EUROPA                  |  | <b>St. Goran's Hospital</b> (S)   |   | Economico                                | CONTRATTUALE   | Ottimizzazione gestione  | n.d.      |
|                         |  | <b>Alzira Hospital</b> (già Hospital De La Ribera) (Valencia, ES)           |   | Economico                                | CONTRATTUALE (Alzira Model)                            | Erronea previsione finanziamento<br>Cream Skimming pazienti<br>Tensioni con organizzazioni sindacali   | -         |
|                         |  | <b>Valdemoro Hospital</b> (Madrid, ES) *                                    |   | Economico                                | CONTRATTUALE (Alzira Model)                            | Operativo dal 2007   | n.d.      |
|                         |  | <b>Amadora Sinora Hospital</b> (P)  |   | Economico                                | CONTRATTUALE (concessione di gestione)                 | Bassi livelli di performance<br>Uso privatistico della struttura   | -         |
|                         |  | <b>Loures Hospital</b> (P)  |   | Economico                                | CONTRATTUALE (Portuguese Model)                        | In fase di aggiudicazione  | n.d.      |
|                         |  | <b>Cascais Hospital</b> (P)   |   | Economico                                | CONTRATTUALE (Portuguese Model)                        | In fase di aggiudicazione  | n.d.      |
|                         |  | <b>Braga Hospital</b> (P)   |   | Economico                                | CONTRATTUALE (Portuguese Model)                        | In fase di aggiudicazione  | n.d.      |
|                         |  |   | <b>Euromedic Diagnostic Medical Centre</b> (Poland) | Economico<br>Competenze                  | CONTRATTUALE (DBFOO)                                   | Qualità prestazioni erogate<br>Economie di apprendimento   | +         |
|                         |  | <b>Public Health Cooperation Association</b> Gassin, Dunkirk, Avicenne (FR) |   |  | FORMALE (modello cooperativo)                          | Sfruttamento sinergie tra strutture ospedaliere e cliniche operanti sul territorio   | n.d.      |
|                         |  |   | <b>Sterilizzazione</b> (AU)                         | Economico                                | CONTRATTUALE (esternalizzazione)                       | In fase di progettazione   | n.d.      |
| ASIA E MEDITERRANEO     | Islamabad (PK)                         |   |   | Equità<br>Economico<br>Organizzativo     | CONTRATTUALE (esternalizzazione)                       | Da <i>sunk cost</i> a servizio a valore aggiunto<br>Totale autonomia nella gestione dei costi e ricavi senza aggravio sui conti pubblici<br>Forte partecipazione pubblica          | +         |
|                         | <b>RCH programme</b> Rajasthan (India) |   |   | Equità<br>Economico                      |  | Soddisfacimento bisogni popolazione non coperta<br>Mancano informazioni sulla performance  | n.d.      |
|                         |  | <b>H di alta specialità</b> Punjab (India)                                  |   | Economico<br>Competenze                  | FORMALE (società mista)                                | Buona capacità del Ministero nella gestione del progetto<br>Trasparenza nella scelta del soggetto privato  | +         |
|                         |  | Apollo Hospital (India)   |   | Economico<br>Competenze                  | FORMALE (società mista con capitale pubblico al 26%)   | Impatto positivo in termini economici e di immagine (eccellente professionalità e reputazione del privato)<br>Basso impatto in termini di equità (H considerato come privatizzato) | +/-       |
|                         |  |   | <b>National Kidney Foundation</b> (Singapore)       | Competenze<br>Organizzativo<br>Economico | FORMALE (fondazione)                                   | Buono sfruttamento sinergie a favore ricerca, formazione e sensibilizzazione sui temi delle malattie croniche renali   | +         |
| AFRICA E AMERICA LATINA |  | <b>Wankie Colliery Hospital</b> (ZB)  |   | Economico<br>Equità                      | CONTRATTUALE (esternalizzazione)                       | Effetti negativi derivanti dalla lacunosità degli aspetti contrattuali<br>Vulnerabilità politica<br>Eccessiva dipendenza nei confronti di un segmento di domanda                   | -         |
|                         |  | <b>Clinica Trias</b> (Costa Rica)   |   | Economico<br>Competenze                  | CONTRATTUALE (esternalizzazione a società cooperativa) | L'ambito di attività ristretto ha permesso una forte specializzazione sull'attività ambulatoriale<br>Professionalità personale medico e amministrativo                             | +         |



particolare anziani malati cronici; aumento delle liste d'attesa rispetto al *trend* pubblico;

2) sottostima in sede di gara dei costi di gestione (i quali risentirono, in aggiunta, anche di un incremento superiore alle previsioni del tasso d'inflazione dei costi clinici) e conseguente ripianamento del debito tramite sussidi statali, ai fini della salvaguardia del servizio pubblico;

3) errata stima della domanda. Gli studi condotti in merito evidenziano come i dati di stima su cui l'offerta era basata non solo non contenevano previsioni sull'evoluzione della struttura del mercato nel medio-lungo termine, ma si basavano anche su ipotesi, non comprovabili, del concretizzarsi di fenomeni esterni al diretto controllo dell'operatore (si fa riferimento in particolare all'adozione di un progetto di integrazione comunità-ospedale per l'erogazione dei servizi, in realtà mai attuato). È fondamentale sottolineare come, al contrario del caso precedente, il contratto attribuisse all'operatore l'intero rischio di domanda, esponendolo in tal modo a possibili fluttuazioni imprevedute;

4) un ultimo aspetto, spesso non sufficientemente tenuto in considerazione, ha contribuito alla sua crisi: la gestione del consenso. I promotori, infatti, non coinvolsero l'opinione pubblica durante le fasi di progettazione e implementazione del progetto, il quale, tra l'altro, fu percepito dalla comunità locale come un mero strumento di privatizzazione della sanità pubblica. Il Dipartimento di sanità statale fu costretto dunque ad introdurre dei correttivi, quale la costituzione di un *Community Board* quale mezzo di rappresentazione collettivo nella gestione dell'ospedale e la preferenza, nella fase di rinegoziazione del contratto, alle offerte provenienti dalle organizzazioni *non profit*.

Il *Misura Based Hospital* costituisce invece uno dei rari casi di successo ad oggi riportati (IPP, 2003); la *partnership* sembra in particolare aver risolto la maggior parte dei problemi riscontrati negli altri casi grazie ad una corretta e puntuale predisposizione della proposta progettuale, in riferimento non solo alla stima finanziaria dei costi, ma soprattutto alla previsione della domanda. Un fattore critico di successo di tale progetto è stato individuato nella sinergia del partner privato con i soggetti pubblici nel promu-

vere iniziative comuni (è stato, ad esempio, avviato un programma di sensibilizzazione, l'*Hospital Admission Risk Programme*, al fine di contenere l'aumento della domanda di ricovero attraverso un potenziamento dei servizi di assistenza sociale).

Nonostante l'Australia sia stata una delle prime nazioni ad investire in programmi di PPP, le linee di sviluppo per il futuro, forti anche delle evidenze sopra esposte, sembrano volgere verso un netto ridimensionamento del coinvolgimento privato nella gestione dei servizi clinici ospedalieri. A partire dal 2002, ad esempio, nello Stato del Victoria, le nuove *partnership* autorizzate nel settore sanitario (Casey Hospital, Royal Women's Hospital) sono state limitate esclusivamente all'erogazione di servizi ausiliari, sul modello del PFI puro anglosassone.

Diversamente dell'esperienza australiana, i dati raccolti sulle evidenze del Nord America sembrano delineare non tanto la preferenza per il modello di concessione di costruzione e gestione dei servizi clinici annessi, quanto un orientamento verso specifici contratti di esternalizzazione limitati a servizi già operativi nelle strutture pubbliche. Nell'ambito di uno studio empirico su un campione di 196 strutture ospedaliere pubbliche e private statunitensi<sup>9</sup>, Coles e Hesterly (1998) hanno analizzato le scelte di *contracting out* di servizi *industry specific* ad alta criticità (servizi clinici, terapie respiratorie, servizi di emergenza, radiologia) e media criticità (laboratori, attività ambulatoriali, terapie di riabilitazione, farmacia e IT) sulla base di quattro dimensioni di analisi: specificità delle attrezzature richieste, necessità di coordinamento, entità degli investimenti capitalizzati in formazione del personale e incertezza tecnologica. I risultati dimostrano come, mentre le strutture non sembrano essere sensibili alle differenze rispetto alla prima variabile di analisi; specificità delle attrezzature richieste (tendono difatti a mantenere *in house* servizi anche a bassa specificità, nel caso potenziali errori dell'operatore possano determinare effetti negativi diretti sul paziente); gli ultimi due fattori (entità degli investimenti capitalizzati in formazione del personale e incertezza tecnologica) evidenziano un livello di correlazione decisamente elevato con le scelte di esternalizzazione (0,74 e 0,76 rispettivamente). L'utilizzo di capitale

umano non adeguatamente competente o di tecnologie obsolete, difatti, può compromettere in via definitiva la qualità percepita dai pazienti nei confronti della struttura; la propensione ad esternalizzare decresce pertanto quanto maggiore è il grado d'influenza delle suddette variabili sul servizio in esame e la difficoltà di misurazione delle performance connesse allo stesso.

Diversi sono i casi registrati dalla letteratura su alleanze pubblico-privato attuate nel contesto nord americano. Chyna (2000) riporta l'esperienza della contea di Denville nel New Jersey, dove il *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*, rinomato centro oncologico newyorkese, ha stipulato nel 2000 un accordo con l'ospedale locale di Saint Clare al fine di disporre in locazione degli immobili pubblici per l'erogazione di trattamenti oncologici alla popolazione residente (altrimenti costretta a doversi recare nel vicino Stato di New York). Nonostante le due istituzioni rimangano separate dal punto di vista giuridico e gestionale, tuttavia, collaborano in diversi ambiti, quali la stesura dei piani di prevenzione, la conduzione delle attività di *screening* e la formazione del personale medico e ausiliario.

Altre esperienze sono state avviate nel campo dei servizi di laboratorio e diagnostica. Nel caso del *Saint Vincent Hospital* nel Worcester (Massachusetts), alla fine degli anni Novanta i responsabili della struttura ospedaliera hanno optato, a causa della insostenibilità finanziaria e gestionale connessa al mantenimento *in house*, per l'esternalizzazione di tutte le attività di laboratorio alla società privata Pathlab Ltd. Nel caso in esame la scelta del contraente privato non è avvenuta su base competitiva, quanto per scelta diretta, motivata dal rapporto consolidato che già la controparte intratteneva in relazione alla gestione delle infrastrutture informatiche del suddetto ospedale (Chyna, 2000).

Diversa è la soluzione organizzativa adottata invece dal *Toronto Hospital* in Canada. La motivazione sottostante il coinvolgimento del privato, infatti, non ha risieduto tanto in un obiettivo di contenimento di costi, quanto nella volontà di miglioramento della qualità del servizio tramite investimenti in ricerca che assicurassero tuttavia il mantenimento del controllo da parte del pubblico (Gray, Sinnot, 1998). Si è pertanto optato per

la creazione di un nuovo soggetto di diritto privato, il Toronto Medical Laboratory, tramite una *joint venture* a metà capitale pubblico (Toronto Public Hospital) e metà privato per una durata di dodici anni. Al fine di sottolineare il carattere collaborativo della *partnership*, non solo entrambe le controparti hanno contribuito in ugual misura al conferimento di capitale, ma sono stati previsti specifici meccanismi di *governance* per assicurare pari rappresentanza di interessi (dalla composizione del *Board* a quella del Comitato medico di supporto).

### 3.2. Le evidenze europee

Sul finire degli anni Novanta anche nel contesto europeo sono state emanate le prime legislazioni disciplinanti le modalità operative di collaborazione pubblico-privata in materia di erogazione dei servizi sanitari.

In Spagna, Valencia è stato uno dei primi governi regionali a livello comunitario ad introdurre la gestione privata negli ospedali pubblici: nel 1999 fu difatti autorizzata la costruzione della *Struttura di Alzira* (ex ospedale pubblico di Ribera), secondo uno schema che, analogo per molti versi al PPP australiano, ha dato vita ad un innovativo modello di gestione, noto come l'«Alzira Model» (Lethbridge, 2005; De Rosa, 2006). Il Dipartimento di sanità pubblica di Valencia, in particolare, ha stipulato un contratto decennale di concessione amministrativa con una Associazione temporanea d'impresa formata per il 51% da una società di gestione di servizi sanitari, per il 45% da due istituzioni finanziarie e per il restante 4% da due società di costruzione. La società avrebbe dovuto erogare anche tutte le attività cliniche per una durata di dieci anni, al termine della quale, nell'eventualità del mancato rinnovo del contratto, la struttura sarebbe tornata di proprietà pubblica.

In forza del contratto, il Governo si era impegnato a corrispondere alla società una quota capitaria fissa per cittadino residente nell'area; tale meccanismo di finanziamento avrebbe dovuto comportare notevoli risparmi per la parte pubblica, in quanto (De Rosa, 2006):

– l'entità della quota capitaria stabilita era inferiore di oltre il 20% rispetto al costo me-

dio sanitario pro capite registrato nella Comunità Autonoma di Valencia;

– la controparte pubblica avrebbe potuto stimare sin dal primo anno i costi da sostenere nell'arco del successivo decennio (importo massimo pari alla totalità dei residenti della zona). Gli introiti o spese non previste legate agli effetti della mobilità attiva o passiva sarebbero pertanto rimasti in capo alla società privata, la quale, pertanto, sarebbe stata incentivata a mantenere alti livelli di qualità nell'erogazione dei servizi;

– si sarebbero potute introdurre modalità flessibili di impiego del personale: il nuovo sistema prevedeva difatti una diversa scala di remunerazione per ogni specialità secondo meccanismi di valutazione legati alla performance.

Il modello ha presentato tuttavia forti limiti nella fase attuativa (Lethbridge, 2005). La modesta entità del finanziamento tramite quota capitaria fissa, innanzitutto, non risultando sufficiente alla copertura dei costi operativi, ha compromesso la qualità dei servizi offerti e ha condotto ad una pratica di selezione dei pazienti, soprattutto per alcune prestazioni meno remunerative. Si sono registrate inoltre forti tensioni con i sindacati dei lavoratori, i quali nel dicembre 2000 si sono rivolti all'autorità giudiziaria denunciando come il contratto avesse comportato, anche se in modo non esplicito, la privatizzazione della struttura<sup>10</sup>. A causa della insostenibilità finanziaria in cui versava a seguito delle costanti perdite registrate nel quadriennio 1999-2002, il governo di Valencia ha stanziato 69 milioni di euro a favore dell'ospedale a titolo di lucro cessante e nel novembre 2003, ha rinegoziato il contratto. Attualmente la struttura registra un miglioramento delle performance (in particolare in termini di riduzione delle liste d'attesa e incremento delle attività in *day hospital*) e, a fine 2007, un ulteriore ospedale progettato secondo il modello di Alzira, il *Valdemoro Hospital* di Madrid, dovrebbe entrare in operatività.

Diverse critiche sono state sollevate anche in riferimento ad una delle poche esperienze di gestione pubblico-privata attuata in Portogallo l'*Amadora Sinora Hospital* nel 1996 (Oliveira, 2004; Lethbridge, 2004). Diverse ispezioni eseguite dall'autorità giudiziaria

portoghese, intervenuta a seguito delle ripetute denunce dei sindacati e dell'amministrazione sanitaria regionale, hanno messo in luce come una delle principali cause dei bassi livelli di efficienza dell'ospedale fosse dovuto all'uso «privatistico» che molti professionisti facevano delle strutture pubbliche. La mancanza di un efficace e periodico sistema di monitoraggio da parte dei soggetti pubblici ha favorito, pertanto, la creazione di sacche di inefficienza nella gestione della struttura. Negli ultimi cinque anni, tuttavia, il governo portoghese ha posto grande enfasi sullo sviluppo di progetti di partenariato per la gestione sanitaria. A partire dal 2001 sono stati presentati otto progetti pilota: alcuni prevedono la costruzione e gestione (servizi clinici compresi) di nuove strutture (ad es. *Loures Hospital*), altri la sola gestione delle attività cliniche presso ospedali già esistenti (ad es. *Cascais Hospital*), altri infine la creazione di Ospedali universitari (ad es. *Braga Hospital*). Il modello portoghese si differenzia ulteriormente sia dallo spagnolo che dall'australiano. Esso prevede, difatti, che il contratto di gestione sia stipulato con un consorzio privato formato da due soggetti distinti, Infraco e Clinco. Il primo soggetto (composto a sua volta da un Consorzio di costruzione e uno di manutenzione) è incaricato di tutte quelle attività connesse alla realizzazione fisica della struttura e alla gestione dei servizi ausiliari e di supporto. La durata della concessione è trentennale e il consorzio viene remunerato annualmente sulla base di indicatori di disponibilità della struttura. Il secondo attore, Clinco, è invece responsabile della gestione di tutti i servizi tipici, clinici e di laboratorio, per una durata decennale; i rimborsi avvengono, in questo caso, sulla base del *case-mix* ospedaliero. Non è previsto scambio di flussi finanziari tra i due soggetti, e la loro relazione è regolata da un accordo di mutuo utilizzo delle *facilities* dell'ospedale. L'entità del pagamento, in particolare, è suddiviso in una componente fissa e una variabile, stabilita secondo le indicazioni dell'autorità governativa e riferita in ogni caso ai citati indicatori di disponibilità.

A livello europeo esistono, infine, ulteriori esperienze per le quali però al momento non sono ancora stati pubblicati studi sulla loro efficienza ed efficacia (Cetani, 2004; Fidler *et al.*, 2005; Lethbridge, 2004).

### 3.3. I Paesi in via di sviluppo: Asia, Africa e America Latina

Nonostante siano ancora scarsi gli studi in merito all'applicazione di *PPP* a Paesi in via di sviluppo o di prima industrializzazione, le evidenze raccolte consentono di delineare un quadro di analisi sufficientemente articolato, in particolare riferimento all'area sudamericana, africana ed asiatica (McPake *et al.*, 1995; Mills *et al.*, 1998; Bath, 1999; Ramirez *et al.*, 2003; Preker *et al.*, 2005; Loevinshon, 2005; Siddiqui *et al.*, 2006; Ali *et al.*, 2005).

La propensione al coinvolgimento di privati nella fornitura di servizi si è rafforzata in maniera considerevole nell'ultimo decennio, quando la condizione già critica indotta dalla carenza di risorse stanziabili a bilancio si è aggravata, da un lato, per l'aumento del numero di malattie a rapida trasmissione (v. HIV) in contesti di popolazione crescente e, dall'altro, per l'incremento dei costi inerenti l'acquisizione delle nuove tecnologie e l'implementazione dei programmi di politica sanitaria. La motivazione fondamentale del ricorso ai privati (società *for profit* o organizzazioni non governative) risiede, pertanto, nell'ottimizzazione del perseguimento delle funzioni sociali dello Stato, che spesso

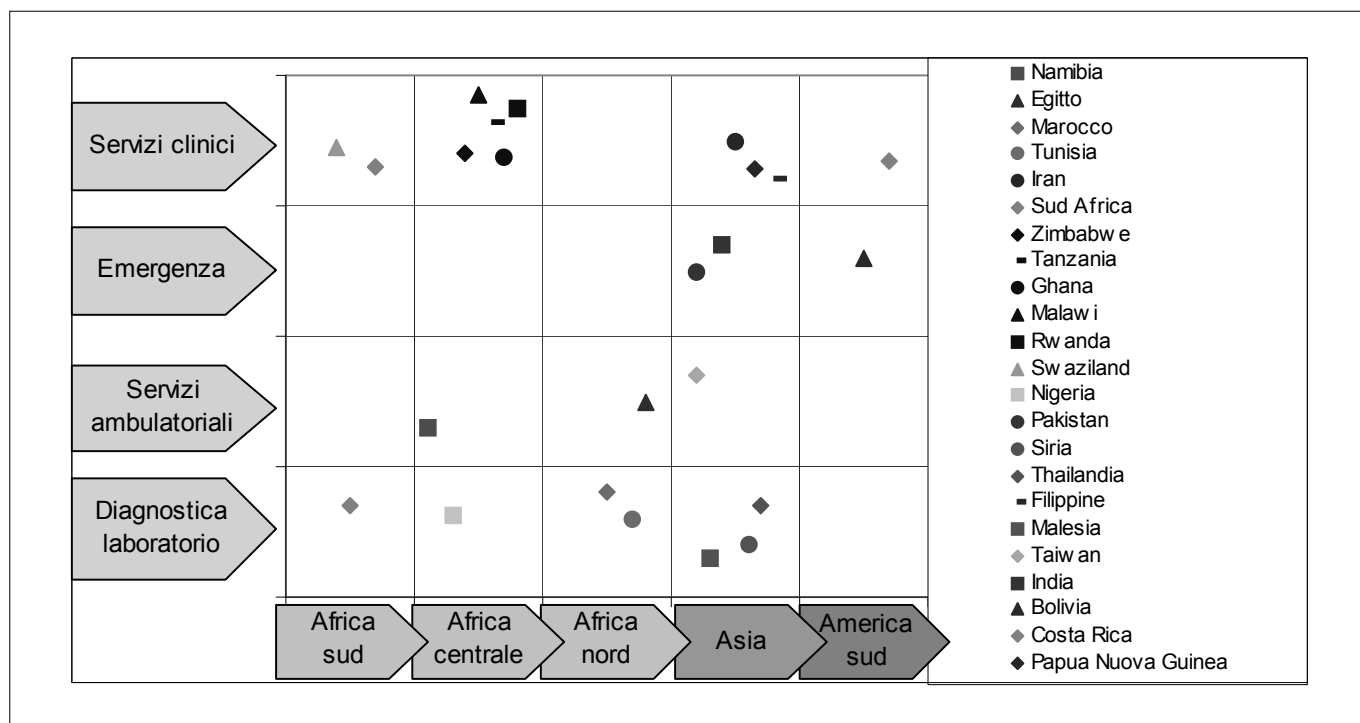
presenta carenze sia di capacità che di risorse per garantire un'assistenza sanitaria omogenea ai propri cittadini.

La **figura 1** propone una sintesi delle esperienze rinvenute.

In riferimento alle fasi di progettazione ed implementazione degli accordi contrattuali, i casi evidenziano una forte eterogeneità di soluzioni adottate. Ad eccezione di alcune realtà (Sud Africa, Papua Nuova Guinea e Costa Rica), la maggior parte dei Paesi ha privilegiato la stipula di contratti «impliciti» (Mills, Broomberg, 1998), così definiti in quanto caratterizzati dall'assenza di logiche competitive nella scelta del contraente, da una mancata specificazione formale dei termini contrattuali e, da ultimo, da una scarsa attenzione agli aspetti di monitoraggio nel corso dell'implementazione. La mancanza di una valutazione costi-benefici *ex ante* ha impedito così un'esplicita definizione degli obiettivi organizzativi e una trasparente allocazione delle risorse.

In riferimento al primo punto, ad esempio, i dati raccolti su Messico e Thailandia mostrano come il soggetto privato sia stato nominato direttamente dallo Stato a livello centrale; solo in Sud Africa, sebbene i contratti

**Figura 1**  
Le PPP nei Paesi in via di sviluppo



originari fossero stati negoziati, vi sono dati documentati di un rinnovo avvenuto secondo basi competitive.

In riferimento ai contenuti del contratto, poi, raramente vengono inserite specificazioni in termini di qualità del servizio da erogare (soprattutto nel caso dei servizi clinici) e, di altrettanta gravità, meccanismi di sanzione nel caso il livello di performance quantitativo non venga raggiunto. Anche i prezzi per la remunerazione dei servizi erogati sono spesso arbitrari, lasciando ampio margine di flessibilità alle autorità locali; in alcuni Paesi, quali il Sud Africa, i pagamenti sono fissati per giornata di degenza (inducendo pertanto a bassi *turn over* dei posti-letto nei reparti) mentre in altri Paesi, in primo luogo la Thailandia, avvengono su base capitolaria.

Scarsa attenzione viene anche posta ai meccanismi di *governance*. In diversi casi, infatti, specialmente nell'area sudafricana, la gestione degli ospedali viene affidata congiuntamente al personale pubblico e privato senza una precisa specificazione delle rispettive responsabilità, causando in tal modo una mancanza di coordinamento e la nascita di situazioni conflittuali.

L'assenza di clausole che stabiliscano i livelli minimi di performance, la durata elevata dei termini contrattuali e l'uso di meccanismi di pagamento non chiaramente definiti ha comportato nella maggioranza dei casi il sostenimento del rischio contrattuale da parte della sola controparte governativa, non inducendo pertanto il privato ad adeguati investimenti per l'ottenimento di aumenti di produttività.

I dati raccolti sull'efficacia delle collaborazioni sono difatti alquanto controversi. In uno studio sugli ospedali pubblici a gestione privata in Swaziland e Sud Africa, Mills, Broomberg (1998), hanno dimostrato come la *partnership* non abbia prodotto effetti reali sulla società civile; infatti, la maggiore efficienza gestionale (raggiunta con un contenimento dei costi di erogazione del servizio) non si è tradotta in un abbassamento delle tariffe o in investimenti in nuove tecnologie, ma in un incremento dei profitti aziendali. Ad un livello più approfondito di analisi altri studi hanno poi sottolineato come tali risparmi di costo fossero primariamente da ricondursi ad un diverso approccio nei confronti del personale: livelli salariali inferiori

(Papua Nuova Guinea) e diminuzione della pianta organica (Sud Africa e Zimbabwe). Il caso dello Zimbabwe, in particolare, è di rilevante interesse in quanto sottolinea le criticità tipiche di gran parte dei casi di collaborazione pubblico-privato analizzati.

Un approfondito studio della London School of Hygiene and Tropical Medicine (McPake, Hongoro, 1995) ha comparato i livelli di performance di due ospedali pubblici situati nella provincia di Nord Matabeleland, il primo gestito dal governo (*Victoria Falls Hospital*) e il secondo privatamente (*Wankie Colliery Hospital*), sulla base di quattro dimensioni: condizioni di lavoro e di remunerazione, costi del servizio, qualità delle cure e caratteristiche di contesto. Il Wankie Colliery offre un tipico esempio di contratto implicito: esso fu firmato difatti prima dell'indipendenza<sup>11</sup>, in un contesto caratterizzato da assenza di procedure competitive, forti barriere all'entrata e mancanza di capacità adeguate da parte del governo per negoziare efficacemente i termini dell'accordo in termini quali-quantitativi. L'assenza di un adeguato sistema di monitoraggio ha poi comportato nel tempo il sorgere di rilevanti criticità, aggravate ulteriormente dalla mancata revisione del contratto originario per quasi cinquant'anni<sup>12</sup>.

In sintesi l'esperienza ha dimostrato come, sebbene il contraente privato sembri aver mantenuto negli anni una qualità soddisfacente in termini di cure offerte, si siano riscontrati alcuni fallimenti tipici delle esternalizzazione dei servizi clinici nei PVS, legati da un lato alle condizioni di mercato e, dall'altro, alla debole capacità del settore pubblico (McPake, Hongoro, 1995):

- presenza congiunta di monopolio e monopsonio nel mercato, unita all'incapacità da parte del governo di assicurare il soddisfacimento del bisogno di cure tramite la gestione pubblica;

- percezione di vulnerabilità politica da parte degli organi governativi, aggravata dall'incapacità di fornire soluzioni valide e alternative all'intervento del privato nella gestione: la mancanza di risorse tecniche unite alle scarse competenze dei burocrati coinvolti e alle forti pressioni esercitate sui ministri hanno impedito difatti sia un valido confronto in fase di contrattazione, sia un ef-

ficace monitoraggio in fase implementativa (particolarmente evidente nel *cream skimming* dei pazienti);

- livelli di spesa inferiori per i pazienti ricoverati, sebbene i risparmi si siano ottenuti principalmente attraverso riduzioni delle remunerazioni e delle garanzie assicurate al personale dipendente;

- condizione finanziaria critica a causa della forte dipendenza dell'ospedale nei confronti del segmento di domanda rappresentato dai pazienti a carico dello Stato.

### 3.4. Le principali criticità

Sulla base delle evidenze empiriche analizzate, si propone una sistematizzazione dei principali profili critici riscontrati rispetto alla motivazione del ricorso alla *partnership* e ai risultati delle collaborazioni.

La motivazione economica (mancanza di risorse pubbliche per l'investimento e possibilità di gestione fuori bilancio) è certamente il *driver* principale nel coinvolgimento del privato (80% dei casi totali), sebbene il *trend* si differenzi sensibilmente in riferimento all'area geografica coinvolta. Mentre, difatti, nei Paesi industrializzati (Nord America, Oceania ed Europa) esso viene riportato spesso come il motivo fondante della creazione di PPP, nei PVS e nei Paesi di prima industrializzazione si associa inscindibilmente a motivazioni di ottimizzazione delle funzioni sociali dello Stato, in termini sia di estensione della copertura sanitaria (incremento della quota di popolazione in grado di ricevere cure), sia di qualità delle prestazioni (erogazione di assistenza specialistica e tecnica per la quale il pubblico non dispone di competenze specifiche).

Come teorizzato da Girishankar (1999), il contesto regolativo e istituzionale sembra inoltre svolgere un ruolo decisivo. L'analisi ha dimostrato, infatti, come la preponderanza delle esperienze sia stata avviata a seguito di una spinta propulsiva da parte degli organi d'indirizzo politico sovra ordinati – si pensi alla pubblicazione di linee guida in Canada, emanazione di legislazione specifica in India, Portogallo e Spagna, previsione di forme possibili nell'ambito della normativa di settore in Austria. Nei casi (Wankie Colliery Hospital in Zimbabwe) in cui la *partnership* sia stata intrapresa in assenza di un contesto

legislativo minimo (che disciplinasse, a titolo esemplificativo, le procedure competitive per l'affidamento di servizi pubblici), l'evidenza ha mostrato come la garanzia per la controparte pubblica di ottenere incrementi di efficienza dalla collaborazione sia stata decisamente limitata.

I risultati della collaborazione vanno valutati rispetto allo scostamento tra obiettivi programmati e attività implementata in termini economici (autonomia gestionale e finanziaria) e sociali (efficacia del servizio erogato). Solamente poco più della metà (60% circa) delle esperienze operative analizzate sembrano aver raggiunto gli obiettivi programmati in termini economici e di generazione di valore pubblico. I ritorni maggiori in termini di investimento e di efficienza si sono registrati nel caso dei servizi diagnostici e di ricerca (tipologia IV). Le esperienze di assistenza sanitaria in zone disagiate (VII), seppur ampiamente giustificate sul piano dell'equità all'accesso, non sembrano invece aver prodotto sempre risultati positivi, a causa soprattutto della difficoltà di monitoraggio da parte delle autorità pubbliche. Le evidenze empiriche hanno così confermato l'ipotesi di Preker *et al.* (2000): da un lato, infatti, non si sono registrati casi di *partnership* con soggetti privati per attività rientranti nelle Tipologie VIII e IX<sup>13</sup>; dall'altro, le maggiori difficoltà si sono riscontrate proprio per la Tipologia VII, caratterizzata per sua natura da uno scarso livello di misurabilità. La debolezza del contraente pubblico è stata poi una caratteristica trasversale in quasi tutti i casi. Le motivazioni sono riconducibili a diversi aspetti: mancanza di competenze dell'apparato burocratico predisposto alla fase di contrattazione, vulnerabilità politica dei dirigenti pubblici e incapacità di fornire valide alternative all'intervento privato, azioni di cattura da parte del contraente – spesso monopolista – nel mercato locale.

Alle suddette considerazioni si deve poi aggiungere un aspetto rilevante, ovvero il carattere necessario e universale del servizio sanitario, che impegna lo Stato a garantire la continuità dell'erogazione anche in presenza di fallimenti della gestione privata. L'insostenibilità finanziaria della struttura di partenariato ha così compromesso in maniera decisiva l'autonomia e l'imparzialità delle azioni della stessa, favorendo la messa in

atto di strategie di selezione della domanda che hanno impedito il raggiungimento degli obiettivi essenziali di ogni servizio sanitario pubblico.

Il carattere sistematico di incompletezza dei contratti e l'eccessiva approssimazione con cui si è proceduto alla stima delle clausole degli accordi sono tra i motivi principali, indipendentemente dall'area geografica interessata, del fallimento di molte esperienze.

Le previsioni errate si sono concentrate su tre dimensioni principali: determinazione dell'entità del rimborso pubblico<sup>14</sup> (Latrobe Regional Hospital e Alzira Hospital), previsione dei costi gestione (Port Macquaire Hospital) e stima della domanda futura (Misura Base Hospital e Wankie Colliery Hospital). La mancanza di un'adeguata ripartizione delle responsabilità ha poi comportato il sostenimento della quasi totalità dei rischi da parte del soggetto pubblico. La situazione di disavanzo in cui si sono venute spesso a trovare le strutture ha obbligato pertanto le autorità governative, al fine di salvaguardare l'erogazione del servizio pubblico, ad ingenti piani di rifinanziamento<sup>15</sup>, indebolendo così una delle motivazioni fondanti la costituzione della *partnership* (ovvero, come sottolineato da Fiorentini *et al.*, 2002, quella dell'auto sostenibilità finanziaria ed economica del progetto).

#### 4. Il contesto nazionale e le sperimentazioni gestionali

Nel contesto nazionale la possibilità di introdurre forme di collaborazione tra soggetti pubblici e privati, con particolare riferimento alla gestione dei servizi diretti alla persona, è ricondotto primariamente alla disciplina delle sperimentazioni gestionali. Sebbene non sia ancora possibile fornire, ad oggi, una definizione formale della sperimentazione quale istituto giuridico – in quanto essa si configura non tanto come fine, quanto piuttosto come metodo di introduzione empirica nel sistema sanitario di modelli organizzativi e strumenti gestionali innovativi – il legislatore nazionale ha delineato, nel corso degli anni, un quadro normativo di rilievo all'interno del quale dottrina e giurisprudenza hanno contribuito ad alimentare il dibattito sul tema (ASSR, 2004; Bartoloni *et al.*, 2003; Bensa,

Pellegrini, 2002; Dugato, 2000; Fiorentini *et al.*, 2002).

In **tabella 5** si propone una sintesi del quadro normativo in tema. In particolare si evidenzia come, nel quadro attuale, rivesta un ruolo significativo la Regione, che è incaricata dell'approvazione dei progetti che prevedano il ricorso alle sperimentazioni gestionali.

Ad oggi esistono ancora pochi studi empirici a livello nazionale e regionale<sup>16</sup> sul tema delle sperimentazioni gestionali. Il maggiore contributo allo studio delle evidenze empiriche di collaborazioni pubblico-privato implementate ad oggi nel settore sanitario italiano è stato fornito dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali: l'indagine conoscitiva condotta nel corso del 2002<sup>17</sup> ha analizzato in particolare tre diversi ambiti di intervento:

- forme innovative di collaborazione tra soggetti pubblici e privati per lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute (sperimentazioni gestionali ex art. 9 bis);
- forme innovative di collaborazione tra soggetti pubblici e privati non per compiti diretti di tutela della salute o altre forme organizzative liberamente promosse dalle aziende;
- forme innovative promosse dal Ministero della salute con il finanziamento di progetti di ricerca su modelli organizzativi e gestionali innovativi (art. 12 D.L.vo 502/92).

A partire dalla base dati raccolta nel rapporto ASSR (Bensa, Pellegrini, 2002), aggiornata con ulteriori fonti dirette e scremata in funzione dell'oggetto di studio, si è voluta ricostruire nelle seguenti pagine una sintesi delle principali evidenze attuate sul territorio nazionale. Rispetto alla totalità delle iniziative già avviate o in corso di avvio, si è scelto di focalizzare l'attenzione sulle *partnership* formali, che impattano su servizi sanitari essenziali (degenza ordinaria e *day hospital*) e diagnostici, dove sia prevista la presenza di soggetti privati (quindi sono state escluse le sperimentazioni che hanno coinvolto solo soggetti pubblici) e laddove l'apporto del soggetto privato non sia stato solo di natura economico-finanziaria ma anche (o esclusivamente) di natura gestionale. Con questi presupposti è possibile individuare 65 espe-

**Tabella 5**

Fonti normative in tema di sperimentazioni gestionali

| FONTE NORMATIVA   | CONTENUTI DELLA DISPOSIZIONE   |
|---|--|
| L. 412/91, art. 4, c. 6   | Introduce la possibilità di attuare forme di collaborazione tra pubblico e privato per l'acquisizione di risorse finanziarie, di conoscenze e di esperienze finalizzate al miglioramento dell'efficienza del sistema, definendone l'ambito di applicazione e consentendo anche deroghe alla normativa vigente, fatta eccezione per il rispetto dei LEA e dei rispettivi finanziamenti.   |
| D.L.vo 502/92, art. 9-bis (introdotto dall'art. 11 del D.L.vo 517/93) | Definisce un nuovo regime procedurale di attuazione delle sperimentazioni gestionali. Prevede che la Conferenza Stato-Regioni individui 9 aziende in cui effettuare sperimentazioni, tramite convenzioni con organismi pubblici e privati, ovvero società a capitale misto.  |
| D.L.vo 229/99, art. 10  | <p>Accentuazione dei profili di garanzia per il soggetto pubblico tramite una specifica disciplina delle sperimentazioni attuate tramite la costituzione di società di capitali per lo svolgimento di compiti di tutela della salute. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• preferenza per organizzazioni non lucrative di utilità sociale (lett. a);</li> <li>• compagnie azionaria privata minoritaria (lett. b);</li> <li>• limitazioni alla facoltà di cessione della quota pubblica nei confronti dei soggetti privati che partecipano alla sperimentazione (lett. c);</li> <li>• disciplina delle forme di risoluzione del rapporto contrattuale in caso di inadempienze agli obblighi o di accertate posizioni debitorie nei confronti di terzi da parte dei privati che partecipano alla sperimentazione (lett. d);</li> <li>• chiara definizione dei compiti, delle funzioni e dei rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati (lett. e);</li> <li>• modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione (lett. f);</li> <li>• cambiamenti in riferimento ai soggetti titolari delle funzioni di autorizzazione e monitoraggio, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>– in capo alla Regione il potere di proposta;</li> <li>– in capo alla Conferenza Stato-Regioni il potere di autorizzazione preventiva di tutti i programmi presentati;</li> <li>– in capo al Governo e alle Regioni il compito di messa a regime delle esperienze, al termine del triennio di sperimentazione.</li> </ul> </li> </ul> <p>Divieto per aziende del Ssn di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute, al di fuori delle sperimentazioni autorizzate.</p> |
| L. 388/2000, art. 90  | Esenzione dalle imposte sino al 31/12/2001, per il trasferimento dei beni – anche immobili e aziende – a favore di fondazioni di diritto privato e di enti pubblici effettuato nell'ambito delle sperimentazioni.  |
| L. 405/01, art.3, c. 6  | A seguito delle modifiche al Titolo V della Costituzione – e il conseguente complessivo rafforzamento delle potestà normative regionali nel settore sanitario, inserito tra le materie di legislazione concorrente – la norma dà piena potestà autorizzativa sulle sperimentazioni gestionali alle Regioni e Province autonome. Viene così soppresso il ruolo autorizzatorio della Conferenza Stato-Regioni, alla quale resta invece il compito di monitoraggio annuale in itinere.  |

rienze di *partnership* pubblico-privato, che sono riassunte nella **tabella 6**. Per ciascuna iniziativa si riporta l'ambito regionale di riferimento, l'ente promotore, la tipologia di modello adottato, il nome attribuito al progetto/società e i principali ambiti di intervento della collaborazione. Per quanto riguarda la classificazione delle diverse tipologie di modelli adottati<sup>18</sup> e degli ambiti di intervento<sup>19</sup> è stata ripresa e in parte riadattata quella proposta da Bensa e Pellegrini (2002).

Dai dati riportati in **tabella 7** si evince come quasi tutte le regioni (fanno eccezione solo Val d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Abruzzo, Molise e Calabria) hanno avviato esperienze di sperimentazioni gestionali intese come collaborazioni formali pubblico-privato aventi ad oggetto servizi sanitari e socio-sanitari. Tuttavia, il numero di queste iniziative varia sensibilmente tra le regioni (la Lombardia si configura come la regione più attiva su questo fronte, rap-



Tabella 6

Mappatura delle sperimentazioni (partnership formali pubblico-privato aventi ad oggetto servizi sanitari)

| STRUTTURA PUBBLICA PROMOTTRICE        | REGIONE   | MODELLO ADOTTATO   | OGGETTO DELLA COLLABORAZIONE   | AMBITO DI INTERVENTO                                       |
|---------------------------------------|-----------|--|--|--|
| Ao Santa Croce e Carle di Cuneo       | Piemonte  | Società mista  | AMOS S.p.a. Azienda Multiservizi Ospedalieri Sanitari operante prevalentemente nella provincia di Cuneo  | Servizi diagnostica/abbotto<br>Servizi socio assistenziali |
| Asl 1 Torino                          | Piemonte  | Società mista  | Gestione e valorizzazione strutturale del P.O. oftalmico   | Servizi sanitari essenziali e ambulatoriali                |
| Asl 14 VCO                            | Piemonte  | Società mista  | Polo ortopedico per le attività specialistiche nella struttura Madonna del Popolo di Omega   | Servizi sanitari essenziali, ambulatoriali e diagnostica   |
| Ao Chiari                             | Lombardia | Concessione di costruzione e gestione                              | Riconversione del P.O. Palazzolo sull'Oglio ad attività socio assistenziali (geriatria)  | Servizi socio assistenziali                                |
| Ao Sondalo                            | Lombardia | Concessione di costruzione e gestione e contratto di finanziamento | Realizzazione di un centro riabilitativo   | Servizi di riabilitazione                                  |
| Ao S.Paolo Milano                     | Lombardia | Società mista  | Realizzazione del «Dental Building»  | Servizi sanitari essenziali, servizi diagnostica           |
| Ao Chiari                             | Lombardia | Concessione in gestione  | Realizzazione del Nuovo Ospedale di Rovato, con specializzazione nella riabilitazione post-acuta   | Servizi di riabilitazione                                  |
| Ao Bolognini di Seriate               | Lombardia | Associazione in partecipazione                                     | Potenziamento e riorganizzazione del P.O. di Sarnico, con realizzazione di un centro di riabilitazione polifunzionale multizonale  | Servizi di riabilitazione                                  |
| Ao Bolognini di Seriate               | Lombardia | Società Mista  | Ristrutturazione e riorganizzazione del P.O. di Trescore Balneario   | Servizi sanitari essenziali                                |
| Ao Carlo Poma di Mantova              | Lombardia | Fondazione di partecipazione                                       | Riorganizzazione del P.O. di Suzzara e adeguamento della struttura esistente agli standard di accreditamento   | Servizi sanitari essenziali                                |
| Ao Carlo Poma di Mantova              | Lombardia | Concessione di costruzione e gestione                              | Riconversione del P.O. di Volta Mantovana per acuti in Centro di Lungodegenza e riabilitazione neuromotoria  | Servizi di lungodegenza<br>Servizi di riabilitazione       |
| Ao Carlo Poma di Mantova              | Lombardia | Fondazione di partecipazione                                       | Riqualificazione ed adeguamento del P.O. di Castiglione delle Stiviere   | Servizi sanitari essenziali                                |
| Ao S. Carlo                           | Lombardia | Associazione in partecipazione                                     | «Centro CYBER KNIFE» in Associazione di Partecipazione con l'IRCCS Besta e il CDI per il trattamento radiocirurgico stereotassico non invasivo delle lesioni neoplastiche e patologie funzionali cerebrali | Servizi diagnostica/abbotto                                |
| Ao Desenzano                          | Lombardia | Associazione in partecipazione                                     | Riqualificazione dell'offerta riabilitativa dell'Alto Garda e Valsabbia  | Servizi di riabilitazione                                  |
| Ao Bolognini di Seriate               | Lombardia | Associazione in partecipazione                                     | Progetto di potenziamento e gestione dei servizi di nefrologia e dialisi   | Servizi diagnostica  |
| Ao Desenzano                          | Lombardia | Associazione in partecipazione                                     | Attivazione di una comunità protetta per pazienti psichiatrici nel comune di Pontevico   | Servizi socio assistenziali                                |
| Ao Bolognini di Seriate               | Lombardia | Associazione in partecipazione                                     | Creazione e gestione di un centro per la cura dei malati di Alzheimer presso il P.O. di Gazzaniga  | Servizi sanitari essenziali e Servizi di lungodegenza      |
| Ao San Gerardo di Monza               | Lombardia | Fondazione di partecipazione                                       | Attivazione della fondazione «Monza per il bambino e la sua mamma»   | Servizi diagnostica e socio sanitari                       |
| IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia | Lombardia | Associazione in partecipazione                                     | Attivazione di un centro di riabilitazione termale presso le terme di Salice S.p.a.  | Servizi di riabilitazione                                  |

(segue) Tabella 6

Mappatura delle sperimentazioni (partnership formali pubblico-privato aventi ad oggetto servizi sanitari)

| STRUTTURA PUBBLICA PROMOTTRICE                            | REGIONE               | MODELLO ADOTTATO               | OGGETTO DELLA COLLABORAZIONE   | AMBITO DI INTERVENTO                                 |
|---|-----------------------|--------------------------------|--|--|
| Ao Desenzano  | Lombardia             | Associazione in partecipazione | Riqualificazione del percorso riabilitativo nella bassa bresciana (P.O. di Lano)   | Servizi di riabilitazione                            |
| Ao di Melegnano   | Lombardia             | Associazione in partecipazione | Riorganizzazione e la gestione delle attività di riabilitazione generale e geriatria presso il P.O. di Cernusco sul Naviglio           | Servizi di riabilitazione<br>Servizi di lungodegenza |
| Asl Bolzano   | Bolzano               | Società Mista                  | Potenziamento strutture radioterapia   | Servizi diagnostica                                  |
| Azienda Sanitaria della Provincia di Bolzano              | PA Bolzano            | Società Mista                  | Creazione di un centro di riabilitazione di III Livello presso l'Ospedale di Vipiteno (Comprensorio sanitario di Bressanone)           | Servizi di riabilitazione                            |
| Asl 1 Belluno   | Veneto                | Fondazione                     | Fondazione «Humanitas Belluno ONLUS» per la gestione servizi nell'area anziani   | Socio lungodegenza e<br>Servizi socio assistenziali  |
| Asl 1 Belluno   | Veneto                | Società Mista                  | Istituto Codivilla Putti   | Servizi sanitari essenziali<br>Servizi diagnostica   |
| Asl 22 Bussolengo   | Veneto                | Società Mista                  | Gestione P.O. Malcesine sul Garda  | Servizi sanitari essenziali                          |
| Asl 14 Chioggia   | Veneto                | Società Mista                  | Cittadella socio-sanitaria multifunzionale di riabilitazione   | Servizi riabilitazione e Servizi socio assistenziali |
| Asl 18 Rovigo   | Veneto                | Società Mista                  | International Cancer Center (società pubblica-onlus)   | Servizi sanitari essenziali e Servizi di diagnostica |
| Asl 9 Treviso   | Veneto                | Società Mista                  | Gestione del P.O. di Motta di Livenza ad alta specializzazione per riabilitazione funzionale   | Servizi di riabilitazione                            |
| Ao Santa Maria Misericordia di Udine                      | Friuli Venezia Giulia | Società mista                  | Realizzazione e gestione del servizio di CT PET e connessa produzione dei radiofarmaci con ciclotrone                                  | Servizi diagnostica e laboratorio                    |
| Ospedale Classificato Evangelico Internazionale di Genova | Liguria               | Società mista                  | Potenziamento attività di oculistica con stipula di contratto con società di professionisti per le relative prestazioni                | Servizi sanitari essenziali e servizi ambulatoriali  |
| Ospedale Classificato Galliera di Genova                  | Liguria               | Convenzioni                    | Valorizzazione del laboratorio ospedaliero di genetica   | Servizi diagnostica/laboratorio                      |
| Asl 1 La Spezia   | Liguria               | Società mista                  | Gestione servizi assistenziali   | Servizi socio assistenziali                          |
| Asl Modena  | Emilia Romagna        | Società mista                  | Nuovo Ospedale di Sassuolo S.p.a.  | Servizi sanitari essenziali                          |
| Asl Reggio Emilia   | Emilia Romagna        | Stipula accordi                | Accordo siglato tra Asl, A.O. universitaria di Parma, A.O. Santa Maria Nuova e Salus Hospital per offerta prestazioni cardiocirurgiche | Servizi sanitari essenziali                          |
| Asl Forlì   | Emilia Romagna        | Società mista                  | Istituto Scientifico per lo studio e la cura dei tumori (IRST S.r.l.)  | Servizi sanitari essenziali                          |
| Asl Imola   | Emilia Romagna        | Società mista                  | Montecatone Rehabilitation Institute (MRI S.p.a.)  | Servizi di riabilitazione                            |
| Asl Ravenna   | Emilia Romagna        | Stipula Convenzioni            | Realizzazione e gestione integrata di un centro di dialisi ed assistenza limitata presso la casa di cura Domus Nova di Ravenna         | Servizi sanitari essenziali e socio assistenziali    |
| Asl 8 Arezzo  | Toscana               | Società mista                  | Gestione e sviluppo della attività di riabilitazione nella zona di Valdarno  | Servizi di riabilitazione                            |
| Asl 8 Arezzo  | Toscana               | Global Service                 | Attivazione di una nuova RSA con 40 posti letto residenziali.  | Servizi socio assistenziali                          |
| Ao Anna Meyer di Firenze                                  | Toscana               | Fondazione                     | Supporto alla realizzazione dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze  | Servizi sanitari essenziali                          |
| Asl 6 Livorno   | Toscana               | Società Mista                  | Conduzione Officina Ortoprotesica  | Servizi laboratorio e servizi di riabilitazione      |

(segue) Tabella 6

Mappatura delle sperimentazioni (partnership formali pubblico-privato aventi ad oggetto servizi sanitari)

| STRUTTURA PUBBLICA PROMOTTRICE  | REGIONE    | MODELLO ADOTTATO   | OGGETTO DELLA COLLABORAZIONE  | AMBITO DI INTERVENTO                                    |
|---|------------|--------------------|---|---|
| Asl 5 Pisa  | Toscana    | Società Mista      | Creazione Auxilium Vitae Volterra Spa, centro clinico multispecialistico ad indirizzo riabilitativo   | Servizi sanitari essenziali e servizi di riabilitazione |
| Ao Siena  | Toscana    | Società Consortile | Centro Scienze Neurologiche   | Servizi di diagnostica/laboratorio e ricerca            |
| Asl 10 Firenze  | Toscana    | Società Mista      | Centro oculistico di alta specializzazione  | Servizi sanitari essenziali e ambulatoriali             |
| Asl 1 Massa e Carrara   | Toscana    | Società Mista      | Polo eccellenza di riabilitazione neurologica, neuromotoria e cardiorespiratoria  | Servizi di riabilitazione                               |
| Ao Pisa   | Toscana    | Società Mista      | Istituto Genetica Molecolare per indagini specialistiche di biologia molecolare   | Servizi di ricerca, diagnostica e laboratorio           |
| Ao di Perugia   | Umbria     | Società Mista      | Realizzazione e gestione Centro di Ortopedia presso il Polo Ospedaliero di Perugia  | Servizi sanitari essenziali                             |
| Asl 1 Perugia   | Umbria     | Società Mista      | Clinica di Riabilitazione Prosperius Tiberino   | Servizi di riabilitazione                               |
| Asl 2 Urbino  | Marche     | Società Mista      | Gestione P.O. di Sassocorvaro   | Servizi sanitari essenziali                             |
| Asl 7 Ancona  | Marche     | Convenzioni        | Erogazione prestazioni socio-sanitarie in convenzione con due partner privati (Anni Azzurri del Conero e Abitare Tempo)   | Servizi socio assistenziali                             |
| Asl 2 Urbino  | Marche     | Società mista      | RSR intensiva ospedaliera ed estensiva ambulatoriale presso il PO A. Celli di Cagli   | Servizi sanitari essenziali - servizi ambulatoriali     |
| Asl 9 Macerata  | Marche     | Convenzioni        | Esternalizzazione diagnostica Pet e laboratorio di emodinamica  | Servizi diagnostica e laboratorio                       |
| Asl Roma D  | Lazio      | Società mista      | Health care Litorale Spa per l'erogazione di servizi di assistenza domiciliare nel territorio delle Asl RM D e F  | Servizi socio assistenziali                             |
| Asl Roma D  | Lazio      | Società mista      | ICC Integrated County Care - Paziente e ambiente  | Servizi socio assistenziali                             |
| Asl Roma G  | Lazio      | Società mista      | Valmontone Hospital S.p.a.  | Servizi sanitari essenziali                             |
| Asl Roma B  | Lazio      | Società mista      | Policlinico Casilino S.p.a.   | Servizi sanitari essenziali                             |
| Asl 1 Benevento   | Campania   | Società mista      | Creazione e gestione di una struttura pubblica riabilitativa qualificata  | Servizi di riabilitazione                               |
| Asl 3 Salerno   | Campania   | Società mista      | Centri di radioterapia-radiochirurgia stereotassica «Calzoni Radiosurgery Center Acropoli»  | Servizi sanitari essenziali e ambulatoriali             |
| Asl 1 Caserta   | Campania   | Società mista      | Progetto sperimentale di <i>day surgery</i>   | Servizi sanitari essenziali                             |
| Asl Brindisi  | Puglia     | Società consortile | Istituto Scientifico Biomedico Euromediterraneo   | Servizi di ricerca, diagnostica e laboratorio           |
| Azienda ospedaliera Ospedale Oncologico Regionale di Rionero in Vulture | Basilicata | Società mista      | Gestione servizi prevenzione, ricerca, ricovero, cura e riabilitazione in campo oncologico dell'Ospedale oncologico di Rionero in Vulture in collaborazione con l'Istituto Tumori di Milano | Servizi sanitari essenziali e servizi di riabilitazione |
| Ausl 6  | Sicilia    | Fondazione         | Fondazione San Raffaele-San Giglio di Cefalù per la gestione del presidio ospedaliero pubblico «Giuseppe Giglio» di Cefalù  | Servizi sanitari essenziali                             |
| ISMETT  | Sicilia    | Società mista      | Creazione e gestione Istituto Mediterraneo per i trapianti in partnership tra ARNAS Civivo, A.O. Cervello e il Centro Medico dell'Università di Pittsburgh                                  | Servizi sanitari essenziali                             |
| Azienda Usl 7 di Carbonia   | Sardegna   | Società mista      | Insieme Servizi RSA S.p.a., per la riqualificazione delle strutture ospedaliere impropriamente utilizzate e la realizzazione di una rete di servizi socio-assistenziali attualmente carenti | Servizi socio assistenziali                             |

| Regione                   | Totale    | %           |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Lombardia                 | 18        | 27,7%       |
| Toscana                   | 9         | 13,8%       |
| Veneto                    | 6         | 9,2%        |
| Emilia-Romagna            | 5         | 7,7%        |
| Lazio                     | 4         | 6,2%        |
| Marche                    | 4         | 6,2%        |
| Campania                  | 3         | 4,6%        |
| Liguria                   | 3         | 4,6%        |
| Piemonte                  | 3         | 4,6%        |
| Sicilia                   | 2         | 3,1%        |
| Umbria                    | 2         | 3,1%        |
| Basilicata                | 1         | 1,5%        |
| Bolzano                   | 2         | 3,1%        |
| Friuli-Venezia Giulia     | 1         | 1,5%        |
| Puglia                    | 1         | 1,5%        |
| Sardegna                  | 1         | 1,5%        |
| <b>Totale complessivo</b> | <b>65</b> | <b>100%</b> |

**Tabella 7**

La distribuzione regionale delle esperienze analizzate

presentando, da sola, quasi il 30% del totale complessivo delle esperienze analizzate). In linea di massima, le iniziative censite si concentrano prevalentemente al centro-nord (nelle regioni di dimensioni medio-grandi) mentre in 4 regioni si registra una sola sperimentazione con le caratteristiche identificate.

Rispetto alle formule societarie/contrattuali utilizzate e riportate in **tabella 8** si nota come:

– la formula istituzionale preferita prevede la creazione di una società di capitali mista pubblico-privato;

– le forme che prevedono la creazione di un nuovo soggetto giuridico (Società mista, Associazione in partecipazione, Fondazione, Fondazione di partecipazione, Società consortile) rappresentano l'87,7% delle esperienze analizzate, ad indicare che nel momento in cui il soggetto pubblico decide di coinvolgere un soggetto privato per la gestione dei servizi *core*, si dota di un assetto istituzionale stabile e controllabile, in grado di limitare le asimmetrie informative derivanti dalla stipula di contratti o convenzioni, rispetto ai quali il flusso informativo disponibile deriva, di fatto, solo dalla valutazione dell'attività svolta dal soggetto privato.

Tutte le regioni che fanno registrare più di una sperimentazione (ad eccezione di Lazio, Campania e Piemonte), hanno deciso (tabella 6) di non concentrarsi su un solo modello istituzionale, individuando, di volta in volta, l'alternativa più appropriata in relazione agli assetti che si vogliono preservare e alla tipologia di servizi che si intende erogare.

Con riferimento alle aree di intervento (**tabella 9**), si nota come il principale ambito interessato dalle collaborazioni pubblico-privato è costituito dai servizi sanitari essenziali, seguiti dai servizi di riabilitazione e da quelli di diagnostica e laboratorio. Limitate sono invece le esperienze di collaborazione

**Tabella 8**

La distribuzione delle esperienze analizzate rispetto al modello adottato

| Modello adottato   | Totale    | %             |
|--|-----------|---------------|
| Società mista  | 38        | 58,5%         |
| Associazione in partecipazione                                     | 9         | 13,8%         |
| Convenzioni  | 3         | 4,6%          |
| Fondazione   | 3         | 4,6%          |
| Fondazione di partecipazione                                       | 3         | 4,6%          |
| Concessione di costruzione e gestione                              | 2         | 3,1%          |
| Società consortile   | 2         | 3,1%          |
| Concessione di costruzione e gestione e contratto di finanziamento | 1         | 1,5%          |
| Concessione in gestione  | 1         | 1,5%          |
| Global Service   | 1         | 1,5%          |
| Stipula accordi  | 1         | 1,5%          |
| Stipula convenzioni  | 1         | 1,5%          |
| <b>Totale complessivo</b>  | <b>65</b> | <b>100,0%</b> |

aventi ad oggetto attività ambulatoriali e di lungodegenza.

#### 4.1. Considerazioni sulle evidenze del contesto nazionale

L'analisi condotta a livello nazionale consente di formulare alcune considerazioni circa i vantaggi e i limiti connessi all'introduzione di forme di collaborazione pubblico-privato nella gestione di servizi sanitari.

Un primo aspetto determinante riguarda la scelta dell'assetto istituzionale che caratterizza la *partnership* (informale, contrattuale, formale).

Il partenariato contrattuale, seppur ampiamente impiegato per i servizi accessori o ausiliari, non appare altrettanto adeguato per la gestione di servizi sanitari in relazione a due ordini di motivi. Da un lato, tale configurazione, sebbene garantisca un possibile contenimento dei costi di gestione e responsabilizzi il contraente privato sulle attività erogate, rischia, nel lungo termine, di causare la perdita di controllo su alcune variabili strategiche, legate al mantenimento del patrimonio di conoscenze e competenze sulle attività oggetto di esternalizzazione. Dall'altro, l'oggetto del contratto è costituito da prestazioni ad elevata complessità; ciò può generare notevoli difficoltà nella predisposizione di adeguati strumenti per il controllo degli standard quali e quantitativi dei servizi erogati. La difficoltà nella definizione di un *set* puntuale di clausole e parametri oggettivi – in termini di modalità e fattori produttivi impiegati nella gestione, oltre che di misurazione degli *output* – che siano al contempo vincolanti per il fornitore e di piena garanzia per il committente pubblico, attribuisce ai contratti aventi ad oggetto l'erogazione di servizi sanitari un carattere sistematico di incompletezza. La flessibilità negoziale indotta dalla stipula di contratti incompleti, data l'incapacità di regolare a priori ogni elemento del rapporto, genera inoltre elevati costi di transazione e di monitoraggio. Infine, il soggetto pubblico, titolare della funzione, è chiamato ad intervenire per ripianare le inefficienze di gestione ogni qual volta la continuità dell'erogazione del servizio sanitario e la qualità dello stesso possano essere compromesse, rendendo di fatto impossibile operare un effettivo trasferimento del rischio

| Ambito di applicazione<br>(alcune esperienze prevedono più di un ambito) | Totale | %   |
|--|--------|-----|
| Ricerca e servizi diagnostici/laboratorio                                | 16     | 19% |
| Servizi sanitari essenziali (ricovero)                                   | 27     | 32% |
| Servizi ambulatoriali  | 5      | 6%  |
| Servizi di riabilitazione  | 19     | 23% |
| Servizi di lungo degenza   | 4      | 5%  |
| Servizi socio-assistenziali  | 13     | 15% |

in capo al contraente privato ed una piena responsabilizzazione dello stesso. Proprio per questi motivi, la formula contrattuale appare maggiormente adatta alla gestione di attività di laboratorio e di diagnostica o alla gestione di interventi in regime di *day surgery* o *day hospital*, i quali si caratterizzano per una più marcata standardizzabilità dei processi e misurabilità degli *output*. L'analisi sul contesto italiano ha inoltre mostrato una discreta diffusione delle collaborazioni aventi ad oggetto attività di riabilitazione, mentre si conferma limitato il ricorso ad esse per l'erogazione di servizi ambulatoriali.

A conferma di tali considerazioni, si nota come il nostro legislatore, nel disciplinare le forme di collaborazione tra le aziende del Ssn e operatori privati per l'erogazione di servizi sanitari, ha privilegiato le *partnership* formali e, in particolare, le società miste.

Rispetto all'istituzione di tali società che, si ricorda, sono state adottate in circa il 60% delle esperienze attivate nel nostro Paese, si sottolineano alcuni profili critici in relazione alle procedure per la selezione del socio privato, alla gestione del personale e alle logiche di remunerazione per le attività erogate.

Con riferimento al primo punto, l'analisi ha evidenziato come l'obiettivo che induce le aziende sanitarie pubbliche alla stipula di tali *partnership* è il miglioramento della qualità dell'assistenza pubblica erogata e dell'efficienza del processo di produzione della stessa; di conseguenza, il socio pubblico, che detiene per legge la maggioranza delle quote societarie, intende re-investire le risorse «liberate» nella società stessa, sottoforma di progetti di sviluppo e innovazione a scapito della distribuzione di dividendi. Ciò inevitabilmente induce a riflettere sulla tipologia di soci privati che possano plausibilmente essere coinvolti in tali forme di collaborazione,

**Tabella 9**

La distribuzione per ambito di applicazione

alla luce anche delle modifiche introdotte dal cd. Decreto Bersani, art. 13 L. 248/06, che ha imposto alle società miste, partecipate da amministrazioni pubbliche per la produzione di beni e servizi strumentali alla loro attività, di operare esclusivamente con gli enti partecipanti, vietando lo svolgimento di prestazioni a favore di altri enti soggetti pubblici o privati e la partecipazione ad altre società o enti. Si profilano in questo contesto due scenari. Nel caso in cui la *partnership* nasca in risposta ad esigenze locali, quale ad esempio la riorganizzazione della rete ospedaliera con la riduzione del numero di posti-letto in un ambito in cui siano operative sia strutture pubbliche che private accreditate, l'interesse del privato può essere orientato primariamente al mantenimento dell'operatività nel contesto locale e, in tal caso, la *partnership* costituirebbe una soluzione ottimale a garanzia della continuità dell'assistenza sanitaria.

Nel caso invece in cui la società si costituisca *ex novo* per l'erogazione di attività che l'azienda sanitaria svolgeva direttamente ovvero in appalto a terzi, l'interesse a partecipare per eventuali soggetti privati industriali – a parità di altre condizioni – potrebbe risultare notevolmente ridotta. Da un lato, infatti, si dovrebbe garantire imparzialità nel processo di aggiudicazione delle forniture alla società (procedendo con appalti ad evidenza pubblica che non consentono di privilegiare il socio industriale), dall'altro l'ambito di azione è limitato al bacino rappresentato dai soci, precludendo strategie di diversificazione e ampliamento del portafoglio di attività ad altri clienti e settori. La tipologia di soggetti maggiormente adatta a tali forme di collaborazione sembra pertanto essere costituita da soci istituzionali, quali fondazioni o banche attive a livello locale e interessate pertanto a sostenere lo sviluppo economico e sociale della comunità di riferimento.

Il secondo profilo critico concerne la gestione del personale e, nello specifico, il profilo contrattuale dei dipendenti pubblici coinvolti nella *partnership*. Giuridicamente il passaggio delle attività sanitarie dalla Asl alla società mista si configura come trasferimento di ramo d'azienda; in questa circostanza la legge prevede che il rapporto di lavoro debba continuare con l'acquirente<sup>20</sup>. Di conseguenza il trattamento dei dipendenti pubblici della Asl che vengono coinvolti

nella società dovrebbe essere equiparato a tutti gli effetti alla disciplina di lavoro privatistica. Tale previsione si presta a sollevare resistenze da parte degli operatori pubblici all'avvio della collaborazione; di conseguenza, al fine di salvaguardare la continuità contrattuale e l'attività della società, le esperienze ad oggi attuate hanno promosso soluzioni di compromesso, prevedendo in particolare, per i dipendenti pubblici alle dipendenze della società, l'istituto del comando. Tale istituto prevede che durante la sperimentazione, il personale mantiene il proprio contratto pubblico, posticipando solo al termine del triennio il passaggio al regime privatistico. Si viene così a configurare una situazione in cui il trasferimento dei dipendenti è soggetto a condizione sospensiva di efficacia – la messa a regime della sperimentazione. Tale soluzione, che consente al lavoratore pubblico, di fatto, di mantenere il proprio contratto per un tempo determinato e di scegliere in un momento successivo il regime preferibile (nel caso non voglia passare al regime privatistico, ha il diritto ad essere reintegrato in un'altra struttura della medesima Asl), non risolve tuttavia la radice del problema. Da un lato, la previsione si limita esclusivamente a posticipare l'adozione di una risposta definitiva; dall'altro, crea l'esigenza di far coesistere, nella stessa azienda, personale sottoposto a discipline contrattualistiche diverse, non solo in termini di remunerazione, ma anche di garanzie. Tale profilo deve essere attentamente vagliato anche alla luce delle esigenze di flessibilità espresse nella gestione societaria, che evidenziano un generale incremento nell'adozione di contratti flessibili e remunerati a prestazione.

Un'ultima area di analisi concerne, infine, gli ambiti interessati dalla gestione. L'analisi dei risultati a livello internazionale ha evidenziato come nei casi di successo il ricorso a formule miste abbia determinato un'effettiva ottimizzazione nell'utilizzo della struttura; i principali guadagni d'efficienza si sono registrati in termini di qualità dei servizi erogati e di accessibilità, riduzione delle liste d'attesa, razionamento degli spazi e ottimizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche e di laboratorio. Si sono registrate, tuttavia, alcune criticità nella definizione dei criteri per il rimborso delle prestazioni sanitarie erogate. I meccanismi di finanziamento ba-

sati sui Drg, infatti, oltre alle problematiche inerenti alla tempistica nell'aggiornamento dei nomenclatori tariffari di riferimento, non prevedono il rimborso per l'insieme dei costi caratterizzanti una struttura che svolge funzioni pubbliche tipiche, quali le attività di emergenza. Tali attività vengono solitamente rimborsate a consuntivo, sulla base dei costi effettivi.

Si rileva, infine, come la presenza di una struttura pubblica quale principale – se non esclusivo – committente può rendere maggiormente complessa la programmazione e gestione finanziaria della società, a causa del ritardo con cui gli enti pubblici pagano i propri fornitori.

## 5. Conclusioni

La mappatura a livello internazionale e nazionale consente di trarre alcune considerazioni sulle implicazioni che modelli di collaborazione e *partnership* pubblico-privato possono determinare nel settore sanitario.

Un primo elemento di riflessione coinvolge la dimensione istituzionale delle aziende sanitarie. L'azienda sanitaria, in quanto istituto deputato al raggiungimento di determinate finalità individuabili, in prima approssimazione, nella prevenzione e cura della salute su un determinato territorio, orienta la propria attività seguendo specifiche condizioni e regole di funzionamento, riconducibili in generale a due tipologie:

- regole istituzionali (o regole costituenti), finalizzate alla definizione delle strutture e dei meccanismi di funzionamento del sistema;

- regole e comportamenti reali, dettate dalla necessità di adeguare l'azione alle mutevoli condizioni ambientali, ricorrendo a *know-how* e professionalità aziendali per assicurare una adeguata risposta alle specifiche esigenze della domanda (cd. dinamiche reali) (Del Vecchio, 2003).

Il contesto in cui le aziende sanitarie oggi operano si caratterizza per una continua crescita dei bisogni e della domanda di salute, per una costante tensione sulle risorse disponibili, per l'evoluzione verso nuovi assetti federalistici che inducono una sempre più spinta diffusione delle responsabilità e del

potere decisionale. In risposta a questo scenario, interventi intenzionali mirati alla mera ridefinizione istituzionale delle strutture e dei meccanismi di funzionamento delle aziende, non sembrano raggiungere soluzioni in grado di garantire effettive sinergie e razionalità al sistema in presenza di una pluralità di soggetti a forte autonomia.

D'altra parte, è possibile osservare alcuni fenomeni, che non sono sempre la diretta conseguenza di interventi intenzionali e che sono, quindi, ascrivibili tra le «dinamiche reali». Essi rappresentano un insieme di cambiamenti e spinte evolutive per la ricerca di nuove logiche e strumenti di governo che, coerentemente con la funzione istituzionale dell'ente di formulare politiche, produrre servizi o regolare attività produttive di altri soggetti, privilegino principi di economicità e funzionalità, criteri di concreta fattibilità tecnica, organizzativa nonché di sostenibilità sociale. Si riscontrano, quindi, interventi in grado di raccogliere e supportare le spinte evolutive spontanee che stanno attraversando i sistemi sanitari: essi si caratterizzano per l'impiego di strumenti informali, volti alla definizione di criteri decisionali e schemi valutativi che mirano non tanto ad imporre decisioni vincolanti, ma a dar vita a programmi, attività, iniziative che inducono a modificare le priorità e le convenienze dei singoli portatori di interesse e ad assumere comportamenti ed azioni che aderiscano sostanzialmente agli effettivi percorsi di cambiamento del sistema stesso.

L'adozione di logiche di *governance* possono trovare applicazione nell'ambito del funzionamento organizzativo di una singola azienda (modello organizzativo partecipativo), nelle dinamiche relazionali tra diversi enti/amministrazioni pubbliche (modello di *governance* di sistema pubblico) o nella gestione del sistema economico-sociale con cui l'ente si relaziona (sistema di *governance* globale) tramite strumenti di programmazione concertata e/o negoziata.

L'adozione di modelli gestionali innovativi come le collaborazioni pubblico-privato analizzate in questo scritto, finalizzati sia al recupero di margini di efficienza produttiva del sistema sanitario che alla creazione di sinergie tra i diversi soggetti che popolano il sistema, coinvolgono in particolare gli ultimi due livelli.

Rispetto alla dimensione delle relazioni tra gli attori pubblici coinvolti dall'iniziativa, emerge chiaramente la necessità di individuare adeguati strumenti e meccanismi di coordinamento di una rete complessa, in grado di ottemperare in maniera equilibrata le attese di tutti gli *stakeholder* e di raggiungere l'obiettivo di funzionamento razionale del sistema. In sistemi costituiti da un complesso insieme di soggetti interagenti, come sono i sistemi sanitari, l'implementazione di una politica pubblica, o più semplicemente di un'iniziativa innovativa, si scontra con un fattore ad alta criticità, ovvero la cd. «complessità dell'azione congiunta» (Pressman, Wildasky, 1984). Più un sistema è complesso, in termini di numerosità di attori, intensità e qualità delle interrelazioni, articolazione della distribuzione di poteri e responsabilità, più stringente è la necessità di ricorrere ad adeguati strumenti di coordinamento e negoziazione che consentano di raggiungere un compromesso tra opzioni conflittuali e risultati potenzialmente non realizzabili a livello di singoli attori.

L'analisi del processo decisionale deve quindi essere focalizzato non tanto sulla singola organizzazione (l'Azienda sanitaria promotrice della *partnership*), quanto piuttosto rispetto al *network*, ossia lo Spazio organizzativo all'interno del quale avvengono le relazioni di scambio tra più organizzazioni (Regione, Aziende sanitarie, Comuni della provincia) (Longo, 1992).

Le sperimentazioni gestionali concorrono a porre in evidenza un'ulteriore criticità, direttamente collegata alle dinamiche relazionali con soggetti esterni al sistema pubblico in senso stretto. L'adozione di *partnership* pubblico-privato implica lo sviluppo di logiche e strumenti di *governance* volte a determinare un livello ottimale di distribuzione delle responsabilità tra operatori pubblici, titolari della funzione, e operatori privati, incaricati della gestione. La ricerca del raggiungimento di livelli produttivi più efficienti attraverso il ricorso a modelli gestionali «privatistici» non deve comunque comportare una diminuzione dell'efficacia alla risposta alla domanda di beni e servizi della collettività. In particolare, il settore della sanità ha una spiccata connotazione sociale che non è sempre conciliabile con le logiche di convenienza economico-finanziaria. In generale,

le collaborazioni dovranno garantire che rimanga di competenza dell'azienda pubblica la responsabilità della definizione degli standard di servizio quali-quantitativi minimi, la prerogativa del controllo del raggiungimento di determinati livelli di efficienza gestionale e di efficacia nel soddisfacimento dei bisogni degli utenti, il controllo sui meccanismi di determinazione delle tariffe a livelli socialmente accettabili.

## Note

1. La letteratura fornisce diverse definizioni di *partnership* con sfumature diverse a seconda del filone di studio di riferimento; gli studi economici sottolineano, ad esempio, il concetto di condivisione del rischio, mentre gli studi organizzativi concentrano l'analisi sul grado di integrazione scaturente dalla condivisione del lavoro e delle risorse. La prospettiva adottata in questo lavoro definisce il partenariato pubblico-privato come «una relazione a lungo termine basata sulla condivisione del rischio tra settore pubblico e privato, volta a realizzare la reciproca utilità, e caratterizzata da tre dimensioni fondamentali: proprietà, finanziamento e controllo» (Libro Verde PPP, 2003).
2. Si fa riferimento in particolare agli effetti della Riforma del Titolo V della Costituzione, e alla conseguente attribuzione del potere autorizzativo dei progetti di partenariato in capo alle Regioni e alle Province autonome. Questa tematica verrà, in ogni modo, approfondita nel seguito del lavoro.
3. Per una più completa trattazione sul tema delle relazioni di collaborazione tra amministrazioni pubbliche e operatori privati si rimanda a: Borghonovi *et al.* (2006); Cafferata (1993); Metcalfe (2003); Osborne (2000); Reborja, Meneguzzo (1990); Rondo Brovotto (1996); Zuffada (2000).
4. La tradizionale prospettiva neoclassica ha fornito una giustificazione all'intervento dello Stato nell'economia ogni qual volta l'esistenza di forme di fallimento del mercato – in primo luogo esternalità – avessero impedito il raggiungimento di allocazioni Pareto efficienti. Tale impostazione, tuttavia, seppur ipotizzando la compresenza di sfera pubblica e privata in diversi ambiti economici, non ha contribuito alla spiegazione delle motivazioni sottostanti la rilevante eterogeneità delle tipologie di accordi pubblico-privato volti al miglioramento dell'efficienza operativa ed erogativa (Preker *et al.*, 2000). La prospettiva aziendale, al contrario, ha contribuito proprio alla analisi di tale profilo.
5. Sul punto, diversi autori sottolineano come la tradizionale distinzione delle aziende sulla base degli aspetti operativi della attività economica (erogazione, consumo e produzione) non sia più rilevante; non solo, difatti, le finalità dell'azienda tendono a mutare nel tempo, ma nella maggior parte dei casi, inoltre, i diversi processi coesistono (Viganò, 2000).
6. L'analisi delle caratteristiche istituzionali e sociali del contesto di riferimento costituisce un aspet-



- to fondamentale da considerare per la sostenibilità nel medio-lungo periodo della collaborazione stessa. Tale aspetto era stato esaminato da Girishankar (1999), nell'ambito di uno studio sull'efficacia degli interventi della Banca mondiale nei Paesi beneficiari. In particolare, l'autore ha individuato tre *country characteristic* rilevanti: le istituzioni sociali (non solamente in riferimento agli esponenti della società civile organizzata, ma anche all'insieme delle norme informali e delle consuetudini che governano l'azione individuale e collettiva), le istituzioni politiche (si pensi al grado di influenza degli organi legislativi ed esecutivi) e le istituzioni statali (dalle relazioni che governano l'apparato burocratico ai meccanismi di controllo e *accountability* all'interno del settore pubblico).
7. Si devono tuttavia sottolineare anche i possibili rischi derivanti da tali accordi contrattuali: perdita di controllo del processo produttivo e di variabili critiche, incremento dei costi di transazione, possibilità di conflitti con il personale interno. Per una analisi più approfondita del tema si rimanda a Dirindin (2002) e Macinati (2006).
  8. Il dibattito contrappone due distinte posizioni: da un lato, chi sostiene che la via societaria sia percorribile unicamente per svolgere le attività strumentali rispetto a quelle istituzionali, le quali debbono invece essere erogate direttamente dall'ente nella sua veste di soggetto pubblico; dall'altro, chi sostiene che il limite del ricorso non risieda nel fine perseguito – istituzionale o strumentale – bensì nella natura delle attività – pubblicistica (legata alla funzione dell'ente e all'esercizio del potere pubblico) o privata (esercitabile anche da soggetti privati). La soluzione non è netta, poiché le attività istituzionali possono intrecciarsi o meno con l'attribuzione di funzioni di natura pubblica, con riflessi pertanto critici sulla legittimità del ricorso allo strumento associativo (Dugato, 1998).
  9. Il 41,6% del campione era costituito da ospedali di medio-grandi dimensioni (50-199 posti-letto), il 29,7% da ospedali con meno di 50 posti-letto e 28,7% con più di 200 posti-letto.
  10. Non adempiendo in tal modo alla disciplina dei Contratti della pubblica amministrazione (LEY 13/95 de los contratos de las administraciones públicas).
  11. I primi negoziati per la stipula del contratto risalgono, difatti, agli anni Cinquanta. La legge disciplinante le procedure di gara sia stata approvata dal Ministro delle finanze nel 1976, quasi venti anni dopo la firma del contratto.
  12. Le prime proposte di revisione degli accordi contrattuali risalgono difatti solamente a fine degli anni Novanta.
  13. Si ricorda che Preker *et al.* (2000) ha difatti postulato il mantenimento del controllo pubblico per quelle attività che presentavano bassi livelli di rivalità e di controllabilità (sostanzialmente le attività di formulazione e monitoraggio delle politiche sanitarie).
  14. Si è mostrato in particolare come, indipendentemente dalla modalità di finanziamento – tramite quota capitaria (Spagna) o tramite *case-mix* (Latrobe) – l'erronea determinazione della suddetta dimensione abbia impedito investimenti in qualità e indotto a un *cream skimming* delle prestazioni maggiormente *capital e technology intensive*.
  15. Nel caso in cui ciò non sia avvenuto, come per il Latrobe, la struttura è rientrata nella gestione pubblica alla scadenza dell'accordo contrattuale.
  16. A livello regionale, merita di essere segnalato uno studio condotto dalla Agenzia sanitaria della Regione Emilia-Romagna (Fiorentini *et al.*, 2002).
  17. L'indagine ha rilevato 146 progetti, di cui l'88% nel solo centro-nord e 115 coinvolgenti partner esterni. In riferimento ai modelli organizzativi adottati, il 30% dei casi ha visto la costituzione di nuovi soggetti giuridici – in prevalenza società miste – mentre un ruolo significativo è rivestito anche dall'adozione di strumenti innovativi e dalla stipula di convenzioni, specialmente con altri enti pubblici locali. L'area aziendale interessata dalla maggioranza delle evidenze è data dai servizi sanitari essenziali (degenza ordinaria e *day hospital*) e diagnostici, seguiti da servizi ausiliari standard (mensa, lavanderia, logistica, sistemi informativi) e servizi ausiliari per l'accesso (in primo luogo Centri unificati di prenotazione).
  18. I modelli adottati sono riconducibili a: Società mista; Associazione in partecipazione; Convenzioni/Accordi, Fondazione, Fondazione di partecipazione, Concessione di costruzione e gestione, Società Consortile, Concessione di costruzione e gestione e contratto di finanziamento, Concessione in gestione, *Global Service*.
  19. Gli ambiti di intervento fanno riferimento ai Servizi diagnostici (servizi volti all'erogazione di prestazioni diagnostiche quali radiologia, laboratorio di analisi, ecc.), i Servizi sanitari essenziali (servizi volti all'erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari essenziali, quali ricoveri per acuti, *day hospital*), Prestazioni ambulatoriali, Servizi socio-sanitari; Servizi di riabilitazione e Lungodegenza.
  20. L'art. 31 D.L.vo165/01 stabilisce che «nel caso di trasferimento di attività svolte da P.A. ad altri soggetti pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti si applica l'art. 2112 c.c.» (art. 2112 c.c. sul trasferimento dell'azienda: «In caso di trasferimento d'azienda, il rapporto di lavoro continua con l'acquirente ed il lavoratore conserva tutti i diritti che ne derivano»).

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

- ALI M., MIYOSHI C. *et al.* (2005). «Emergency medical services in Islamabad, Pakistan: a public-private partnership», *Public Health*, 120, pp. 50-57.
- AMATUCCI F., LECCI F. (2006), «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: una analisi critica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, pp. 689-731
- ANSELMI L. (1997), «Opportunità per la costituzione di società miste in sanità» *Organizzazione sanitaria*, 6, pp. 23-30.
- ASSR (2004), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali nelle aziende sanitarie» *Monitor*, pp. 13-61.
- BARTOLONI M., CUCURACHI M.G. *et al.* (2003), «Sperimentazioni gestionali, il pubblico-privato arranca», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 28 ottobre-3 novembre.
- BENSA G., PELLEGRINI L. (2002), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali in Italia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano, pp. 302-339.
- BHAT R. (1999), «Public-private partnership in health sector: issues and prospects.» Working Paper, Indian Institute of Management.
- BONTI M. (1997), «La problematicità organizzativa nelle società miste» *Organizzazione sanitaria*, 6, pp. 14-22.
- BORGONOVÌ E. (2000), «Governare l'amministrazione pubblica con il sistema a rete», *Azienda Pubblica*, 4, pp. 341-343.
- BORGONOVÌ E. *et al.* (2006) *Relazioni pubblico-privato. Condizioni per la competitività* (Business and Government Relations), Egea, Milano.
- CAFFERATA R. (1993), «Pubblico e privato nel sistema delle imprese», FrancoAngeli, Milano.
- CETANI T. (2002), «Esperienze gestionali di collaborazioni tra pubblico e privato in alcuni Paesi a sistema sanitario nazionale. Gran Bretagna, Spagna, Svezia a confronto» Area Economia e Salute - ASR Emilia-Romagna.
- CHYNA J.T. (2000), «From alliances to outsourcing: making good connections», *Healthcare Executive*, 15(3), pp. 12-16.
- COMMISSIONE EUROPEA (2003), *Libro Verde PPP*.
- COLES J.W., HESTERLY W. (1998), «Transaction costs, quality and economies of scale: examining contracting choices in the hospital industry», *Journal of Corporate Finance*, 4, pp. 321-345.
- CUCURULLO C. (2005), «Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità: meccanismi di governance», Cedam, Padova.
- DE ROSA A. (2006), «PPP in Spain. New era in Public Health Sector», *HospitalPost*, 3.
- DEL VECCHIO M. (2002), «La resistibile ascesa dei nemici delle aziende pubbliche», *Salute e Società*, 1, pp. 53-70.
- DEL VECCHIO M. (2003), «Specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 46, pp. 9-24.
- DE ROSA A. (2006), «PPP in Spain. New Era in Public Health sector», *Hospital Post*, 3.
- DIRINDIN N. (2002), «Integrazione pubblico-privato e outsourcing nel settore della sanità: principi generali, esperienze significative, potenzialità e limiti», *Scuole di Sussidiarietà*, pp. 1-40.
- DOWDESWELL B., HEASMAN M. (2004), «Public-private partnership in health: a comparative study», Working Paper. University of Durham.
- DUGATO M. (1998), «Società e joint ventures nella gestione dei servizi sanitari», *Sanità pubblica*, 5, pp. 517-535.
- DUGATO M. (2000), «Commento all'articolo 9-bis», in F. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Maggioli Editore, Rimini, pp. 365-383.
- ENGLISH L. (2005), «Using public-private partnerships to achieve value for money in the delivery of healthcare in Australia», *International Journal of Public Policy*, 1(2), p. 91-121.
- FIDLER A.H., HASLINGER R.R. *et al.* (2005). «Incorporation of public hospitals: a Silver bullet against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia», WB Working Paper, The World Bank.
- FIORENTINI G. (2000), «Società a capitale misto nell'offerta di servizi sanitari», *Mercato Concorrenza e Regole*, 2(1), pp. 85-111.
- FIORENTINI G., BALDUZZI R. *et al.* (2002), «Valutazione delle esperienze di collaborazione pubblico-privato. Risultato di uno studio in Emilia-Romagna», *Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna*.
- GIRISHANKAR N. (1999), «Reforming Institutions for Service Delivery: a framework for development assistance with an application to the Health, Nutrition and Population Portfolio», Policy Research Working Paper, The World Bank, n. 2039.
- GRANOVETTER M. (1998), *La forza dei legami deboli e altri saggi*, Liguori Editore, Napoli.
- GRAY A., SINNOT V. (1998), «Anatomy of a Partnership inside the Toronto Medical Labs», *Hospital Quarterly Winter*, vol 1(2), 1997-98, pp. 38-41.
- HAMEL G.P. (1991), «Competition for competence and inter partner learning within international strategic alliances», *Strategic Management Journal*, Summer Special Issue, 12, pp. 83-103.
- HENNART J.F. (1988), «A transaction costs theory of equity joint ventures», *Strategic Management Journal*, 9 (4), pp. 361-374.
- IPP (2003), «Midura Regional Hospital Case Study», Infrastructure Project Partners.
- KOGUT B. (1988), «Joint Ventures: Theoretical and empirical perspectives», *Strategic Management Journal*, 9 (4), pp. 319-322.
- KOH J., VENKATRAMAN G. (1991), «Joint Venture formations and stock market reactions: an assessment in the information technology sector», *Academy of Management Journal*, 34, pp. 869-892.
- LEGA F. (2001), «Strategie di rete per I sistemi multispedalieri: analisi e valutazione», *Economia e Management*, 2, pp. 49-64.

- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- LETHBRIDGE J. (2004), «European Works Council and the healthcare sector», PSIRU Working Paper, Public Services International Research Unit.
- LOEVINSHON B., HARDING A. (2005), «Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries», *Lancet*, 366, pp. 676-81.
- LOMI A. (1991), *Reti organizzative: Teoria, tecnica e applicazioni*, Il Mulino, Bologna.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse: logiche e strumenti operativi aziendali*, Egea, Milano.
- MACINATI M. (2006), «L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, pp. 433-456.
- MARINÒ L. (1997), «Il processo di esternalizzazione nelle aziende sanitarie: il caso delle società miste», *Organizzazione sanitaria*, 6, pp. 6-13.
- MCKEE M., EDWARDS N. *et al.* (2006), «Public-private partnerships for hospitals», *Bulletin of the World Health Organization*, 84, pp. 890-896.
- MCPAKE B., HONGORO C. (1995), «Contracting out clinical services in Zimbabwe», *Social Science Medicine*, 41(1), pp. 13-24.
- MENEGUZZO M. (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MENEGUZZO M. (2000), «I terreni dell'innovazione organizzativa», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill Italia, Milano, pp. 253-294.
- METCALFE L. (2003), «Strengthening partnerships between the state, the private sector and civil society», in: G. Bertucci (a cura di) *Citizens, Business and Government. Dialogue and Partnerships for development and democracy*, United Nations.
- MILLS A., BROOMBERG J. (1998) «Experiences of Contracting Health Services: an overview of the literature», HEFP Working Paper - Health Economics and Financing Programme n. 01.
- OLIVEIRA M. (2004), «Will hospital management reform in Portugal work?», *Euro Observer*, 4(4), pp. 3-5.
- OLIVERI L. (1997), «Analisi comparatistica delle forme di collaborazione pubblico-privato ed in particolare delle società miste», *Organizzazione sanitaria*, 6, pp. 40-53.
- OSBORNE S.P. (a cura di) (2000), *Public-private partnerships: theory and practice in international perspective*, Routledge, Londra.
- PLAIN R. (2000), «The privatisation and the commercialisation of public hospital based medical services within the province of Alberta: an economic overview from a public interest perspective», Working Paper, University of Alberta.
- PREKER A.S., HARDING A. *et al.* (2000), «Make or buy decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory», *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), pp. 777-790.
- PREKER A., MCKEE M. *et al.* (2005), «Strategic management of Clinical Services», in A. Preker, M. McKee *et al.*, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press.
- PRESSMAN J., WILDAVSKY A. (1984), *Implementation, how great expectations in Washington are dashed in Oakland*, University of California Press, Berkeley.
- RAMIREZ S.P., DURAI T.T. *et al.* (2003), «Paradigms of public-private partnerships in end-stage renal disease care: the National Kidney Foundation Singapore», *Kidney International*, 63 (83), pp. 101-107.
- REBORA G., MENEGUZZO M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Utet, Torino.
- RONDO BROVETTO P. (1996), *Le relazioni fra imprese e amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- SIDDQUI S., MASUD T.I. *et al.* (2005), «Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the eastern Mediterranean Region», *Bulletin of the World Health Organization*, 84, pp. 867-875.
- STEFANI A. (1997), «La costituzione di società miste nel settore sanitario. Problemi di valutazione», *Organizzazione sanitaria*, 6, pp. 31-39.
- VAGO (2002), «Report on public Sector Agencies: Results of a Special Reviews and 31 December 2001 Financial Statement Audits: June 2002», Victorian Auditor-General Office.
- VIGANÒ E. (2000), *Azienda. Contributi per un rinnovato concetto generale*, Cedam, Padova.
- VINING A.R., GLOBERMANN S. (1999), «Contracting out health care services: a conceptual framework», *Health Policy*, 46, pp. 77-96.
- ZUFFADA E. (2000), *Amministrazioni pubbliche e aziende private. Le relazioni di collaborazione*, Egea, Milano.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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

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

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

KAPLAN R.S. (1985), «Accounting lag: the obsolescence of cost accounting systems», in K. Clark, C. Lorenz (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.

# Comunicazione del rischio e prevenzione

ALDO LAMBERTO, ROSELLA LEVAGGI

*Disease prevention has a growing role for the improvement of health, especially in industrialised countries where income is on average well below the poverty baseline. In these countries an improvement in life expectancy will only be possible through a dramatic change in life style. This process is not straightforward given the resistances to the changes. In fact, a change in the life style requires the perception of the risk and a subsequent behavioral change in order to reduce it. Such process however is dominated by psychological mechanisms that makes it difficult to attain the objective. In this article we review these problems and we will offer some indication of the most effective strategies for risk communication.*

## Note sugli autori

Aldo Lamberto è psicologo presso il Centro di Algologia e Cure Palliative dell'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo

Rosella Levaggi è Professore Ordinario di Scienza delle Finanze, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Brescia

## 1. Introduzione

Nei Paesi sviluppati, la spesa sanitaria rappresenta una frazione importante del Pil. Per i Paesi OECD nel 2003 la spesa sanitaria totale rappresentava l'8,6% del Pil con una punta del 15% per gli Stati Uniti e un valore minimo di circa il 6%; tale spesa è destinata ad aumentare per diversi motivi fra cui ricordiamo l'aumento delle aspettative di vita e il progresso medico-tecnologico che riesce ad offrire trattamenti efficaci anche per malattie che fino a pochi anni non avevano rimedio. Questi dati mostrano che la vera sfida dei prossimi anni sarà quella di ridurre, per quanto possibile, i costi delle malattie croniche. In questo senso, l'adozione di uno stile di vita più sano è fondamentale per spostare nel tempo l'insorgenza di tali malattie e, di conseguenza, l'insorgenza delle complicanze che comportano, da un lato, un forte aumento della spesa, ma soprattutto una diminuzione importante della qualità della vita del malato.

Questa sfida può essere vinta solo mediante un aumento della prevenzione; in questo settore, tuttavia, la collaborazione del paziente è fondamentale ed è per questo motivo che i processi che portano al cambiamento degli stili di vita devono essere studiati con attenzione.

La prevenzione delle malattie, infatti, ha ed avrà sempre più un ruolo importante per il miglioramento della salute, soprattutto nei Paesi industrializzati dove il reddito medio procapite è più elevato e, quindi, il miglioramento della alimentazione e degli standard igienico-sanitari ha raggiunto livelli elevati. In questi Paesi lo stile di vita «troppo opulento» potrebbe essere in realtà un fattore di rischio importante sulle aspettative di vita della popolazione. Il miglioramento delle aspettative di vita passa, quindi, per un cam-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. La prevenzione
3. La comunicazione del rischio: un approccio tradizionale
4. Percezione del rischio e stile di vita
5. Conclusioni

biamiento dello stile di vita attraverso l'adozione di comportamenti «virtuosi» o, almeno, non pericolosi.

Il processo mediante il quale tali stili di vita si affermano non è, tuttavia, affatto semplice e scontato. Il cambiamento dello stile di vita, infatti, necessita di una percezione, da parte del soggetto, del rischio e della conseguente propensione al cambiamento. Tale processo è, però, anche dominato da meccanismi sia di carattere economico che psicologico che rendono più difficile il raggiungimento dell'obiettivo. La letteratura economica spiega il cambiamento in termini di massimizzazione della funzione di utilità attesa: in questo senso un rischio determina una riduzione del valore atteso di tale funzione e l'individuo razionale dovrebbe mettere in atto tutti i comportamenti che riducono tale rischio. L'equilibrio fra attività di prevenzione e rischio si trova, come sempre, nel punto in cui il beneficio marginale del cambiamento di comportamento (aumento dell'utilità attesa) è uguale al costo marginale di tale azione (il costo, monetario o non, della riduzione del rischio). Questo modello, tuttavia, non consente di tenere in considerazione gli aspetti psicologici, emozionali e sociologici che sono alla base delle teorie del comportamento umano. Questa incompletezza dei modelli economici di riferimento potrebbe spiegare come mai, benché la letteratura sottolinei i vantaggi collegati ad uno stile di vita più sano, i dati epidemiologici mostrano invece un aumento dei comportamenti a rischio e delle malattie in parte attribuibili ad uno stile di vita a rischio.

Questo fenomeno, difficilmente spiegabile da parte della teoria economica tradizionale, trova invece una sua collocazione all'interno della letteratura economica più recente legata alla *psychological expected utility* e alla letteratura sulla percezione del rischio che, tenendo conto anche degli aspetti emozionali del paziente, consente di formulare delle *policy* più precise riguardo agli incentivi necessari al cambiamento degli stili di vita.

In questo articolo viene presentata una rassegna di tali problematiche partendo dall'approccio tradizionale per poi giungere alle nuove teorie. Cercheremo, inoltre, di dare qualche indicazione circa le strategie più efficaci di comunicazione del rischio.

Nonostante le difficoltà, la prevenzione primaria riveste un ruolo fondamentale nella medicina moderna e rappresenta, inoltre, il vero strumento mediante il quale sarà possibile contenere i costi sanitari in futuro.

## 2. La prevenzione

La prevenzione in ambito sanitario si pone il fine di incrementare il benessere fisico, mentale e sociale della popolazione in modo da ridurre o impedire il manifestarsi di malattie. Essa comprende ogni servizio sanitario che fornisca in modo sistematico assistenza medica a carattere preventivo. Esistono tre livelli fondamentali di prevenzione: la prevenzione primaria, che comprende misure per combattere l'insorgere di malattie (ad esempio vaccinazioni, informazioni sui danni del fumo sulla salute, campagne pubblicitarie sulle patologie trasmesse per via sessuale) e provvedimenti finalizzati a prevenire lesioni dovute ad agenti esterni (ad esempio la sicurezza sul lavoro); l'espressione «prevenzione secondaria» è usata per descrivere provvedimenti per arrestare o rallentare il peggioramento di malattie già in corso attraverso una diagnosi precoce; la prevenzione terziaria si applica in condizioni in cui si può esercitare un'influenza soltanto sul grado di severità della patologia e non sulle sue condizioni di base (ad esempio la prevenzione di attacchi di asma).

La prevenzione è un'attività molto importante dal punto di vista economico e sociale, che ha incontrato notevoli sviluppi nel corso degli ultimi anni e che ha contribuito ad aumentare il benessere generale della popolazione. La prevenzione è un'attività complessa che richiede strategie capaci di coinvolgere operatori con professionalità molto diverse. Per valutare l'efficacia degli interventi è necessaria la valorizzazione economica dell'intervento, ma l'incentivo al cambiamento degli stili di vita non può essere di carattere monetario. Il *target* dell'azione (il paziente) ha bisogno di un supporto qualitativo in campo comunicativo. La comunicazione può essere considerata, infatti, uno strumento vero e proprio della prevenzione, di cui non vanno sciupate le potenzialità ai fini di un intervento preventivo incisivo e duraturo.

### 3. La comunicazione del rischio: un approccio tradizionale

La prevenzione primaria rappresenta un'area di intervento di lungo periodo che ha come scopo quello di promuovere da parte dell'individuo la conservazione, per quanto possibile, del proprio patrimonio di salute. L'adozione di particolari stili di vita «virtuosi» consente di ridurre l'incidenza a livello di popolazione di una certa malattia si traduce in un numero di vite statistiche salvate<sup>1</sup> oppure in un rallentamento del peggioramento della malattia, per cui è possibile effettuare una quantificazione monetaria in termini di riduzione di costo<sup>2</sup>.

Questo processo non è tuttavia scontato, in quanto occorre far percepire al paziente il rischio ed indurlo ad un cambiamento di comportamento che, in termini generici, può essere rappresentato dall'acquisto di cure preventive<sup>3</sup>.

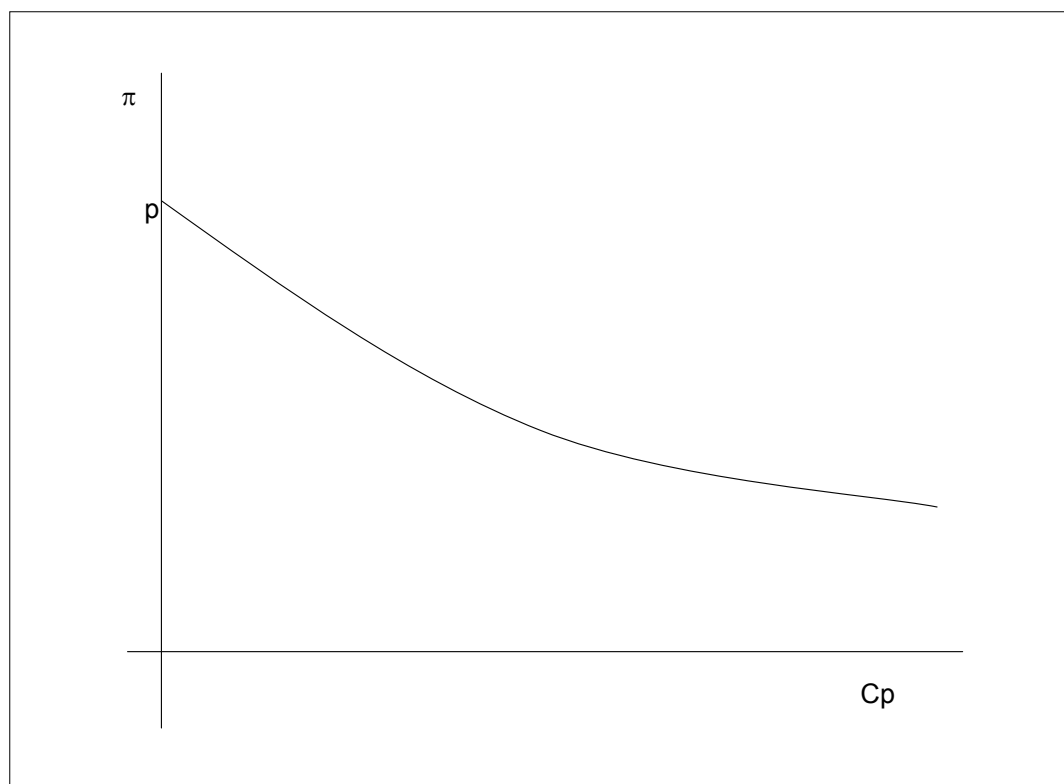
La teoria economica tradizionale<sup>4</sup> spiegherebbe l'effetto della comunicazione sulle cure preventive in termini di effetti sull'utilità monetaria attesa.

Per esemplificare il metodo, viene presentato un semplice modello in cui si assume che il consumatore abbia un reddito fisso pari ad  $Y$ , che può essere destinato all'acquisto di un bene privato composito  $X$ , all'acquisto di cure preventive  $C_p$  e ad un ammontare fisso  $S$  di prestazioni sanitarie solo se il consumatore sta male. Le cure preventive riducono la probabilità di stare male secondo una funzione conosciuta:

$$\pi = p - g(C_p) \quad \frac{\partial g}{\partial C_p} > 0 \quad \frac{\partial^2 g}{\partial C_p^2} \leq 0 \quad (1)$$

$p$  e  $\pi$  rappresentano la probabilità di ammalarsi prima ( $p$ ) e dopo ( $\pi$ ) le cure preventive;  $C_p$  rappresenta l'ammontare di queste ultime. L'effetto di  $C_p$  è quello di diminuire la probabilità di malattia, ma in modo decrescente, come illustrato in **figura 1**.

Questa assunzione è giustificata dal fatto che la prevenzione aiuta a ridurre il rischio ma non lo elimina. I primi interventi in campo di prevenzione avranno quindi un effetto molto maggiore sulla diminuzione di  $\pi$  di quelli successivi.



**Figura 1**  
Probabilità di ammalarsi  
e cure preventive

La spesa ottima in prevenzione può essere ottenuta risolvendo il seguente problema:

$$\text{Max}_{C_p} EU = (1 - p + g(C_p))U(Y - C_p) + [p - g(C_p)]U(Y - C_p - S) \quad (2)$$

Le condizioni del primo ordine possono essere scritte come:

$$\frac{\partial EU}{\partial C_p} = g'(C_p)U_{C_p}(Y - C_p) - g'(C_p)U(Y - C_p - S) + [1 - p + g(C_p)]U_{C_p}(Y - C_p) + [p + g(C_p)]U'(Y - C_p - S) \quad (3)$$

che può essere riscritta come<sup>5</sup>:

$$g'(C_p)[U(Y - C_p) - U(Y - C_p - S)] = EU'(Y) \quad g'(C_p)\Delta U = EU'(Y) \quad (4)$$

La parte a sinistra del segno di uguaglianza rappresenta l'aumento di utilità dovuto ad una diminuzione nel rischio di ammalarsi: mentre la parte a destra indica la diminuzione nel reddito disponibile, e quindi nel consumo, che si viene a creare per effetto dell'acquisto di prestazioni di cura preventiva. Il consumatore acquisterà cure preventive fino al punto in cui l'utilità marginale del bene acquistato uguaglia quella dei beni a cui rinuncia.

Il consumatore tuttavia, a causa dell'irrazionalità dell'ignoranza e dell'incertezza che caratterizza le decisioni prese nella sfera della salute, non conosce tutte le variabili necessarie a prendere una decisione informata. In particolare, per semplificare il problema, supponiamo che il consumatore non conosca  $p$ , la probabilità iniziale di contrarre una certa malattia<sup>6</sup> con esattezza, e faccia quindi i suoi calcoli utilizzando la variabile  $p_e$  che può essere maggiore o minore di  $p$ . In questo caso, la comunicazione del rischio dovrebbe avere proprio il compito di informare il paziente sul suo vero fattore di rischio, riducendo quindi l'errore da lui commesso. Da questo punto in poi la teoria economica, almeno quella tradizionale, si è dimostrata poco utilizzabile nella pratica.

La letteratura tradizionale<sup>7</sup> lega il processo mediante il quale ogni individuo stima la propria probabilità di stare male (e quindi il possibile errore) a tre fattori: la percezione del rischio nei periodi precedenti ( $p_{-t}$ ), l'esperienza individuale ( $E$ ) e la comunicazione del rischio attraverso diversi mezzi ( $I$ ). In formula possiamo esprimere tale concetto nel seguente modo:

$$p - p_e = k - ap_{-t} - bE - cI \quad (5)$$

Aumentando  $I$ , è possibile quindi rendere l'individuo più consapevole dei rischi sulla propria salute.

Questo tipo di analisi porterebbe a concludere che, per aumentare la prevenzione e per ridurre il rischio di ammalarsi, sia sufficiente una corretta informazione ai consumatori.

Tale risultato contrasta tuttavia con i risultati della letteratura empirica che mostrano, invece quanto sia difficile ottenere dei cambiamenti significativi nello stile di vita degli individui agendo sulla comunicazione, anche quando questa è personale.

A questo proposito, Cutler (2004) studia l'efficacia di diversi interventi sanitari effettuati negli Stati Uniti volti a ridurre il rischio derivante da determinati stili di vita. L'autore esamina un programma in cui un individuo a rischio cui è stata fornita una corretta informazione sanitaria è stato seguito nel tempo, controllandone determinati parametri metabolici, e messo a confronto con un'intera comunità sottoposta ad una campagna di comunicazione con una promozione meno specifica, ma più allargata di corretti stili di vita. In entrambi i casi i risultati nel tempo sono stati molto deludenti dal punto di vista del cambiamento del comportamento da parte degli individui. Sul versante della prevenzione secondaria, una conclusione abbastanza simile è stata raggiunta dallo studio Cochrane (2003) sulla comunicazione individuale del rischio al fine di aumentare lo *screening* per determinati tipi di tumore. Anche in questo caso, tale comunicazione non ha aumentato in modo significativo il numero di coloro che si sono sottoposti allo *screening*. Secondo Gerrard *et al.* (1999), tale risultato potrebbe tuttavia essere determinato dal tipo di comunicazione usata (familiarità della malattia): gli autori fanno notare che quando usano al-



tri tipi di fattore di rischio (quello genetico per esempio), la risposta è molto più alta.

Questo risultato abbastanza negativo apre due importanti campi per l'indagine: da un lato occorre, infatti, studiare più da vicino il processo che porta il singolo a prendere coscienza dei fattori di rischio che incidono sulla sua salute futura e a cambiare il proprio comportamento rischio; dall'altro occorre adeguare il modo in cui il rischio viene comunicato ai processi di percezione del rischio, per rendere il messaggio più efficace.

#### 4. Percezione del rischio e stili di vita

La comunicazione del rischio sta ricevendo da parte della letteratura sia teorica che empirica una particolare attenzione, in quanto l'evidenza empirica circa gli effetti della comunicazione del rischio non corrisponde a quelli predetti dai modelli teorici.

La comunicazione del rischio si è, infatti, rivelata uno strumento poco efficace, forse a causa del contesto in cui si inserisce. Come abbiamo fatto notare in precedenza, il consumatore, quando deve fare scelte riguardanti la sua salute, è un agente debole, in quanto non ha tutte le informazioni necessarie per fare una scelta razionale; nel caso della prevenzione il paziente potrebbe non essere in grado di capire il legame fra probabilità di stare male, prevenzione e stato di salute futuro. Mentre, a livello di collettività, la proba-

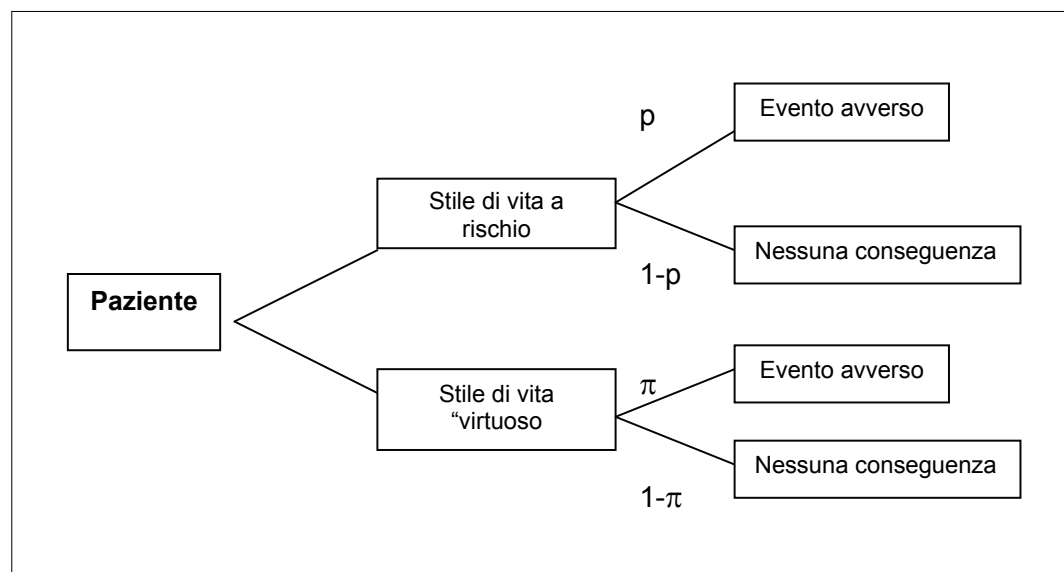
bilità di stare male ci indica la percentuale di soggetti che si ammaleranno, dal punto di vista individuale, il processo mediante il quale si traduce questa informazione in termini di salute attesa è più complicato. Il paziente, sebbene percepisca un legame fra prevenzione e salute, non riesce ad associare un evento certo al suo comportamento.

La situazione dal punto di vista individuale può essere riassunta nella **figura 2**.

Sebbene  $\pi < p$ , e cioè il comportamento «virtuoso» riduca il rischio della malattia, il consumatore potrebbe non essere in grado di associare all'evento  $\pi < p$  una qualche conseguenza sulla sua vita. Per questi motivi, l'individuo potrebbe finire per percepire che lo stato di salute futuro è indipendente dalle sue azioni odierne.

In questo contesto interviene la comunicazione col medico che deve cercare di riportare tale messaggio al paziente. La letteratura più recente sugli aspetti relativi alla ricerca di informazione medica e sul rischio da parte del paziente ha subito una accelerazione importante. I contributi teorici più recenti partono dalla osservazione empirica che non sempre esiste una relazione diretta e, soprattutto, positiva fra la ricerca di informazione sul proprio stato di salute e la gravità percepita della malattia.

Questo fenomeno, che a prima vista può sembrare abbastanza strano, viene spiegato in termini teorici dalla *psychological expected*



**Figura 2**  
I benefici potenziali della comunicazione

*utility*<sup>8</sup>. Il paziente che ricerca informazione sul suo stato di salute va incontro ad uno stato di ansia provocato dalla possibile scoperta di «cattive notizie» (stato di salute peggiore di quanto atteso, possibilità che domani sia peggiore di oggi) correlato allo stato di salute. Ricercando informazioni il paziente potrebbe, infatti, apprendere di avere una malattia più o meno grave/più o meno curabile.

Kozsegi (2005) spiega questo fenomeno in termini di differenza fra utilità attesa dello stato di salute e utilità dello stato di salute atteso. Secondo Kozsegi, infatti, possono esistere dei pazienti che preferiscono non informarsi sul proprio stato di salute attuale. In questo modo, possono formularsi un'aspettativa sul proprio stato di salute da cui traggono un certo livello di utilità. Se invece si informano, essi sapranno esattamente in quale stato si trovano e associeranno a ciascun stato un certo livello di utilità. Non necessariamente, anche in presenza di un rischio sanitario, il paziente cerca informazioni.

Caplin e Leah (2003) fanno notare come possano esistere due diversi tipi di pazienti: quelli che preferiscono sapere subito, anche si tratta di cattive notizie, e quelli che preferiscono aspettare.

Questa letteratura ha sviluppato diversi modelli interessanti che possono essere applicati anche alla comunicazione del rischio.

In particolare, Caplin (2003) fa notare che il tipo di azioni che il paziente intraprende di fronte al rischio di malattia sono di due tipi:

a) prevenzione/riduzione del rischio mediante l'adozione di stili di vita «virtuosi» che riducano la sua probabilità di incorrere in un determinato problema;

b) riduzione dell'ansia mediante una chiusura dei canali informativi. Di fronte alla notizia del rischio, il paziente preferisce restare ignorante sul rischio che corre per diversi motivi: non è preparato a cambiare stile di vita, percepisce che ormai il danno che si è creato è irreversibile.

Questo concetto può essere incorporato nel modello presentato nella sezione precedente in questo modo. Supponiamo che un consumatore abbia un fattore di rischio di contrarre una certa malattia pari a  $p$  come in precedenza. Con un determinato intervento preventivo pari a  $C_p^*$  e spendendo la somma

$K = C_p^* z_p$  può ottenere una riduzione di tale probabilità da  $p$  a  $\pi^*$ . In termini del modello precedente potremmo scrivere:

$$g'(C_p)\Delta U - K \quad (7)$$

La prevenzione, in questo caso, verrebbe messa in atto solo se  $g'(C_p)\Delta U - K > 0$ .

Caplin aggiunge l'ansia a questo modello; il consumatore decide di intraprendere un'azione di prevenzione a seconda del segno della seguente equazione:

$$g'(C_p)\Delta U + (F_{\pi^*} - F_p) - K \quad (8)$$

dove  $F_{\pi^*} - F_p$  è il differenziale di ansia creato dall'apprendimento di un possibile rischio sulla salute. Il differenziale di ansia è a sua volta una funzione del fattore di rischio, del livello di attenzione generato dal segnale di «pericolo» e della probabilità di verificarsi del rischio:

$$F_{\pi^*} - F_p = H[\pi^* A_N(m,p) - pA_p(m,p)] \quad (9)$$

dove  $A$  è la funzione di attenzione ed  $m$  è il segnale.

Il segno dell'equazione (9) non dipende più solo dall'aumento di utilità e dal costo  $K$  collegato alla prevenzione, anche dall'ansia generata dalle informazioni ricevute. È quindi possibile che il livello di ansia generato dall'apprendere un messaggio di pericolo porti il consumatore ad evitare tale informazione. Caplin, infatti, distingue due casi per il segnale  $m$ :

– messaggio che crea un bisogno ossessivo di prevenzione (*creating an obsession*): in questo caso il consumatore diventa così preoccupato dalle possibili conseguenze sul suo stato di salute che si adegua al programma di prevenzione. Tale scopo può essere realizzato «bombardando» il soggetto con messaggi ed informazioni molto accurate volte a generare un livello di ansia via via più elevato;

– messaggio che può essere evitato (*provoking avoidance*). Il consumatore, preoccupato per il suo stato di salute e per le conseguenze del suo stile di vita, decide di chiudere i canali di comunicazione rifiutando il messaggio informativo. In questo caso i messaggi informativi troppo ossessivi non hanno l'effetto desiderato e per arrivare al

consumatore è necessario utilizzare o messaggi più rassicuranti o altri mezzi di comunicazione.

Secondo Cutler (2004) questo è il motivo per cui i messaggi a livello nazionale, indipendentemente dal fatto che procurino ansia o promuovano un migliore stile di vita, sono più efficaci. Le campagne di prevenzione a livello nazionale raggiungono anche i media e riescono, quindi, ad essere più ossessive di quelle fatte a livello individuale o di comunità.

I risultati del modello di Caplin vengono in parte confermati dall'analisi di Gerrard *et al.* (1999) che studiano in modo più approfondito il processo psicologico che porta il paziente a fare determinati atti preventivi, siano essi *screening* o riduzione dei comportamenti a rischio. Secondo questi autori, di solito l'individuo risponde in modo difensivo a messaggi che implicano che il suo modo di comportarsi, passato o attuale, ha alterato il loro rischio di ammalarsi. Questo processo può avvenire in diversi modi: la persona di solito tende a sottovalutare il rischio che un determinato problema di salute si verifichi proprio nel suo caso, per cui, sebbene i fumatori pensino di essere più a rischio come categoria, ritengono anche che quel determinato tipo di problema non capiterà proprio a loro. Si nota inoltre come certe categorie di persone cerchino invece di non pensare a tale rischio mentre intraprendono uno stile di vita che lo favorisce (Gibbons *et al.*, 1997; Gerrard *et al.*, 1996; Gibbons *et al.*, 1995). Questo tipo di comportamento potrebbe spiegare il motivo per cui un messaggio generico sui rischi del radon (Weinsten *et al.*, 1993; 1991) sia stato più efficace di una campagna diretta ad aumentare lo *screening* fra i pazienti con una certa familiarità per determinati tipi di tumore – mentre si è rivelato più efficace un messaggio collegato al rischio genetico della malattia<sup>9</sup>.

#### 4.1. La percezione del rischio

Il rischio, da un punto di vista scientifico, può essere calcolato basandosi sulla probabilità che un evento, potenzialmente dannoso, possa verificarsi. Trattandosi di eventi non completamente conosciuti, i dati possono anche non essere completi tanto da vanifi-

care un calcolo di probabilità attendibile. Operazione ancora più difficile nel caso di una popolazione in cui, alla mancanza o incompletezza dei dati, si unisce una serie di variabili che danno luogo alla percezione del rischio individuale e del gruppo. I primi studi della psicologia scientifica hanno riguardato proprio le caratteristiche ingannevoli della percezioni. Si ricordino le figure ambigue o le linee convergenti e divergenti delle prospettive che hanno lo scopo di dimostrare la natura ingannevole delle percezioni, perché ad uno stesso stimolo possono corrispondere percezioni diverse o a stimoli diversi corrispondono percezioni uguali.

La percezione del rischio conserva queste caratteristiche di ingannevolezza e rende molto complessa la comunicazione e la prevenzione.

Frewer e Miles (2004) hanno studiato il modo in cui i pazienti rispondono alle informazioni circa il rischio collegato all'assunzione di determinati cibi e concludono che i fattori rilevanti nella percezione del rischio sono sia le prove che vengono portate come evidenza del pericolo, che il contesto sociale in cui vengono presentate; in particolare, gioca un ruolo fondamentale l'autorevolezza della fonte.

La complessità della percezione del rischio è da addebitarsi al complesso delle reazioni espresse dalla nostra mente. Il canale emozionale è il passaggio obbligato attraverso il quale transitano le informazioni e le comunicazioni su tutto quanto avviene nella vita. Si attua un filtro di valorizzazione attraverso il quale viene attribuito un peso ed un significato personale alle informazioni e alle comunicazioni e quanto esse possano essere segnale di rischio, di utilità, di danno oppure di rinforzo a comportamenti abituali. Inoltre, sul piano cognitivo il rischio contiene il concetto di incertezza. Comunicare il rischio significa dare l'informazione che un evento può accadere, non che inevitabilmente accadrà. Questo aspetto lascia un ampio margine di percezione e di valutazione personale che, a seconda delle proprie caratteristiche personali e di influenza ambientale e sociale, sarà più o meno orientata a correre ai ripari rispetto al rischio paventato. L'attivazione del sistema emozionale e la risposta attraverso reazioni fisiologiche è una delle tre modalità con cui la mente valuta e percepisce il rischio. È an-

che possibile impiegare un sistema analitico che permette di cercare nuove informazioni. Esso si basa essenzialmente sulla razionalità allo scopo di avere un gran numero di dati confrontabili e verificabili. La terza modalità è quella esperienziale, molto più rapida rispetto alla analitica. L'esperienza diretta e indiretta facilita la comprensione dei comportamenti e della loro potenziale positività o negatività per la propria salute. La combinazione dei tre sistemi, o anche l'utilizzo di uno solo, non esclude gli errori che, in psicologia cognitiva, sono definiti euristiche. Le euristiche rappresentano dei punti di vista, delle assunzioni attraverso le quali si filtra la comunicazione e le si attribuisce una logica.

#### 4.2. I comportamenti volti a diminuire il rischio

Affinché la percezione del rischio si trasformi in prevenzione, occorre che il soggetto modifichi le sue abitudini. I primi studi (Janz, Becker, 1984) sembravano essere confortanti in quanto, apparentemente, mostravano esistere un legame positivo fra aumento della percezione del rischio e comportamenti volti a diminuirlo. Tuttavia, un'analisi più attenta dei dati (Montgomery *et al.*, 1987) ha portato a conclusioni differenti. Secondo questi autori, infatti, occorre distinguere fra comportamenti semplici di riduzione del rischio (ad esempio una vaccinazione) da quelli che implicano un cambiamento netto dello stile di vita. Nel primo caso, il paziente di solito fa prevenzione e riduce il rischio, mentre nel secondo caso la *compliance* è molto più bassa.

Gerrard *et al.* (1999) concludono che la percezione del rischio è solo il primo passo verso il cambiamento del comportamento. Un aumento della percezione di tale rischio non si trasforma, infatti, in modo automatico in un cambiamento del comportamento, come invece la letteratura tradizionale afferma.

Questo risultato è ben dimostrato dal lavoro di Kenkel e Gil-Lacruz (2005) sui comportamenti a rischio (nel caso specifico abuso di sostanze quali alcool e tabacco) da parte di adolescenti. Si dimostra, infatti, che tale gruppo è a conoscenza dei rischi che l'uso di tali sostanze comporta, ma continua ad abusarne. Carbone *et al.* (2005) mettono in

luce un altro problema: quello della possibile sostituibilità fra cure mediche e stili di vita virtuosi. Nel loro lavoro esaminano, infatti, il legame fra percezione del rischio e abuso di sostanze dannose (tabacco) e dimostrano come, sotto certe condizioni, il consumatore possa decidere di curare i sintomi delle malattie piuttosto che smettere di fumare.

### 5. La comunicazione efficace nella prevenzione del rischio

La discussione della letteratura economica e psicologica delle sezioni precedenti mostra come il paziente debba essere guidato nel cambiamento del proprio stile di vita e che, per ottenere risultati soddisfacenti, la comunicazione del rischio deve essere quanto possibile efficace. Infatti, deve essere aggirata la resistenza delle persone a modificare il proprio comportamento o il proprio modello di vita quando non se ne percepisce completamente la rischiosità oppure quando, pur rendendosi conto del danno, non si è disposti a cambiare stile di vita<sup>10</sup>. Non è facile elaborare una serie di regole, anzi è forse più facile dire che cosa non si deve fare piuttosto che dare indicazioni specifiche su come organizzare azioni di intervento nel campo della prevenzione.

In questa sezione si riassumono i principali punti sviluppati dalla letteratura, distinguendo la comunicazione volta alla presa di coscienza del paziente circa il rischio da quella volta ad ingenerare un processo di riduzione del rischio mediante la prevenzione, dal momento che il primo passo non implica sempre il secondo.

#### 5.1. Comunicare il rischio

Questo primo passo è anche il più difficile da affrontare, in quanto occorre stabilire quale interpretazione dà il paziente del rischio e come pone tale elemento in relazione alla propria vita.

Inoltre, in questo campo gioca un ruolo fondamentale l'ansia provocata dal messaggio che potrebbe portare il paziente a rifiutare l'informazione. Per questo motivo, un messaggio semplice di comunicazione del rischio è particolarmente indicato per comportamenti in cui la probabilità dell'evento non è correlata al passato. Per esempio, in

una campagna che evidenzia i rischi derivanti da incidenti domestici, la prevenzione porta lo stesso giovamento a tutti gli individui in quanto l'aver tenuto in passato comportamenti rischiosi non ha influenza sul livello di salute attuale. Se l'individuo sta procurandosi un danno con il proprio comportamento, il messaggio deve essere anche in parte rassicurante, sottolineando quindi non solo i rischi in modo ossessivo, ma anche i benefici derivanti da un cambiamento di stile di vita. Questo tipo di messaggio potrebbe essere indicato per le campagne relative a particolari abitudini di vita (uso/abuso di sostanze dannose quali fumo, alcool, droghe; disordini alimentari o cattiva alimentazione) in cui il soggetto può temere di aver ormai causato un danno irreversibile alla propria salute, sentirsi addirittura in colpa per non essere in grado di cambiare stile di vita e dunque non voler sapere quale e quanto danno si è procurato.

In questo contesto, assume particolare rilevanza il modello di Caplin e Eliaz (2004) applicato ai test per l'AIDS. I due autori sviluppano un modello teorico il cui risultato principale è molto importante dal punto di vista delle caratteristiche ottimali del test. In particolare tale test dovrebbe identificare con chiarezza i non contagiati (evitando quindi falsi negativi), ma non dovrebbe essere altrettanto preciso nell'identificare i contagiati (dovrebbe prevedere la possibilità di falsi positivi). In questo modo, l'ansia da risultato del test viene ridotta in quanto anche un risultato positivo non necessariamente indica contagio e, di conseguenza, tutti gli individui si sottopongono al test.

Edwards (2004) fa notare che la comunicazione del rischio deve essere personalizzata sui bisogni del paziente, tenendo conto delle sue preferenze per l'informazione. In tal senso, si conferma ancora una volta l'importanza della componente ansiosa nel rapporto di agenzia fra medico e paziente, come del resto evidenziato dal Kozsegi (2005) che dimostra come possa essere ottimo per il medico non rivelare al paziente tutta l'informazione circa il suo stato di salute ed i rischi collegati a determinati trattamenti medici. Sapendo dell'ansia del paziente, il medico può ritardare il momento in cui rivelargli il suo vero stato di salute e tendere invece ad inviare messaggi più rassicuranti. Cutler (2002) fa invece notare che non sempre la strategia della co-

municazione individuale è vincente. Quello che non funziona sono proprio gli interventi mirati al cambiamento dello stile di vita del singolo individuo. Funzionano invece iniziative a carattere nazionale, anche e soprattutto quando l'intervento legislativo diventa importante. Gli strumenti più efficaci nella riduzione del consumo di sigarette sono, infatti, stati l'aumento delle imposte sul consumo ed i divieti di fumare in luoghi aperti al pubblico (Cutler, 2002). In questo senso sembra quindi essere confermato il principio affermato in Barigozzi e Villeneuve (2006) secondo cui, quando lo Stato ha a disposizione strumenti più efficaci ma più costosi della comunicazione, quest'ultima diventa «cheap talk», cioè qualcosa a cui non si crede.

Gerrard *et al.* 1999 fanno notare che il paziente ha inoltre bisogno di uno strumento che crei un collegamento forte e diretto fra il comportamento a rischio e la malattia. Per questa ragione, far riflettere gli individui sul numero di volte che hanno tenuto un determinato comportamento genera un cambiamento radicale nella percezione del rischio; per lo stesso motivo, lo strumento più efficace per far crescere lo *screening* preventivo di particolari malattie si è rivelato il rischio genetico della malattia, mentre la familiarità alla patologia fa aumentare in modo marginale il ricorso allo *screening*. In questo secondo caso sembra che quando viene messo in contatto con un rischio specifico relativo alla propria salute, direttamente collegabile alla sua persona (un test genetico che rivela la predisposizione ad un certo tipo di tumore), l'individuo è disposto a fare qualcosa per ridurre i rischi, mentre invece quando percepisce il rischio come un fattore un po' più generico (storia familiare collegata ad una determinata patologia), la risposta è molto più blanda.

Il medico si può anche avvalere di strumenti quali grafici, tabelle ed altro per visualizzare il rischio del singolo paziente (Paling, 2003), ma il problema di come formulare una strategia di comunicazione efficace del rischio resta aperto.

## 5.2. Orientare il paziente verso la prevenzione del rischio

Il secondo problema riguarda il passaggio dalla percezione del rischio all'adozione di

comportamenti virtuosi volti alla riduzione dello stesso. Per raggiungere questo risultato sono necessari due elementi. Il primo consiste nell'individuazione degli attori in grado di orientare il paziente e il secondo in quella delle modalità più efficaci in grado di produrre la modificazione del comportamento rischioso. L'attore fondamentale è il Medico di medicina generale che rappresenta il primo canale di comunicazione con il paziente e ha, come elementi caratteristici e qualificanti del suo ruolo, il rapporto di fiducia, la personalizzazione degli interventi e la continuità assistenziale.

La letteratura assegna a tale figura un ruolo centrale<sup>11</sup> in quanto, per una comunicazione efficace del rischio, fra medico e paziente si deve stabilire una relazione di fiducia e rispetto reciproco che va al di là delle competenze mediche, ma dipende proprio dal tipo di relazione che si instaura fra i due soggetti. Informare non basta, bisogna farlo con autorevolezza e produrre nel paziente quel meccanismo che trasforma la percezione del rischio in uno specifico comportamento di riduzione di tale evento dannoso.

Seguendo la falsariga del lavoro di Paling (2003) si può indicare una prospettiva che si fonda su tre punti.

Il primo è la formazione dei medici alla comunicazione del rischio. L'aspetto formativo viene trascurato poiché non si riconosce alla comunicazione l'aspetto tecnico e la si confina a presupposte abilità personali di difficile apprendimento. Non riconoscere che la comunicazione ha regole e caratteristiche scientifiche blocca il desiderio e la possibilità di intraprendere percorsi formativi, lasciando alla libera interpretazione personale un campo denso di fruttuose ricerche e di applicazioni pratiche. Nel caso del Medico di medicina generale la comunicazione medico-paziente è una delle azioni terapeutiche più efficaci di cui egli può fare uso, ma per la quale attualmente non dispone di una specifica formazione.

Il secondo punto espresso da Paling è la necessità di sviluppare ulteriormente la ricerca in modo da offrire al medico opportune strategie per migliorare l'efficacia della comunicazione del rischio. Gli studi sulla comunicazione efficace hanno proposto una serie di strategie specifiche in grado di produrre una significativa modificazione nei

comportamenti a rischio. (Alaszewski, Horlick-Jones, 2003). Si tratta di strumenti che pongono una base su cui lavorare per accrescere l'efficacia degli interventi nei confronti di specifici comportamenti e nelle diverse patologie.

Il terzo punto comprende gli aspetti psicosociali della comunicazione. Un pregiudizio errato sulla comunicazione indica il ricevente come una figura rigida, statica, per cui il flusso comunicativo in genere tiene in considerazione la massa e non l'individualità. Invece la percezione della comunicazione è nettamente influenzata da fattori culturali, di età, di genere. La richiesta di Paling trova un suo riferimento nella ricerca sugli aspetti psico-sociali del dolore. Secondo la definizione della IASP (*International Association Study of Pain*) il dolore è una percezione e, in quanto tale, strettamente legato al vissuto personale di chi ne soffre. Lo stimolo nocicettivo è una comunicazione che va dalla periferia e viene poi integrata a livello di sistema nervoso centrale in stretta correlazione con gli aspetti culturali, di esperienza, di età, di genere. La risposta dolorosa è il risultato dell'interazione fra i fattori fisiologici e quelli psicosociali. Allo stesso modo, la comunicazione del rischio non può prescindere dall'analisi dei destinatari e dal conformare i messaggi alla possibilità di ricezione e quindi di modificazione del comportamento.

## 6. Conclusioni

L'aumento della prevalenza e dell'incidenza delle malattie croniche fa crescere il bisogno di prevenzione primaria. In questo settore l'intervento non è però semplice, in quanto non è sufficiente informare il paziente. Occorre, infatti, che si instauri un vero e proprio processo di comunicazione e una relazione stabile fra medico e paziente.

La comunicazione del rischio deve essere progettata soprattutto in funzione dell'impatto che i messaggi hanno sulle persone. L'obiettivo finale è la modificazione dei comportamenti a rischio attraverso vari gradi di cambiamento che dipendono dalla pericolosità dell'azione precedente. Si passa dalla riduzione, come avviene nel comportamento alimentare legato all'obesità, all'eliminazione completa, come nell'assunzione di droghe, o alla sostituzione con nuovi com-

portamenti, come nel caso delle patologie muscolo scheletriche che richiedono attività fisica mirata.

La complessità del processo cognitivo necessario per passare dalla percezione del rischio alla modificazione del comportamento, richiede un approccio comunicativo molto sofisticato e soprattutto non onnicomprensivo. Il *target* di popolazione, il tipo di comportamento, gli aspetti sociali e culturali sono tutte variabili che influenzano pesantemente la sensibilità e la reazione ad un messaggio.

### Note

1. Con il termine vita statistica si intende il numero di vite umane potenzialmente salvabili mediante la riduzione del rischio di un certo evento. Per esempio se la probabilità di morte, per effetto di un intervento di prevenzione, scendesse da 0,03 a 0,01, potremmo valutare il beneficio in termini di 2 vite statistiche salvate ogni 100 individui affetti da quella patologia.
2. Con riferimento al diabete, si veda Scarcella *et al.* (2006).
3. In questo termine sintetizziamo sia interventi comportamentali (cambiamento di dieta, iscriversi ad una palestra, fare più attività fisica) che acquisto specifico di prestazioni sanitarie.
4. Per un approfondimento si veda Zweifel, Bryer (1997); Levaggi, Capri (2007).
5. Si veda Zweifel, Breyer (1997) per una derivazione formale di questa condizione.
6. Per esempio, possiamo supporre che l'individuo non si renda conto di tenere comportamenti che diminuiscono il suo livello di salute, oppure potrebbe non sapere quanto il suo bagaglio genetico lo metta a rischio di contrarre una certa malattia.
7. Si veda, per esempio, Viscusi (1991).
8. Per una rassegna si veda Barigozzi F., Levaggi R. (2007).
9. Per un approfondimento si veda Gerrard *et al.* (1999).
10. I risultati di una ricerca rivelano l'alta percentuale di fumatori fra gli studenti di medicina e il paradosso che oltre il 90 per cento di loro ritiene indispensabile incentivare le campagne di dissuasione dal fumo.
11. Per una rassegna si veda Edwards (2003).

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

- ALASZEWSKI T., HORLICK-JONES T. (2003), «How Can doctors communicate information about risk more effectively?», *BMJ*, 327, pp. 728-31.
- BARIGOZZI F., LEVAGGI R. (2007), «Tra economia e psicologia: recenti sviluppi nell'analisi della relazione medico-paziente», *Politiche Sanitarie*, 8(3), pp. 118-128.
- BARIGOZZI F., VILLENEUVE E. (2004), «The Signaling Effect of Tax Policy», *Journal of Public Economic Theory*, forthcoming.
- BELLABY P. (2003), «Communication and miscommunication of risk: understanding UK parents' attitude to combined MMR vaccination», *BMJ*, 327, pp. 725-8.
- CARBONE J., KVERNDOKK S., ROGERBERG O. (2005), «Smoking, health, risk and perception», *Journal of Health Economics*, 24, pp. 631-653.
- CUTLER D.M. (2004), «Behavioral health interventions: what works and why», in R. Bulatao N. Anderson (eds) *Understanding Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life: A Research Agenda*, Washington, D.C., National Academies Press, [http://post.economics.harvard.edu/faculty/dcutler/papers/interventions\\_6-02.pdf](http://post.economics.harvard.edu/faculty/dcutler/papers/interventions_6-02.pdf)
- CAPLIN A. (2003), «Fear as a policy instrument» in G. Loewenstein, D. F. Read, R. Baumeister (eds.), *Time and Decision*, Russell Sage, New York.
- CAPLIN A., ELIAZ E. (2003), «AIDS and Psychology: A Mechanism-Design Approach», *RAND Journal of Economics*, 34, pp. 631-646.
- CAPLIN A., LEAHY J. (2004), «The Supply of Information by a Concerned Expert», *Economic Journal*, 114, pp. 487-505.
- DE FEO S., OPASICH C. (2002), «Educare o comunicare: terapie non farmacologiche per il paziente con scompenso cardiaco cronico?», *Monaldi Archives of Chest Diseases*, 58(1), pp. 51-53.
- EDWARDS A. (2003), «Communicating risk», *BMJ*, 327, pp. 691-2.
- EDWARDS A., UNIGWE S., ELWYN G., HOOD K. (2003), «Effects of communicating individual risks in screening programmes: Cochrane systematic review», *BMJ*, 327, pp. 703-10.
- EDWARDS A. (2004), «Flexible rather than standardises approaches to communicating risk in health care», *Quality and Safety in Health Care*, 13, pp. 169-70.
- EYSENBACK G. *et al.* (2004), «Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions», *BMJ*, 328, pp. 1166-71.
- FREWER L. (2004), «The public and effective risk communication», *Toxicology Letters*, 149, pp. 391-397.
- FREWER L., MILES S. (2003), «Temporal stability of psychological determinants of trust: implications for the

- communication about food risk», *Health Risk Society*, 5, pp. 259-271.
- GERRARD M., GIBBONS F.X., REIS-BERGAN M. (1999), «The effect of risk communication on risk perception: the significance of individual differences», *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, pp. 94-100.
- GODOLPHIN W. (2003), «The role of risk communication in shared decision making», *BMJ*, 327, pp. 692-3.
- HEISLER M. *et al.* (2002), «The relative importance of Physician communication, participatory decision making and patient understanding in diabetes self management», *Journal of General Internal Medicine*, 17, pp. 243-252.
- JANZ N.E., BECKER M.H. (1984), «The Health Belief Model: a decade later», *Health Education Quarterly*, 11, pp. 1-47.
- KENKEL D., GIL-LACRUZ A.I. (2005), «Risky behaviors, knowledge, perception», paper, Università di Alcalá, Spagna.
- KOZSEGI B. (2006), «Emotional Agency», *Quarterly Journal of Economics*, 121(1), pp. 121-155.
- LEVAGGI R., CAPRI S. (2005), *Economia Sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- MICHEL R. *et al.* (2004), «Communiquer sur les risques en santé publique», *Medicine Tropicale*, 64, pp. 626-628.
- LEISS W. (2004), «Effective risk communication practice», *Toxicology Letters*, 149, pp. 399-404.
- O'CONNOR A., LÉGARÉ F., STACEY D. (2003), «Risk communication in practice: the contribution of decision aids», *BMJ*, 327, pp. 736-40.
- MONTGOMERY S.B. *et al.* (1989), «The Health Belief Model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: how useful?», *AIDS Education and Prevention*, 1, pp. 303-23.
- PALING J. (2003), «Strategies to help patients understand risk», *BMJ*, 327, pp. 745-8.
- SCARCELLA C. *et al.* (2006), «Il costo del diabete: l'esperienza della ASL di Brescia», *Pharmacoeconomics Italian Research Articles*, 8(2), pp. 95-146.
- SLY T. (2000), «The perception and communication of risk: a guide for the local agency», *Canadian Journal of Public Health*, 91(2), pp. 153-156.
- SMITH R. (2005), «An alternative perspective of information asymmetry: implications for consumer authority in physician services market», *Journal of Economics and Management Strategy*, 14(3), pp. 665-99.
- SMITH R. (2003), «Communicating risk: the main work of doctors», *BMJ*, 327, (7417), pp. o-f.
- THORNTON H. (2003), «Patients' understanding of risk», *BMJ*, 327, pp. 693-4.
- VISCUSI W.K. (1990), «Do smokers underestimate risks?», *Journal of Political Economy*, 98, pp. 1253-1269.
- ZWEIFEL P., BREYER C. (1997), *Health Economics*, Oxford Economic Press, New York.



# L'attitudine manageriale dei medici tra caratteristiche attributive e relazionali. Evidenze da un'indagine empirica

FRANCESCA PALLOTTI

*In the ongoing quest for more effective management of healthcare organisations, the involvement of hospital doctors in management has become a necessity. As a matter of fact, medical managers have distinctive advantages over their non-medical counterparts, including stronger credibility, deeper knowledge of how health care works, and greater experience about clinical matters. The paper focuses on clinicians' involvement in management by taking an individual stance on medical management. In particular, it attempts to offer a new way of exploring the issue, assuming the existence of joint «network effects» and «attributive effects» that explain the attitude of clinicians towards managerial roles. This study asserts that attitude is an important predictor of some specific clinicians' skills and behaviour, which might strongly affect the success of medical management initiatives, such as those undertaken by major reforms in many countries over the last few decades.*

## Note sull'autore

Francesca Pallotti è dottore di ricerca in economia e gestione delle aziende sanitarie e attualmente è collaboratrice scientifica presso l'Università della Svizzera Italiana - Lugano, Svizzera. La ricerca è stata condotta nell'ambito del dottorato di ricerca presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma francesca.pallotti@lu.unisi.ch

## Ringraziamenti

Un ringraziamento particolare va al Professore Americo Cicchetti, senza l'aiuto del quale il presente studio non sarebbe stato possibile

## 1. Introduzione

Nel corso degli ultimi due decenni, il tema del coinvolgimento dei medici nel management delle organizzazioni sanitarie è stato al centro di un acceso dibattito, che ha visto coinvolti legislatori, *policy maker* e organizzazioni professionali di categoria. Così come in Italia, i processi di riforma dei sistemi sanitari di diversi Paesi ad economia avanzata hanno avuto come intento comune, seppur con specifiche peculiarità legate ai differenti contesti nazionali, quello di migliorare i livelli di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, intervenendo sia sulla razionalizzazione della rete di offerta dei servizi, sia, a livello aziendale, sui processi di attività e di gestione delle organizzazioni che ne fanno parte.

Riguardo a quest'ultimo aspetto, esiste ormai sostanziale accordo nel ritenere che il successo delle organizzazioni sanitarie dipenda sempre più fortemente dal coinvolgimento di medici ed altri professionisti sanitari in attività di natura gestionale e collegate all'organizzazione dei servizi. Le riforme degli ultimi anni rispecchiano tale orientamento: l'introduzione di una logica di gestione manageriale dei sistemi sanitari, da una parte, e la modifica degli assetti organizzativi e funzionali delle aziende erogatrici di servizi, dall'altra, hanno portato alla nascita di nuovi ruoli di management per medici, etichettati di frequente con il termine anglosassone di *clinician-manager*, e ad una nuova filosofia di gestione delle aziende, indicata con il termine *medical management*<sup>1</sup>. Lo stesso D.L.vo 509/92, che ha avviato il pro-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. La *medical management strategy*: professionisti e manager a confronto
3. L'attitudine manageriale dei medici: un quadro di riferimento teorico
4. Prospettiva relazionale e capitale sociale
5. Disegno della ricerca
6. Analisi e risultati
7. Discussione
8. Limiti
9. Conclusioni

cesso di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale, sancisce il riconoscimento di ruoli di management per medici, attribuendo per la prima volta al medico la qualifica di dirigente (ex art. 15 *septies*, 1° comma). Al dirigente medico vengono in particolare assegnati specifici obiettivi di natura organizzativa (responsabilità di coordinamento delle risorse) ed economica (responsabilità sull'utilizzo delle risorse), stabilendo allo stesso tempo trattamenti economici che si differenziano per posizioni, funzioni e risultati.

La svolta in senso aziendalistico che ha pervaso il mondo della sanità in questo ultimo decennio ha pertanto richiesto sempre più al medico di acquisire competenze non solo di carattere medico/clinico, ma anche di associare ad esse conoscenze e strumenti di gestione per ricoprire con successo incarichi direzionali di uffici e servizi in aziende sanitarie pubbliche e private.

In letteratura la figura del medico-manager è stata analizzata principalmente considerando le implicazioni, a livello di politiche di risorse umane e di assetti strutturali e organizzativi, legate all'attribuzione di responsabilità di gestione a medici e ad altri professionisti sanitari (Forbes *et al.*, 2004). Molto meno numerosi sono, invece, i contributi di quanti approfondiscono il tema da una prospettiva più individuale. Due studi recenti affrontano, ad esempio, il tema dell'attitudine al lavoro andando ad investigare le opinioni e i punti di vista di diverse categorie di professionisti sanitari nei confronti di incarichi di natura manageriale (Braithwaite, Westbrook, 2005; Forbes *et al.*, 2004).

Il presente lavoro, di natura esplorativa, propone un nuovo modo di analizzare il tema dell'attitudine al lavoro, cercando di individuare quali sono i fattori in grado di spiegare lo sviluppo di una predisposizione o interesse verso una determinata attività. Più in particolare, prendendo a riferimento il ruolo del medico-manager, l'obiettivo è quello di investigare in che misura la variabilità nell'attitudine manageriale dei medici può essere spiegata da caratteristiche personali dell'individuo e da aspetti legati alla «posizione» assunta da quest'ultimo nel *network* di relazioni che si creano all'interno di una data organizzazione. L'attitudine – che secondo alcuni esponenti della teoria delle scienze sociali e della teoria organizzativa è legata ai

comportamenti individuali – può a sua volta rivestire un ruolo importante nell'influenzare azioni e comportamenti attivati dal medico in questa determinata sfera di attività.

La scelta di focalizzarsi sul tema dell'attitudine trova giustificazione in una serie di motivazioni. In primo luogo, l'introduzione di ruoli di management per medici nelle organizzazioni sanitarie non ha prodotto, ad oggi, i risultati sperati. Studi empirici hanno evidenziato che il coinvolgimento in compiti di natura gestionale può creare nel professionista medico conflitti di natura etica e relazionale, che rallentano, e in certi casi ostacolano, l'implementazione di nuovi modelli di gestione delle aziende sanitarie. Secondo alcuni, tali conflitti trovano origine nella mancata diffusione di una cultura manageriale all'interno delle organizzazioni sanitarie (Anessi Pessina, Cantù, 2006), la quale consentirebbe a professionisti sanitari da una parte, e amministratori e manager dall'altra, di condividere comportamenti e obiettivi. La conoscenza della predisposizione a ricoprire ruoli di management all'interno di un'organizzazione può dunque costituire un importante presupposto per quel cambiamento culturale richiesto da una strategia di *medical management*.

In secondo luogo, le organizzazioni possono utilizzare le informazioni sull'attitudine per selezionare le persone giuste da inserire in ruoli di management. Come molti studiosi hanno sottolineato, non tutti i medici possono essere considerati come potenziali, buoni manager, ma solo coloro che possiedono determinate caratteristiche personali, oltreché professionali, che li rendono più inclini ad assumere responsabilità diverse da quelle richieste dal lavoro clinico (Forbes *et al.*, 2004). L'attitudine, in questo senso, potrebbe essere utilizzata come indicatore sia dell'esistenza di specifiche capacità (comportamentali, concettuali e direttive), sia della predisposizione di un individuo ad acquisire il *mix* di conoscenze e competenze necessarie a svolgere con successo le attività connesse ai diversi ruoli organizzativi (Fontana, 1994).

Il presente articolo è strutturato come segue. Nel secondo paragrafo vengono descritti gli elementi distintivi di una strategia di *medical management*, che porta a considerare quali sono le principali caratteristiche che

differenziano i manager dai *professional*. Si prosegue quindi nel terzo e quarto paragrafo con la definizione di un quadro teorico di riferimento per l'analisi. In seguito viene illustrato il disegno della ricerca e vengono descritti i risultati dello studio. L'articolo prosegue e chiude con alcune considerazioni finali di sintesi.

## **2. La *medical management strategy*: professionisti e manager a confronto**

Nel corso degli ultimi anni, la realtà sanitaria di numerosi Paesi è stata caratterizzata da una serie di importanti fenomeni, che hanno inciso profondamente sull'organizzazione dei sistemi sanitari e sulle modalità di gestione e di erogazione dei servizi. Il complesso di tali cambiamenti, tra i quali, ad esempio, l'invecchiamento graduale della popolazione, la crescita della domanda di salute da parte dei cittadini, i progressi realizzati dalla medicina moderna per effetto dello sviluppo di nuove tecnologie, hanno portato ad un progressivo aumento della spesa sanitaria e a crescenti richieste di miglioramento dei livelli di qualità dei servizi offerti.

Una delle modalità attraverso cui si è cercato di rispondere a tali esigenze, è stata quella di introdurre una gestione basata su criteri manageriali all'interno di ospedali, cliniche e altre strutture sanitarie, pubbliche e private, invocando allo stesso tempo un coinvolgimento più diretto dei medici nei processi decisionali e di gestione aziendale (Spurgeon, 2001).

In effetti, in Paesi quali il Regno Unito e la Nuova Zelanda, i primi tentativi di risolvere i problemi di contenimento dei costi e di miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle organizzazioni sanitarie si rivelarono ben presto insufficienti a garantire un effettivo controllo delle attività aziendali e dei risultati di tali attività (Doolin, 2001). Come sottolineato da diversi autori, tali iniziative di riforma promuovevano l'utilizzo di strumenti e tecniche di gestione mutuati dal settore privato allo scopo principale di migliorare il controllo dei costi all'interno delle aziende, senza tuttavia rendere i professionisti sanitari più sensibili nei confronti delle problematiche di natura gestionale (Spurgeon, 2001). Con i successivi interventi di riforma, dunque, l'enfasi si sposta dall'organizzazione

allo specialista ospedaliero, dalle attività di mero controllo dei costi e delle attività alla responsabilizzazione piena del professionista clinico rispetto alla qualità dei servizi erogati e alle conseguenze finanziarie delle decisioni diagnostiche e terapeutiche adottate.

L'organizzazione sanitaria, in effetti, in quanto azienda *knowledge* e *labour intensive*, è caratterizzata dalla prevalenza di personale altamente specializzato (medici, infermieri, e tecnici), la cui attività incide notevolmente sui livelli di consumo delle risorse e, di conseguenza, sui livelli di spesa. I medici sono normalmente considerati i principali *decision-maker* per ciò che riguarda la scelta delle prestazioni e dei percorsi di cura per il paziente, e per questa loro attività sono i primi a generare costi all'interno dell'organizzazione. Pertanto, il riconoscimento dell'impatto delle decisioni prese dal medico sia sul versante clinico che su quello economico ha favorito, negli ultimi anni, l'emergere di nuove figure professionali all'interno delle organizzazioni, quelle dei medici-manager, chiamati a rispondere dell'appropriatezza dei trattamenti prescritti e dei costi ad essi associati, conciliando competenze di natura clinica con capacità di natura gestionale. Con il termine *medical management* s'intende proprio la strategia volta ad assegnare maggiori responsabilità ai livelli organizzativi più vicini al punto di erogazione del servizio, in modo tale che «the people making strategic and day to day management decisions will be the same people working together to deliver patient care» (Doolin, 2001, p. 236).

L'implementazione della strategia di *medical management* è stata interpretata come il tentativo, intrapreso dai vertici aziendali delle strutture organizzative, di conciliare gli interessi del management con quelli dei professionisti sanitari (Thorne, 2000). Gli elevati livelli di autonomia di cui godono i professionisti all'interno delle organizzazioni sanitarie, così come in altri tipi di burocrazie professionali (Mintzberg, 1979), crea, in effetti, una costante tensione tra due opposti elementi: da un lato, la necessità per il management aziendale di controllare le performance organizzative; dall'altro, la volontà da parte dei professionisti sanitari di preservare livelli di discrezionalità elevati. In questo binomio autonomia-controllo, la figura del medico-manager assume il ruolo

di *boundary-spanning*, agendo da cerniera di collegamento tra la parte amministrativa e la parte clinica dell'organizzazione (Fitzgerald, Dufour, 1996).

In letteratura sono numerosi i contributi di coloro che hanno tentato di definire e caratterizzare il ruolo del medico-manager. Come affermato da Spurgeon (2001), il compito principale di un medico-manager sta nel «... manage their colleagues because no other process has managed to do so with any consistent successes ... The role of clinicians in management would seem to be fundamentally one of influence over other clinical colleagues and influence in shaping the future pattern and shape of health care services ... providing a unique medical perspective on the complex, rapidly changing external requirements of the health system». In effetti, il lungo *iter* formativo, che caratterizza la professione medica, e l'esperienza, che lungo questo percorso l'individuo matura sulle caratteristiche organizzative e sulle problematiche operative di un ospedale, rappresentano elementi fondamentali per processi decisionali più corretti ed economicamente sostenibili (Grabham, Chantler, 1989). Secondo McDermott *et al.* (2002), sono numerosi i benefici derivanti da incarichi manageriali per medici. Questi ultimi possono, ad esempio, svolgere un ruolo più attivo nell'influenzare la qualità dei servizi offerti ai pazienti e nel conciliare esigenze di qualità ed efficienza; migliorare e rafforzare il dialogo con i manager dell'organizzazione e acquisire nuove conoscenze e nuove capacità; inoltre, i medici possono trovare nel management nuove e diverse opportunità di carriera, nonché una fonte alternativa di potere e autonomia

all'interno delle organizzazioni. A fronte di tali benefici, la letteratura ha tuttavia evidenziato una serie di problemi che i medici manager si trovano a dover affrontare (Spurgeon, 2001; Guerra, 1992; Fitzgerald, 1994), fra questi ad esempio: a) mancanza di tempo per un impegno a lungo termine o *full-time* in responsabilità di management; b) riduzione del tempo necessario alla pratica clinica; c) assenza di incentivi e mancanza di itinerari di carriera ben definiti; d) scarsa preparazione a ricoprire ruoli di management; e) pressione negativa da parte dei colleghi medici e conseguente rischio di perdita di credibilità; infine, f) mancanza di supporto da parte dei manager dell'organizzazione. Quest'ultimo aspetto dipende dalla natura congenitamente «conflittuale» che contraddistingue il rapporto tra medico e manager, e dalla diversità di valori, principi e opinioni che distinguono le due professioni (Taroni, Grilli, 2000; Ruffini, 1998; Giarelli, 2003).

In effetti, sebbene sia possibile riscontrare delle similarità tra medici e manager – entrambi hanno seguito un lungo percorso formativo, sono prevalentemente *risk-taker*, e sono motivati da incentivi di natura finanziaria (Smith, 2003) – la cultura medica e quella manageriale sono certamente molto differenti. I medici sono espressione di valori di autonomia professionale, orientamento verso il paziente, e autoregolazione del comportamento, mentre i manager tipicamente attribuiscono valore all'efficienza, al controllo e alla responsabilità pubblica (Davies, Harrison, 2003; Degeling *et al.*, 2003). Un supporto empirico a favore di questa argomentazione si può trovare nel lavoro di Kindig, Konver (1992), i quali hanno riscontrato un rilevante numero di differenze tra le caratteristiche dei medici e quelle dei manager, alcune delle quali sono riportate nella **tabella 1**. Queste differenze suggeriscono l'estrema complessità del ruolo di medico-manager, che deve rappresentare allo stesso tempo la sintesi di due culture estremamente differenti (Cicchetti, 2004): a coloro che intraprendono una carriera nel management viene infatti richiesto di sostituire, almeno in parte, attitudini che si sono formate lungo il processo di indottrinamento professionale con modi di pensare e di agire diversi, che possono entrare in conflitto con la loro tradizionale area di *expertise*.

**Tabella 1**

Principali differenze tra medici e manager

Fonte: Adattato da M.E. Kurtz (1992), «The dual role dilemma», in Kindig D.A., Konver A.R. (1992)

| Medico                                | Manager                            |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| Action oriented                       | Planners                           |
| One-to-one encounters and interaction | Team working and group interaction |
| Reactive personalities                | Proactive personalities            |
| Immediate results or gratification    | Delayed gratification              |
| Deciders                              | Delegators                         |
| Value autonomy                        | Value collaboration                |
| Patient oriented                      | Organisation oriented              |
| Identified on profession              | Identified on organisation         |
| Independent                           | Participative                      |

La figura di medico-manager più analizzata in letteratura è certamente quella del direttore di dipartimento, o *clinical director*<sup>2</sup>, cui sono affidate – in modo più o meno articolato a seconda del contesto preso a riferimento e congiuntamente ad attività cliniche – attività di carattere prettamente gestionale, connesse cioè al controllo di gestione, alla pianificazione strategica, alla gestione delle risorse umane, ecc. In Italia il direttore di dipartimento, differentemente da quanto avviene in altri Paesi, quali ad esempio la Danimarca, adempie le sue responsabilità di gestione *part-time*, continuando quindi allo stesso tempo l'attività propriamente clinica.

### 3. L'attitudine manageriale dei medici: un quadro di riferimento teorico

Nell'ambito delle teorie organizzative, l'interesse per il tema dell'attitudine verso il lavoro si sviluppa intorno alla seconda metà degli anni novanta, grazie al seminale contributo di Elton Mayo (1880-1949) e Fritz J. Roethlisberger (1898-1974). Tali autori, in particolare, considerano l'attitudine come il *set* di sentimenti, aspettative e opinioni che l'individuo sviluppa nei confronti del proprio lavoro e sottolineano come tale caratteristica sia in grado di influenzare e predire il comportamento degli individui nello svolgimento di una determinata attività. Il comportamento individuale, a sua volta, è collegato al concetto di performance: in generale si può affermare che, mentre il comportamento fa riferimento all'attività, la performance si riferisce invece ai risultati di tale attività. Secondo alcuni autori (Fontana, 1994; Nickols, 2000), i due fattori risultano fortemente interconnessi – non esiste performance senza che venga attuato un determinato comportamento –, mentre assai più incerta appare la natura di tale relazione, soprattutto a causa della complessità del concetto di performance – specie per quel che concerne il settore sanitario. La definizione stessa del concetto di attitudine suggerisce l'esistenza di tali relazioni. Tra le numerose definizioni che sono state date in diverse discipline, quella più interessante ai fini del presente lavoro definisce l'attitudine come «a predisposition to respond in a favourable or unfavourable way», o anche «a positive or negative feeling about the contents of a

physical and cognitive environment» (Scott, Mitchell, 1976, p. 151). L'attitudine è dunque legata alle opinioni e alle aspettative degli individui rispetto ad una determinata cosa o attività, che prendono la forma di, o sono espresse da, comportamenti particolari.

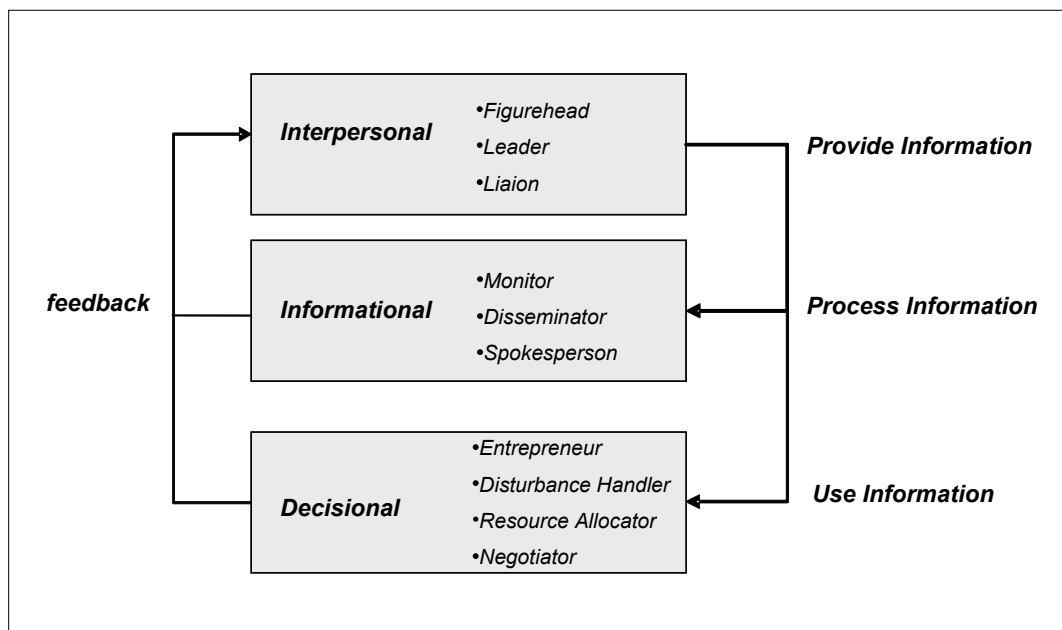
Per chiarire a questo punto cosa si intende per «attitudine al management», occorre specificare quali sono i contenuti delle attività che normalmente un manager è chiamato a svolgere. Henry Mintzberg (1979), in particolare, ha offerto un'accurata descrizione del lavoro manageriale, individuando dieci tipologie di ruoli che accomunano, e allo stesso tempo distinguono, il lavoro di tutti i manager. Tali ruoli sono suddivisi in tre principali categorie: *interpersonal*, *informational* e *decisional roles* (figura 1). Poiché i manager sono in genere responsabili di un'organizzazione e rappresentano formalmente la stessa sia all'interno che all'esterno dei confini organizzativi, i ruoli appartenenti al primo gruppo sono collegati alle relazioni interpersonali che i manager stabiliscono con i superiori, con i subordinati e con altri manager. Le relazioni instaurate negli *interpersonal roles* portano i manager a ricoprire una posizione strategica all'interno di tutto il flusso informativo aziendale, permettendo loro di ottenere, disseminare e controllare meglio di chiunque altro le informazioni che circolano all'interno dell'organizzazione. Pertanto, la seconda tipologia di ruoli è connessa all'aspetto «informativo» del lavoro manageriale. Infine, la facilità di accesso alle informazioni consente al manager di trovarsi al centro dei processi decisionali aziendali. L'ultimo gruppo si riferisce quindi alla sfera decisionale del lavoro manageriale.

Le categorie indicate in figura 1, e le connesse attività, descrivono dunque il lavoro quotidiano di ogni manager, sebbene il peso dato a ciascuna di esse si differenzi a seconda della posizione ricoperta ai diversi livelli gerarchici e a seconda dell'organizzazione presa a riferimento (Khandwalla, 2004). Nel caso specifico delle organizzazioni sanitarie, è stato sottolineato che il ruolo di manager ha subito un'evoluzione nel corso degli ultimi anni, parallelamente ai cambiamenti che si sono verificati nei contesti sanitari di numerosi Paesi. Così, le tradizionali funzioni di management sanitario si sono arricchite di nuovi contenuti e responsabilità, che loro vol-

**Figura 1**

I ruoli manageriali

Fonte: Allen G. (1998), Supervision: Management modern, disponibile sul sito [http://209.85.135.104/search?q=cache:2xelRNF\\_1t0J:telecollege.dcccd.edu/mgmt1374/book\\_contents/1overview/managerial\\_roles/mgrl\\_roles.htm+%22managerial+roles%22&hl=it&ct=clnk&cd=1&gl=it](http://209.85.135.104/search?q=cache:2xelRNF_1t0J:telecollege.dcccd.edu/mgmt1374/book_contents/1overview/managerial_roles/mgrl_roles.htm+%22managerial+roles%22&hl=it&ct=clnk&cd=1&gl=it)



ta hanno richiesto lo sviluppo di nuovi e più specifici set di competenze e capacità (Anderson, Pulich, 2002). La **tabella 2** contiene un elenco delle competenze amministrative e manageriali che i professionisti dovrebbero acquisire o apprendere per ricoprire con successo incarichi manageriali all'interno delle organizzazioni sanitarie.

La necessità di possedere, o sviluppare, le suddette competenze e capacità crea, di fatto, delle figure «ibride» di medici-manager che spesso sono causa di conflitti di natura etica per il medico. Questi conflitti saranno più o meno forti a seconda della predisposizione, o attitudine, che il medico ha, o sviluppa, verso l'assunzione di funzioni di management.

**Tabella 2**

Competenze amministrative e manageriali per il settore sanitario

Fonte: Adattato da Anderson P., Pulich M. (2002)

|             |   |
|-------------|---|
| Planning    | Goal setting: develop work unit goals aligned with organisational objectives<br>Decision making: make decisions in a timely manner  |
| Organizing  | Cooperating: create and manage a supportive team environment<br>Coordinating: integrate work unit activities with other units   |
| Leading     | Communicating: interact effectively with all organisations' members<br>Managing conflict: identify conflicts and way of resolution<br>Demonstrating professionalism: be a positive role model |
| Controlling | Empowering employees: promote employee responsibility in improving work unit performance  |

L'esistenza di una forte differenziazione nell'orientamento al management – all'interno di una stessa classe di professionisti sanitari e soprattutto tra classi differenti – è stata sottolineata più volte in letteratura e riscontrata da diversi studi sull'argomento (Galloway, Potter, 2001; Gatrell, White, 1996). Tra i più recenti, ad esempio, il lavoro condotto da Braithwaite e Westbrook (2005) individua nei medici la categoria di professionisti meno propensa ad assumere responsabilità di gestione, mentre gli infermieri e i tecnici sanitari sembrerebbero mostrare un maggiore interesse verso compiti e responsabilità diverse dal proprio lavoro. In uno studio condotto in Scozia, altri autori hanno analizzato in particolare il ruolo dei direttori di dipartimento e hanno individuato due diverse categorie di medici, che si distinguono per un'opposta propensione al management (Forbes *et al.*, 2004). Gli *investor*, da una parte, sono coloro che si mostrano inclini ad assumere responsabilità di natura gestionale, vedendo nel management l'opportunità per ottenere avanzamenti di carriera, o l'occasione per evadere dalla pressione o insoddisfazione legate al lavoro clinico; i *reluctant*, dall'altra parte, sono invece coloro che si «avvicinano» al management non per scelta personale, ma piuttosto per ragioni accidentali o contingenti (come nel caso di

cambiamenti strutturali all'interno dell'organizzazione), o al preciso scopo di proteggere gli interessi della loro specializzazione. Questi individui hanno normalmente una cattiva opinione dei manager e del management e avvertono quest'ultimo come una minaccia per la loro autonomia, oltretutto una fonte di tradimento nei confronti della professione medica (McDermott *et al.*, 2002).

#### 4. Prospettiva relazionale e capitale sociale

Nell'ambito delle scienze sociali, fenomeni organizzativi quali, ad esempio, la motivazione dei lavoratori, la *leadership*, la soddisfazione, il potere e l'influenza sociale sono stati spiegati principalmente sulla base di attributi personali degli attori organizzativi, quali l'età, il sesso, la posizione gerarchica, il ruolo, il livello di educazione e l'esperienza professionale (Pfeffer, 1981; Katz, Kahn, 1966; Krackhardt, Kilduff, 1989; Kanter, 1977; Alpaender, 1973). Una prospettiva più recente considera invece i comportamenti e le performance organizzative come il risultato dell'interazione tra individui, o gruppi di individui (*sub-unit organizzative*): è la cosiddetta prospettiva relazionale (Levin, White, 1961; Burt, 1982; Evan, 1966; Granovetter, 1985). È possibile notare che mentre il primo approccio attribuisce importanza alle caratteristiche personali dei nodi che compongono una rete, ad esempio, un'organizzazione, il secondo si basa invece sull'osservazione delle relazioni che legano tali nodi tra di loro. I primi studi al riguardo, risalenti agli anni sessanta, si focalizzavano essenzialmente sul legame tra la posizione ricoperta da un individuo nella scala gerarchica dell'organizzazione, e aspetti legati all'attitudine al lavoro (come, ad esempio, la soddisfazione) (Cummings, El Salmi, 1970; Rice, Mitchell, 1973). Differentemente da tale approccio, la prospettiva relazionale offre un'interpretazione più olistica del concetto di «posizione», considerando quest'ultima non solo come combinazione di relazioni gerarchiche funzionali, ma anche in relazione al reticolo dei rapporti sociali in cui l'individuo si trova immerso all'interno di una data organizzazione.

Strettamente connessa alla prospettiva relazionale è la teoria del capitale sociale (Nahapiet, Ghoshal, 1998). Secondo i suoi

sostenitori, il capitale sociale, o relazionale, è costituito dall'insieme di risorse che derivano dal tessuto di relazioni sociali in cui una persona è inserita, e che possono essere mobilitate, all'occorrenza, da coloro che appartengono alla rete mediante relazioni (Bourdieu, 1986; Burt, 1992). In questo senso, le relazioni sono intese come risorse, in grado cioè di generare certi effetti per gli individui che ne fanno uso (ad esempio, l'accesso a determinate opportunità di carriera, il raggiungimento di certi livelli di performance, lo sviluppo di determinati orientamenti). Come si evince dalla definizione, il capitale sociale comprende in sé la dimensione relazionale, che considera la tipologia e le caratteristiche delle relazioni che un individuo sviluppa all'interno di un *network* (i concetti di *relational and structural embeddedness* sviluppati da Granovetter, 1992); in aggiunta a questa prospettiva, poi, il capitale sociale comprende anche un'altra dimensione, ossia quella che attribuisce alle relazioni il significato di risorse, portatrici di conoscenze, apprendimento e innovazione all'interno del *network* (il concetto di *cognitive dimension*, Granovetter, 1992). È possibile dunque affermare che la teoria del capitale sociale, rispetto alla prospettiva relazionale, ha il valore aggiunto di considerare l'importanza delle relazioni nel diffondere informazioni e conoscenze all'interno di un *network* e nell'influenzare comportamenti e attitudini degli individui che ne fanno parte.

Al fine di fornire una spiegazione della variabilità dell'attitudine dei medici rispetto a ruoli di management, si assume nel presente lavoro che tale variabilità sia da collegare all'effetto sia di fattori attributivi che di fattori relazionali<sup>3</sup>. In particolare, si ipotizza che i suddetti fattori, considerati congiuntamente, possano influenzare la predisposizione dei medici verso il management, la quale a sua volta, come sottolineato in precedenza, influenza il comportamento e i livelli di performance raggiunti in questo specifico ambito di attività.

#### 5. Disegno della ricerca

5.1. Il contesto della ricerca: il Policlinico Universitario «A. Gemelli»

L'indagine è stata condotta in un grande ospedale sito nella capitale italiana. Trattan-

dosì di un policlinico universitario, l'ospedale «A. Gemelli» svolge, oltre all'attività di assistenza ai pazienti, anche funzioni di didattica e ricerca. Al momento dell'analisi, l'ospedale contava 1615 posti-letto, 153 letti in *day hospital*, 13 Dipartimenti e 110 unità operative, 4000 dipendenti, di cui 894 (circa il 22%) aventi la qualifica di medici. Di questi 894, 108 medici sono direttori di struttura complessa, 509 hanno la qualifica di dirigente, 207 sono medici a contratto e dirigenti medici non docenti, e 49 sono dirigenti sanitari. Nel 2000, attraverso una delibera aziendale, l'ospedale ha convertito il proprio assetto organizzativo interno, passando da una tradizionale configurazione basata sulla contrapposizione tra servizi (unità operative senza posti-letto) e divisioni (unità operative con posti-letto), ad una struttura basata sul modello organizzativo dipartimentale. All'interno del dipartimento investigato, il cambiamento è avvenuto soltanto alla fine del 2004. Sebbene l'obiettivo iniziale del presente studio fosse quello di inviare il questionario a tutti gli 894 medici del Policlinico, è stata condotta un'indagine pilota all'interno di un solo dipartimento, quello di Bioimmagini e scienze radiologiche, perché considerato particolarmente significativo e coerente con gli obiettivi generali dell'analisi. In effetti, il dipartimento in oggetto lavora a supporto di tutte le unità operative dell'ospedale e gioca pertanto un ruolo fondamentale per l'efficace funzionamento dell'organizzazione nel suo complesso. In aggiunta, poiché le attività svolte all'interno del dipartimento sono richieste dalle altre unità operative, il carico di lavoro – in termini di numerosità dei dati, utilizzo delle apparecchiature, programmazione dei test radiologici e attività di *reporting* – è particolarmente oneroso e, di conseguenza, le attività di gestione delle informazioni, del personale e delle tecnologie assolutamente critiche.

Agli 83 medici operanti all'interno del Dipartimento di Bioimmagini e scienze radiologiche è stato inviato il questionario in formato elettronico nel mese di gennaio 2006; alla fine di febbraio, dopo un primo sollecito, la percentuale di rispondenti al questionario era di circa il 20%. A fine marzo, dopo il secondo sollecito, il 41% della popolazione ha restituito il questionario interamente e corret-

tamente compilato, optando, per la quasi totalità dei casi, anche per l'intervista diretta.

## 5.2. Raccolta dei dati

Al fine di raccogliere le informazioni e i dati sull'attitudine manageriale dei medici, è stato sviluppato, come principale strumento di indagine, un questionario, prendendo a riferimento modelli già utilizzati in letteratura. In particolare, sono stati considerati alcuni esempi di questionario sviluppati da diversi istituti di ricerca per la raccolta di informazioni su dati di natura relazionale<sup>4</sup>, così come questionari disegnati per valutare le attitudini, le capacità e le competenze degli individui che occupano posizioni manageriali all'interno di una data organizzazione<sup>5</sup>.

Il questionario utilizzato in questo studio contiene una serie di *item* raccolti in 5 sezioni principali, ciascuna delle quali volta ad analizzare il tema del rapporto medicina-management da una diversa angolazione. Più in dettaglio, le prime domande (a-e) contenute nella Sezione 1 raccolgono informazioni su dati anagrafici e altre caratteristiche personali delle persone che fanno parte del campione sottoposto ad indagine (età, sesso, ruolo, anzianità di servizio, unità operativa di appartenenza). La Sezione 2 del questionario è invece, volta a valutare l'attitudine dei medici nei confronti della loro carriera professionale e del management. Questo gruppo di domande è stato sviluppato con l'obiettivo di rivelare se, o meno, i rispondenti possiedono capacità e competenze che sono tipiche di un manager – come, ad esempio, capacità di pianificazione, organizzazione e adattamento ai cambiamenti ambientali; orientamento ai risultati, capacità di *leadership* e di rapporti interpersonali.

La Sezione 3 mira a raccogliere informazioni sulle «relazioni amministrative» ovvero, come si specificherà meglio più avanti, le relazioni aventi ad oggetto lo scambio di informazioni e conoscenza tra la componente medica e quella amministrativa su aspetti di corretta gestione amministrativa e problematiche di carattere amministrativo. Al fine di capire l'opinione dei medici sull'utilità di ricevere o scambiare informazioni di questo tipo, a questi ultimi è stato chiesto di indicare il livello di importanza/non importanza di tali informazioni per un più efficace svolgi-



mento del loro lavoro clinico. A coloro con i quali è stata condotta l'intervista, è stato inoltre chiesto di precisare se essi stessi sono coinvolti in uno scambio diretto di informazioni con gli amministratori/manager dell'organizzazione, oppure se, viceversa, tali informazioni vengono loro comunicate, o da loro trasmesse, attraverso altri medici appartenenti al dipartimento.

La Sezione 4 è finalizzata a raccogliere dati sulle «relazioni professionali», ovvero le relazioni aventi ad oggetto lo scambio di informazioni di carattere medico/clinico tra colleghi medici. Lo scopo di questa sezione è quello di identificare la «posizione» assunta da ciascun medico all'interno di un *network* specifico. Poiché la presente ricerca è stata condotta all'interno di un solo dipartimento, ai rispondenti al questionario è stato chiesto di precisare «a chi», tra i medici del dipartimento, si rivolgono abitualmente per ricevere o scambiare informazioni su problemi attinenti la loro sfera professionale (il medico assume in questo caso il ruolo di *receiver* delle informazioni). Al fine di validare i dati raccolti, è stato richiesto inoltre di indicare, con le stesse modalità appena descritte, i nomi dei colleghi medici che si rivolgono al rispondente per ricevere informazioni, suggerimenti e consulenze su problematiche legate al lavoro clinico (il medico assume in questo caso il ruolo di *transmitter* delle informazioni). Così facendo, è stato possibile accertare che esiste una relazione professionale tra il medico «i» e il medico «j», se «i» indica di rivolgersi a «j», e «j» conferma di ricevere informazioni dall'individuo «i». Questa procedura è indicata in letteratura come *cross validation of data* (cfr. Hansen, 1999; Krackhardt, 1990)<sup>6</sup>.

Infine, mentre con la Sezione 5 il tema del *medical management* è stato indagato prendendo in considerazione il punto di vista dei rispondenti al questionario – evidenziando, in sostanza, se effettivamente gli intervistati confermano problemi e vantaggi sottolineati dalla letteratura sul tema dei medici nel management – l'ultima parte del questionario lascia ai rispondenti l'opportunità di esprimere e sottolineare opinioni, punti di vista, critiche, suggerimenti riguardanti il rapporto medicina-management.

Tutte le risposte agli *item* contenuti nel questionario sono state date utilizzando una

*Likert scale* che contiene cinque possibili alternative che vanno da 5 (fortemente d'accordo), a 1 (fortemente in disaccordo). Ai rispondenti è stata offerta la possibilità di compilare il questionario autonomamente e consegnarlo compilato alla segreteria del dipartimento di appartenenza, oppure di riempirlo nel corso di un'intervista semi-strutturata. Lo strumento dell'intervista ha offerto loro la possibilità di ricevere maggiori dettagli sulla ricerca e, al ricercatore, la possibilità di ottenere maggiori informazioni e opinioni da parte degli intervistati sul tema oggetto di analisi. Le interviste effettuate hanno avuto una durata variabile dai 30 ai 60 minuti circa. Le informazioni raccolte nel corso degli incontri sono state poi immediatamente trascritte e sintetizzate, selezionando solo quelle utili ai fini dell'analisi dei dati, secondo l'approccio di *data reduction* sviluppato da Miles e Huberman (1994). Ai medici è stata inoltre garantita la massima segretezza sui dati raccolti.

### 5.3. Metodi e misure

#### *Variabile dipendente*

La variabile dipendente del modello sviluppato nell'analisi è rappresentata dall'attitudine manageriale dei medici. Al fine di misurare tale variabile, sono state utilizzate le affermazioni contenute nella sezione 2 del questionario, tendenti a valutare l'attitudine manageriale delle persone rispetto all'attitudine verso la professione medica<sup>7</sup>. Sulla base della scala Likert sono state individuate quattro principali classi di attitudine (con punteggio variabile da 9 a 45), mostrate nella **tabella 3**.

Come si può osservare dalla tabella, solo il 6,45% dei rispondenti rientrava nelle classi di attitudine corrispondenti ai valori compresi tra 9 e 23. Per tale motivo, queste classi sono state accorpate e ridotte a due: alla prima appartengono i medici con un orientamento verso la professione – ossia i medici che mostrano un'attitudine verso il proprio lavoro e hanno una minore vocazione per il management; all'altra classe appartengono invece i medici con un orientamento verso l'organizzazione – ossia i medici che, oltre al lavoro clinico, mostrano uno spiccato interesse ver-

**Tabella 3**  
Classi di attitudine

|                | Valori  | Classi di attitudine   | N. | %     |
|----------------|---------|--|----|-------|
| Valore min. 9  | 9 – 15  | Pieno orientamento alla professione  | 0  | 0     |
|                | 16 – 23 | Professionista con un certo orientamento istituzionale                               | 2  | 6,45  |
|                | 24 – 30 | Orientamento manageriale con la presenza di fattori di identificazione professionale | 13 | 41,94 |
| Valore max. 45 | 31 – 45 | Pieno orientamento al lavoro manageriale   | 16 | 51,61 |

so la gestione dell'organizzazione e il buon funzionamento della stessa.

#### *Variabili indipendenti*

*Variabili attributive.* Il primo gruppo di variabili indipendenti comprende l'età, il sesso, l'anzianità di servizio (anni di ruolo), l'unità operativa di appartenenza e la produzione scientifica (ossia il numero di pubblicazioni internazionali prodotte in un dato periodo di riferimento). Tali caratteristiche attributive sono state rilevate utilizzando prevalentemente le informazioni contenute nella prima sezione del questionario; per ciò che riguarda, invece, la produzione scientifica si è fatto uso del *database* elettronico PubMed. Quest'ultimo, com'è noto, è un archivio digitale che offre l'accesso a più di 16 milioni di citazioni contenute in articoli scientifici pubblicati sulle principali riviste del settore biomedicale dagli anni '50 fino ai giorni nostri, consentendo inoltre la lettura integrale degli articoli e l'accesso ad altre risorse ad essi collegate. Attraverso l'utilizzo di PubMed è stato possibile individuare, per ciascun medico intervistato, il numero di articoli scientifici pubblicati negli anni 2000-2005<sup>8</sup>.

*Variabili relazionali.* La seconda categoria di variabili indipendenti comprende diverse tipologie di relazioni che i medici stabiliscono con altri individui all'interno dell'organizzazione. Al fine di tener conto, nel modello di ricerca, della prospettiva relazionale, in primo luogo sono stati definiti a priori i «confini» della *network*, individuati sulla base di una precisa scelta dell'autore di limitare la raccolta dei dati al Dipartimento di Bioimmagini e scienze radiologiche (l'approccio seguito è quello di definizione «nominalista del *network* rilevante» (Laumann, Marsden, Prensky, 1983)). In secondo luogo, sono stati

individuati i contenuti relazionali rilevanti, prendendo a riferimento il complesso delle attività svolte dagli individui appartenenti alla popolazione sottoposta ad indagine. Trattandosi di medici, si è ipotizzato che la loro attività si caratterizzasse per rapporti aventi ad oggetto lo scambio di informazioni e conoscenze relative all'attività clinica, all'attività di ricerca scientifica, e all'attività amministrativa. In sostanza, i contenuti relazionali rilevanti rientrano nelle seguenti categorie:

- relazioni professionali, con cui si intende lo scambio di conoscenze e pareri relativamente a casi clinici (consulenze);
- relazioni scientifiche, aventi ad oggetto rapporti di collaborazione nelle attività di ricerca e nella produzione scientifica;
- relazioni amministrative, con cui si intende lo scambio di informazioni e conoscenze su contenuti e aspetti di carattere economico-amministrativo collegati al lavoro clinico.

Per quanto riguarda le modalità attraverso cui tali contenuti sono stati rilevati, nello studio dei fenomeni organizzativi la prospettiva relazionale ha fatto largo uso del metodo della *social network analysis* (SNA).

L'analisi delle reti, o *network analysis*, consiste di una serie di strumenti matematico-statistici e applicazioni che consentono di studiare le proprietà delle relazioni che legano più attori tra di loro (individui, gruppi di individui o popolazioni di organizzazioni), prendendo a riferimento la posizione assunta dagli attori all'interno di un *network* (Scott, 1991). Secondo i teorici della SNA, le reti di relazioni possono essere esaminate e descritte a diversi livelli (Wasserman, Faust, 1994). Se si prende in considerazione il singolo individuo, la posizione di quest'ultimo all'interno di una rete viene in genere

descritta in termini di «centralità» rispetto ad altri punti della rete. Si parla in questo caso di centralità «locale» dell'individuo, la cui misura più semplice è rappresentata dal *degree* (numero di connessioni con altri punti del *network*) associato al nodo della rete preso in considerazione; se l'interesse è invece rivolto a valutare l'importanza strategica del punto all'interno della struttura complessiva della rete (ovvero la «centralità globale» del nodo nel *network*), misure molto utilizzate a tale scopo sono quelle di *closeness* e *betweenness* (la cui definizione è riportata in tabella 4). Spostandoci dal livello individuale a quello di «diade» – ovvero il livello di analisi volto ad esaminare coppie di individui e le relazioni tra questi – una misura largamente utilizzata dagli studiosi di SNA è l'«equivalenza strutturale». Il concetto di equivalenza strutturale, introdotto per la prima volta dal seminale contributo di Lorrain e White (1971), si basa sulla similarità della struttura relazionale di due nodi appartenenti alla rete. Nella sua accezione più ristretta, si dice che due individui hanno un alto grado di equivalenza strutturale se sono legati, o non legati, agli stessi individui all'interno del *network*, ovvero se sono caratterizzati da una struttura relazionale identica. Una definizione più ampia di equivalenza strutturale, invece, è quella secondo la quale due individui sono strutturalmente equivalenti se presentano una struttura relazionale simile, ma non necessariamente uguale (Monge, Contractor, 2003). Tale indicatore risulta particolarmente importante nelle analisi delle reti sociali, poiché, come dimostrato da importanti con-

tributi, similitudini nelle strutture relazionali di due individui portano quest'ultimi a sviluppare attitudini e ad adottare comportamenti simili (Burt, 1982).

Tutto ciò premesso, sia per le relazioni professionali che per quelle scientifiche è stato possibile ricostruire il *network* relazionale e quindi utilizzare gli strumenti offerti dalla SNA. Le misure e gli algoritmi impiegati al fine di descrivere la posizione assunta dai medici all'interno dei due *network*, in termini di centralità e di equivalenza strutturale, sono riportati nella **tabella 4**.

Per quanto riguarda, invece, le relazioni amministrative, queste sono state analizzate senza il supporto della SNA<sup>9</sup>. Ai medici è stato chiesto di esprimere un'opinione sulla qualità delle relazioni con i dirigenti (amministrativi e tecnici) dell'organizzazione, in termini di (i) importanza delle informazioni scambiate per lo svolgimento della loro attività clinica, e (ii) «reciprocità» di tali relazioni. La reciprocità (o simmetria) indica la misura in cui esistono rapporti bidirezionali tra due nodi del *network*, ovvero la misura in cui le relazioni tra due nodi sono simmetriche (Monge, Contractor, 2003). I medici caratterizzati da reciprocità nelle loro relazioni con gli amministratori-manager dell'organizzazione sono maggiormente esposti al flusso di informazioni di carattere gestionale, ed è pertanto ipotizzabile che tali medici siano più di inclini, rispetto ad altri, a sviluppare attitudini positive e competenze legate al management. In questo senso è dunque possibile affermare che il valore di un attributo di un individuo (ad esempio, la

| Misure di centralità              | Definizione  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Degree</i>                     | Numero di legami diretti con altri attori del <i>network</i>   |
| <i>In-degree</i>                  | Numero di legami direzionali diretti verso un attore da parte di altri attori ( <i>in-coming links</i> ) |
| <i>Out-degree</i>                 | Numero di legami direzionali diretti da un attore verso gli altri attori ( <i>out-going links</i> )      |
| <i>Closeness</i>                  | Misura in cui un attore è vicino, o può facilmente raggiungere tutti gli altri attori nel <i>network</i> |
| <i>Betweenness</i>                | Misura in cui un attore sta «fra» i vari altri attori del <i>network</i>                                 |
| Misure di equivalenza strutturale | Definizione  |
| <i>Structural equivalence</i>     | Misura in cui due attori sono identici fra loro rispetto alle relazioni con gli altri membri della rete  |

**Tabella 4**

Misure di centralità  
equivalenza strutturale  
per le relazioni  
professionali e scientifiche  
Fonte: Adattato da Monge P.,  
Contractor S.C. (2003)

sua attitudine) può essere influenzato da alcune caratteristiche delle relazioni che legano l'individuo ad altri attori. Nel caso specifico, è possibile affermare che la misura in cui l'attitudine di un medico è influenzata da un altro individuo dipende dal fatto che la loro relazione sia reciproca. Raccogliendo tali informazioni, si è ottenuto un vettore di valori associato a ciascun medico, dove i valori si riferiscono, da una parte, all'opinione espressa dai medici sull'importanza dello scambio di informazioni di carattere economico-amministrativo legate all'attività clinica e, dall'altra, alla reciprocità delle relazioni con i manager dell'organizzazione.

## 6. Analisi e risultati

Il campione dei medici è stato innanzitutto descritto analiticamente in termini di distribuzione secondo il sesso, l'età, l'anzianità di servizio e il ruolo professionale ricoperto. In particolare, gli uomini e le donne intervistati (rispettivamente, il 68% e il 32% dei rispondenti) non differiscono significativamente né per quanto riguarda l'età (45,48 per gli uomini; 45,50 per le donne), né per quanto riguarda l'anzianità di servizio (13 anni per gli uomini; 16 anni per le donne). Per ciò che concerne, invece, il ruolo professionale, il 48,39% dei rispondenti appartiene alla categoria dei medici a contratto.

Al fine di rispondere alla domanda di ricerca sviluppata dal presente studio – ovvero quali sono, tra i fattori attributivi e relazionali, quelli che influenzano maggiormente lo sviluppo di una certa attitudine verso il management –, i dati raccolti sono stati elaborati impiegando i seguenti strumenti di analisi: la SNA, l'analisi di correlazione e la *Multiple Discriminant Analysis*.

### 6.1. SNA

Il metodo della SNA, come specificato in precedenza, è stato utilizzato per l'analisi delle relazioni scientifiche e professionali. I dati raccolti, in particolare, sono stati organizzati e archiviati nelle cosiddette matrici di «adiacenza» (Scott, 1991; Lomi, 1991). Come si può notare dalla **tabella 5**, per le consultazioni cliniche (RP) sono state create due matrici asimmetriche, ciascuna delle quali riferita al diverso ruolo svolto dal medico intervistato nel *network* delle collaborazioni scientifiche (sia come *receiver* che come *transmitter* di consultazioni cliniche), entrambe contenenti un numero di righe e di colonne tante quanti sono i medici che hanno risposto al questionario. Per quanto riguarda, invece, le collaborazioni scientifiche (RS), è stato possibile ricostruire il *network* complessivo di tutti gli 83 medici appartenenti al dipartimento, utilizzando come unità di misura delle relazioni le *co-authorship* nelle pubblicazioni scientifiche internazionali di tali medici (Melin, Persson, 1996, 1997; Mascia, Cicchetti, 2005). Per tali relazioni sono stati quindi usati dati secondari – riferiti cioè alla produzione scientifica di ciascun medico – raccolti sulla base dei report annuali aziendali e, ancora una volta, utilizzando il *database* PubMed. L'anno preso a riferimento per rilevare le collaborazioni di ricerca è il 2005, ovvero l'anno in cui è stata svolta l'indagine. La scelta di limitare la raccolta dei dati sulle pubblicazioni scientifiche a tale periodo di tempo dipende dall'elevato *turn-over* annuale del personale medico che caratterizza il dipartimento investigato. Poiché l'obiettivo era quello di fornire una descrizione della rete di relazioni scientifiche tra i medici appartenenti al dipartimento nel periodo in

**Tabella 5**  
Caratteristiche dei *dataset* relazionali

| Matrice | Dimensione (g x g) | Contenuti relazionali                      | Contesto di riferimento | Tipo di relazione           | Simmetrica/asimmetrica | Strumenti metodologici | Modo     |
|---------|--------------------|--|-------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|----------|
| RP1     | 31 x 31            | Relazioni professionali (choices made)     | Dipartimento radiologia | Dichotomous/ Directional    | Asimmetrica            | Quest/Interviste       | One-mode |
| RP2     | 31 x 31            | Relazioni professionali (choices received) | Dipartimento radiologia | Dichotomous/ Directional    | Asimmetrica            | Quest/Interviste       | One-mode |
| RS      | 83 x 83            | Relazioni scientifiche                     | Dipartimento radiologia | Dichotomous/ Nondirectional | Simmetrica             | Database               | One-mode |

cui l'indagine è stata condotta, sono state rilevate esclusivamente le *co-authorship* tra i medici presenti nel dipartimento nell'anno precedente l'indagine.

Una volta archiviati i dati nelle matrici, queste sono state successivamente elaborate attraverso l'utilizzo del software statistico UCINET 6.0 (Borgatti, Everett, Freeman, 2002), che contiene modelli e programmi utilizzati per descrivere i *network* in termini di centralità, coesione, *structural holes*, e altri algoritmi utilizzati in SNA. Come sottolineato in precedenza, il *focus* in questo lavoro è posto sulle misure di centralità del *network* quali quelle, appunto, di *degree*, *closeness*, *betweenness*. Per misurare l'equivalenza strutturale, è stato invece utilizzato l'algoritmo CONCOR (Breiger *et al.*, 1975; White *et al.*, 1976)<sup>10</sup>.

## 6.2. Analisi di correlazione

L'associazione esistente tra le variabili indipendenti, considerate singolarmente, e la variabile dipendente è stata osservata attraverso l'utilizzo di test statistici (t-test, *Chi-square*, e *Wilcoxon-Mann-Whitney*, a seconda del tipo di variabile considerata). In particolare, per quanto riguarda le variabili attributive, i risultati dimostrano che in generale queste variabili sono scarsamente e comunque non significativamente correlate con l'attitudine manageriale dei medici. Esse pertanto non differiscono, in media, rispetto all'attitudine verso il management. Tuttavia, se si prende a riferimento il ruolo professionale di ciascun medico (medico a contratto, dirigente di struttura, ecc.), i risultati si fanno più interessanti: emerge, infatti, che più alta è la posizione gerarchica occupata da un medico, maggiore risulta l'interesse di tale medico verso il management. Tale risultato si spiega, presumibilmente, per il fatto che il ruolo di dirigente di struttura semplice o complessa comprende attività che portano l'individuo sia ad occuparsi di questioni di carattere gestionale, economico ed organizzativo, sia ad entrare maggiormente in contatto con le figure apicali del management organizzativo. Tali fattori possono pertanto giocare un ruolo importante nello sviluppo di una maggiore conoscenza, familiarità e attitudine verso ruoli di management clinico.

I risultati ottenuti utilizzando il test *Wilcoxon-Mann-Whitney* per verificare l'associazione tra le variabili relazionali e l'attitudine al management, mostrano che esiste una differenza statisticamente significativa (con  $p < 0,01$ ) tra medici orientati all'organizzazione e medici orientati alla professione, con riguardo a:

- livello di *degree* nelle relazioni scientifiche: i medici con un maggiore orientamento all'organizzazione sono caratterizzati, in media, da un più alto livello di *degree*, ovvero da un più elevato numero di legami diretti con gli altri attori del *network*;
- grado di *out-Closeness* nelle relazioni professionali: i medici orientati all'organizzazione sono caratterizzati, in media, da una maggiore centralità misurata in termini di «prossimità» agli altri attori che fanno parte della rete (Scott, 1991)<sup>11</sup>.

Per quanto riguarda il livello di equivalenza strutturale, dall'analisi emerge che l'appartenenza di un medico ad una specifica «posizione» (o gruppo) influenza in misura significativa la sua attitudine al management. Ciò vale sia nel caso delle relazioni professionali che di quelle scientifiche (tabella 6).

Come si osserva, in pratica la totalità dei medici appartenenti ai gruppi 1 e 2 per le relazioni scientifiche e professionali mostrano un orientamento al management. Tali gruppi sono composti dai medici appartenenti alle posizioni gerarchicamente più elevate all'interno della struttura organizzativa (come i direttori di struttura complessa e semplice e il direttore di dipartimento), e da coloro che in media hanno più anni di anzianità di servizio (18,75 anni) rispetto agli altri (13 anni); è pertanto plausibile che tali individui abbiano un rapporto più frequente con i manager e gli amministratori del Policlinico rispetto ad altri medici.

Nel caso, infine, delle relazioni amministrative, è emersa una forte correlazione con la variabile dipendente: i medici caratterizzati da reciprocità nelle loro relazioni con le unità tecnico-amministrative dell'ospedale mostrano un'attitudine manageriale più elevata. Sebbene esista un consenso pressoché unanime sull'importanza delle relazioni e dello scambio di informazioni con la componente amministrativa dell'organizzazione,

| Gruppi (*)    | Relazioni scientifiche |                   |           |                     | Relazioni professionali |                   |           |                     |
|---------------|------------------------|-------------------|-----------|---------------------|-------------------------|-------------------|-----------|---------------------|
|               | Prof. Oriented         | Organis. Oriented | Totale    | % organis. Oriented | Prof. Oriented          | Organis. Oriented | Totale    | % Organis. Oriented |
| 1             | 0                      | 8                 | 8         | 100                 | 1                       | 10                | 11        | 90,9                |
| 2             | 0                      | 1                 | 1         | 100                 | 2                       | 0                 | 2         | 100                 |
| 3             | 7                      | 6                 | 13        | 47,25               | 9                       | 4                 | 13        | 30,8                |
| 4             | 6                      | 3                 | 9         | 34,33               | 1                       | 4                 | 5         | 80                  |
| <b>Totale</b> | <b>13</b>              | <b>18</b>         | <b>31</b> | <b>59,06</b>        | <b>13</b>               | <b>18</b>         | <b>31</b> | <b>58,06</b>        |

(\*) I Gruppi 1-4 sono il risultato della ripartizione ottenuta con l'algoritmo CONCOR.

### Tabella 6

Equivalenza strutturale e attitudine al management

la maggior parte degli intervistati lamenta il fatto che tali rapporti vengano gestiti principalmente dai medici che occupano posizioni di maggiore responsabilità all'interno del dipartimento, creando spesso problemi di scarsa comunicazione e trasferimento parziale di informazioni agli altri medici che lavorano nel dipartimento.

#### 6.2. Multiple Discriminant Analysis

Oltre all'utilizzo della SNA e dell'analisi di correlazione, che hanno permesso sia di descrivere i *network* che di rilevare la presenza (o assenza) di un'associazione tra le variabili incluse nel modello (considerate individualmente) e l'attitudine, si è fatto anche ricorso al metodo della *Multiple Discriminant Analysis* (MDA). L'obiettivo in tal caso era quello di valutare congiuntamente le variabili indipendenti, al fine di scoprire:

- quale delle due categorie di variabili indipendenti (attributive e relazionali) esercita un'influenza maggiore sullo sviluppo di un'attitudine positiva o negativa verso il management;
- quali fattori, all'interno di ciascuna categoria di variabili, spiegano meglio di altri la variabilità riscontrata nei livelli di attitudine al management.

La MDA – spesso indicata con il termine *Discriminant Factor Analysis* o *Canonical Discriminant Analysis* – è un metodo statistico utilizzato per identificare differenze tra gruppi e predire la possibilità che un'entità (individuo od oggetto) appartenga ad una particolare categoria. L'obiettivo specifi-

co della MDA è quello di classificare i casi usando variabili categoriche o continue che agiscono da *predictor* dell'appartenenza ad un gruppo piuttosto che ad un altro. Nel caso specifico del presente lavoro, con il *Wilks' lambda test* sono state individuate ed escluse dal modello le variabili indipendenti (sia attributive che relazionali) che non consentono di distinguere tra medici orientati e non orientati al management, mentre sulla base delle variabili residuali, o esplicative, il modello ha classificato i casi nelle due categorie di medici con orientamento alla professione, e medici con orientamento all'organizzazione (metodo *stepwise*).

Il modello generale di MDA è il seguente:

$$Z = a + W_1X_1 + W_2X_2 + \dots + W_kX_k$$

dove «Z» rappresenta il *discriminant score* (un numero usato per predire l'appartenenza ad un gruppo); «a» è la costante discriminante; «W<sub>k</sub>» rappresenta il coefficiente o peso (che indica la misura in cui la variabile «X<sub>k</sub>» discrimina tra i gruppi di variabile dipendente; e «X<sub>k</sub>» rappresenta la variabile *predictor*. MDA usa OLS per stimare il valore del parametro (a) e di «W<sub>k</sub>».

I risultati della MDA indicano che, tra i due gruppi di variabili indipendenti, quelle che risultano avere una correlazione maggiore con l'attitudine sono le variabili relazionali (peraltro confermando i risultati ottenuti con l'analisi di correlazione); inoltre, all'interno del gruppo delle variabili relazionali, i due fattori che consentono di classificare il 71% dei rispondenti nelle due categorie di medici orientati all'organizzazione o alla professione sono rappresentati dall'equivalenza strut-

turale, calcolata per le relazioni scientifiche, e la *closeness*, calcolata per le relazioni professionali. La **tabella 7** mostra i principali risultati del metodo MDA.

I valori standardizzati dei coefficienti contenuti nella tabella suggeriscono che, tra le due variabili, l'equivalenza strutturale per le relazioni scientifiche risulta un migliore *predictor* (0,93) rispetto alla *out-closeness* per le relazioni scientifiche (-0,63).

Sia la *closeness* che l'equivalenza strutturale sono entrambe misure che riflettono le caratteristiche di *embeddedness* di un *network*, e consentono di chiarire come l'appartenenza a un *network* possa influenzare lo sviluppo di una particolare attitudine da parte dei membri della rete. La *out-closeness*, in particolare, rappresenta una misura di centralità riferita ai particolari legami «in uscita», ovvero a quelle relazioni che da uno o più individui sono dirette a trasmettere informazioni (scientifiche, professionali, etc.) verso altri attori, in questo caso i medici dello stesso dipartimento. Tale proprietà è dunque da interpretare come un indice che misura l'influenza che attori più centrali esercitano sull'assunzione di determinati comportamenti e lo sviluppo di certe attitudini da parte di altri. In altre parole, un alto livello di *out-closeness* fornisce una misura dell'influenza esercitata all'interno del *network* attraverso lo sviluppo di legami, diretti e indiretti, di varia natura. Anche i risultati in termini di equivalenza strutturale indicano che l'appartenenza di un individuo ad una certa «posizione» gioca un ruolo fondamentale per lo sviluppo di un'attitudine al management da parte del medico.

Entrambi i risultati ottenuti possono essere interpretati alla luce delle cosiddette *contagion theories* (Monge, Contractor, 2003), che spiegano le diverse modalità con cui idee, credenze, attitudini e comportamenti si diffondono all'interno di un *network*. Secondo questo filone di ricerca, il contatto tra persone, gruppi e organizzazioni, stimolato e favorito da relazioni che hanno come oggetto lo scambio di informazioni (*communication network*), è in grado di favorire l'esposizione di un attore a informazioni, attitudini e comportamenti di altri attori sociali (Burt, 1980; Contractor, Eisenberg, 1990). Questa esposizione, a sua volta, produce livelli di similitudine più elevati nelle assunzioni, credenze e attitudini di coloro che entrano in contatto

(Carley, 1991). Fattori come la frequenza, la forza e la simmetria dei legami, ad esempio, condizionano la misura in cui gli individui influenzano o sono influenzati da altri individui appartenenti al medesimo *network* (Erickson, 1988). Anche proprietà di un *network* come la coesione e l'equivalenza strutturale rappresentano chiavi di lettura importanti, ancorché alternative e in certi casi complementari, dei processi di contagio (Erickson, 1988). In particolare, il «contagio» da equivalenza strutturale fa riferimento all'influenza che si produce all'interno di un *network* per il fatto che due o più individui siano caratterizzati da strutture relazionali (o reti di comunicazioni) equivalenti. Se ad esempio un attore «i» ed un attore «j» hanno relazioni simili con tutti gli altri attori del *network*, pur se non direttamente legati da una relazione, essi eserciteranno un'influenza reciproca proprio per effetto dell'equivalenza nel *pattern* relazionale. Ravvisando una certa confrontabilità della reciproca posizione assunta all'interno della rete, due o più attori strutturalmente equivalenti tenderanno, infatti, ad imitarsi l'un l'altro, dando dunque vita ad un'omogeneità nei comportamenti assunti (Burt, 1987).

Riassumendo, dunque, quanto fin qui detto, dall'analisi emerge che fattori come la centralità di un individuo nel *network* (in termini di *closeness*) e l'appartenenza a gruppi di individui strutturalmente equivalenti esercitano un'influenza sullo sviluppo di attitudini positive verso il management e consentono di effettuare una distinzione tra coloro che sono orientati, o meno, verso l'assunzione di ruoli di management clinico. Il livello di «vicinanza», o di coesione, all'interno di un *network*, e il fatto che due medici condividano le stesse relazioni con superiori, subordinati e colleghi, fa sì che questi individui si influenzino l'un l'altro nello sviluppo di attitudini al management simili.

**Tabella 7**  
Variabili esplicative del modello

| Variabili   | Coefficienti (Wk) |          |
|---|-------------------|----------|
|   | Non stand         | Standard |
| Equivalenza strutturale per le relazioni scientifiche | 0,94              | 0,93     |
| Out-Closeness per le relazioni professionali          | -0,33             | -0,63    |
| Costante discriminante (a)                            | 5,32              |          |

#### 4. Discussione

Nella continua ricerca di una sempre maggiore efficacia ed efficienza delle organizzazioni sanitarie, il tema del coinvolgimento dei professionisti sanitari nella gestione di aziende sanitarie e istituzioni pubbliche e private del settore continua ad essere dibattuto. Secondo il Rapporto OASI 2006, viviamo oggi in un momento storico in cui è fortemente avvertita la necessità di «sviluppare un middle management che garantisca il collegamento tra formulazione strategica e quotidianità operativa, e che permetta agli strumenti manageriali di incidere effettivamente sulla gestione» (rapporto OASI, 2006, p. 21). Due sfide appaiono dunque particolarmente critiche per gli ospedali: da una parte, la necessità di coinvolgere maggiormente i professionisti sanitari nella gestione delle strutture organizzative; dall'altra, l'esigenza di accrescere i livelli di soddisfazione dei professionisti coinvolti nel management, mantenendo inalterata la funzionalità aziendale (Rapporto OASI, 2006).

È opinione ormai diffusa e condivisa che il coinvolgimento dei medici nel management non rappresenti solo una necessità, ma è un fenomeno che assume anche una rilevanza strategica. Da una parte, infatti, c'è la consapevolezza della difficoltà da parte del management di supervisionare l'attività dei professionisti sanitari – sia per le specifiche modalità di erogazione dei servizi assistenziali, sia per la difficoltà di individuare indicatori di performance attraverso i quali valutare l'efficacia dell'attività clinica –; dall'altra parte, c'è il riconoscimento che il professionista sanitario possiede caratteristiche importanti quali, ad esempio, una forte credibilità all'interno dell'organizzazione e una approfondita conoscenza delle problematiche e delle modalità di funzionamento dell'attività clinica.

A dispetto di tali riconoscimenti, a dir di molti, il medico svolge ancora oggi una funzione troppo marginale nei processi di gestione e di organizzazione dei servizi (Rapporto OASI, 2006). L'introduzione di nuovi strumenti di gestione, nonché la revisione degli assetti organizzativi e funzionali dei servizi, hanno favorito senza dubbio lo sviluppo di una cultura manageriale all'interno delle organizzazioni, la quale tuttavia stenta ancora

a trovare il giusto equilibrio con la tradizionale cultura di *clinical freedom* che ha caratterizzato per anni il nostro sistema sanitario. Non è un caso, infatti, che numerosi autori si siano focalizzati proprio sul problema della cultura: sebbene il settore sanitario stia attraversando una fase di importanti e profondi cambiamenti, l'educazione professionale e il complesso dei valori dei professionisti sanitari cambia a ritmi assai più lenti (Spurgeon, 2001; Anessi Pessina, Cantù, 2004).

Questa difficoltà, di conciliare medicina e management, sembra trovare conferma in quanto affermato dai medici nel corso delle interviste effettuate. In particolare, dai colloqui è emerso che:

- esistono medici che si mostrano interessati al management, ne riconoscono l'importanza, e si identificano sempre più nei ruoli di medico-manager, o manager «ibridi», come sono stati definiti da alcuni (Bloomfield, Combs, 1992); tuttavia, tale processo di adattamento culturale non sembra trovare riscontro nella pratica clinica di tutti i giorni, che continua a svolgersi in modo pressoché immutato rispetto al passato;

- nonostante l'introduzione di modelli di *medical management*, molti medici sottolineano che è ancora forte la tendenza ad essere esclusi dai processi decisionali e di *budgeting*, lasciando ai direttori di dipartimento il compito di svolgere il semplice ruolo di «facilitatori» di tali processi;

- i medici sottolineano una serie di fattori che ostacolano il *medical management*. Tra questi ad, esempio, la mancanza di tempo da dedicare alle attività di gestione; inadeguati programmi di formazione di management sanitario; scarsa fiducia e supporto da parte degli amministratori/manager dell'organizzazione; mancanza di efficaci sistemi di *Information Technology* a supporto dei processi di scambio e diffusione di informazioni; infine, assenza di adeguati incentivi economici e professionali, e mancanza di politiche retributive e percorsi professionali ad hoc a supporto di strategie di *medical management*;

- alcuni medici riconoscono l'importanza e la sempre maggiore necessità di considerare i risvolti economici della loro attività clinica. Medicina e management, affermano, devono essere considerate le due facce del-



la stessa medaglia, ovvero l'organizzazione sanitaria, anziché due sfere di attività distinte, indipendenti l'una dall'altra. Pertanto, è necessario stimolare la reciproca conoscenza con programmi di formazione rivolti sia ai medici che ai manager. Secondo alcuni, un modo per favorire e facilitare l'interazione è quello di seguire il criterio dell'appropriatezza, che concilia l'aspetto dell'efficacia con quello dell'efficienza clinica. Un altro modo, a parere di altri, è quello di costituire gruppi dirigenti eterogenei (composti da manager, dottori, infermieri, amministratori e tecnici) a cui affidare il compito di gestire l'organizzazione, in modo da consentire lo scambio di informazioni e conoscenze e facilitare l'individuazione di soluzioni condivise per eventuali problemi che dovessero sorgere. Un altro sistema per integrare medicina e management, infine, è quello di fare leva sulla pianificazione strategica, quale strumento operativo per coinvolgere i professionisti sanitari che occupano le posizioni più apicali nelle decisioni strategiche inerenti alla lettura del contesto di riferimento e la definizione delle direzioni di cambiamento.

## 8. Limiti

Vi sono alcune limitazioni connesse al presente lavoro. In primo luogo, la generalizzazione dei risultati dell'analisi richiede una certa cautela. Infatti, trattandosi di un'analisi esplorativa, è probabile che studi simili condotti in altri ospedali italiani o in altri sistemi sanitari portino a risultati diversi, data la natura complessa dell'organizzazione ospedaliera e date le differenze che, a livello istituzionale, distinguono un sistema Paese da un altro. Sarebbe inoltre interessante condurre lo studio all'interno di altri dipartimenti dello stesso ospedale poiché, secondo alcuni autori, il tipo di dipartimento cui un medico appartiene influenza lo sviluppo di attitudini e comportamenti diversi (McDermott *et al.*, 2002). Un'analisi comparativa sarebbe dunque utile al fine di ottenere risultati più significativi e rilevanti.

Un secondo limite è chiaramente legato alla dimensione del campione analizzato, così come alle scelte operate dall'autore per la raccolta e l'elaborazione dei dati. I cosiddetti *missing data mechanisms* negli studi di SNA (Kossinets, 2006) – tra cui, ad esempio,

la specificazione dei confini del *network* e le percentuali dei non rispondenti al questionario – sollevano problemi di incompletezza dei dati che possono alterare anche di molto i risultati e le stime delle analisi statistiche effettuate. Riferendoci ad esempio ai risultati della MDA, il *Box's M test* di «ipotesi nulla» sull'omogeneità della matrice delle varianze/covarianze tra la coppia di variabili *predictor* individuate dal modello non è supportata ( $p = 0,006$ ). La scarsa numerosità del campione crea dunque problemi di significatività dei dati rilevati e di generalizzabilità dei risultati ottenuti.

## 9. Conclusioni

Il presente lavoro si inserisce nella scia tracciata dagli studi che hanno analizzato il tema del *medical management* e rappresenta il tentativo di analizzare l'argomento da un'angolazione nuova e diversa: prendendo a riferimento i principali destinatari di questa nuova filosofia di gestione del sistema sanitario, l'obiettivo è stato quello di capire se l'attitudine dei medici verso il management fosse in qualche modo influenzata da particolari caratteristiche personali e relazionali legate all'individuo. I risultati hanno dimostrato che le variabili relazionali, ossia il complesso dei rapporti, di natura professionale e scientifica, che i medici intrattengono con i colleghi clinici, influenzano la variabilità dell'attitudine in misura maggiore rispetto alle caratteristiche personali. Tali variabili pertanto, dovrebbero essere tenute in considerazione in tutti quegli studi che hanno per oggetto l'esame dei comportamenti, delle capacità e delle competenze di coloro che lavorano all'interno di un'organizzazione. Riferendoci all'obiettivo specifico del presente lavoro, un'analisi relazionale può rivelarsi utile al fine di identificare o selezionare quei medici che mostrano un'attitudine positiva verso ruoli gestionali, incoraggiandoli e supportandoli fin dai primi stadi del loro indottrinamento professionale.

Qualora successive analisi dovessero confermare che i reticoli interpersonali all'interno di un'organizzazione influenzano lo sviluppo di un'attitudine positiva verso il management orientandone il comportamento, allora gli amministratori e i manager del-

l'organizzazione dovrebbero operare al fine di:

- introdurre i giusti incentivi e sviluppare iniziative appropriate per quei medici che occupano posizioni meno centrali all'interno dei *network* inter-organizzativi;
- favorire lo sviluppo e incentivare i rapporti di collaborazione tra il personale medico, infermieristico e tecnico, e tra questi e il personale amministrativo;
- impiegare politiche di risorse umane e configurazioni organizzative *ad hoc*, che tengano conto delle reti di relazioni effettive o informali, piuttosto che dei rapporti gerarchici formalizzati in organigrammi e altri strumenti aziendali.

È sempre bene ricordare, però, che al centro delle organizzazioni ci sono le persone e che come ha ricordato un direttore di struttura complessa nel corso di un'intervista il tema del *medical management*:

«... il *medical management*... strumento sicuramente utile che deve tuttavia passare attraverso un processo di formazione etica del medico, oggi estremamente carente [...] il sistema manageriale spesso porta il medico solo ad esercitare il potere o a desiderare di esercitarlo [...] mancando però la base etica, il potere rimane fine a se stesso e quindi utile solo a chi lo esercita».

(Direttore di struttura complessa, febbraio 2006)

## Note

1. Il termine *medical management* è particolarmente difficile da definire, a causa dei diversi significati che possono essere attribuiti a tale concetto. Nel presente lavoro, come specificato più avanti nel testo, il termine fa riferimento al complesso dei professionisti sanitari (medici, infermieri e tecnici) che svolgono attività gestionali all'interno di un'organizzazione sanitaria.
2. Come è noto, la figura del direttore di dipartimento è stata introdotta nel sistema sanitario italiano alla fine degli anni novanta con la riforma *ter* (D.L. vo 229/99, art. 17 bis), la quale sancisce l'obbligatorietà del modello organizzativo dipartimentale per le aziende sanitarie. In questo modello ciascun dipartimento – che raggruppa differenti specialità cliniche – è diretto da un *clinician-manager*, cui viene affidata la responsabilità di decidere cosa e come erogare entro gli obiettivi finanziari fissati nei *budget* annuali.
3. Come sottolineato da Scott (1991, p. 18), «la prospettiva relazionale – e dunque l'analisi in termini

di rete – può spiegare molto bene le differenze significative che si manifestano tra soggetti in condizione di parità in base ai loro principali attributi». In questo senso, tale analisi si deve intendere come complementare, non sostitutiva, di un approccio di studio che si basa esclusivamente su attributi individuali nel determinare atteggiamenti e comportamenti degli attori sociali.

4. Si veda, ad esempio, i questionari sviluppati da *Ohio State University, NetLab, Performance Assessment Network (Pan) system, Carnegie Mellon University*, disponibili *on line*.
5. Si veda il questionario sviluppato dalla *Genesis Healthcare Corporation* e disponibile sul relativo *website*.
6. Per quanto riguarda il terzo gruppo di variabili relazionali considerate, ossia le «relazioni scientifiche», più avanti descritte, sono stati usati documenti e altre risorse già disponibili al fine di raccogliere dati sull'ammontare di pubblicazioni scientifiche per ogni medico intervistato. Il questionario non contiene, dunque, una sezione ad esse dedicata.
7. Gli *item* presi a riferimento sono stati sviluppati sulla base dello studio empirico condotto da Kindig e Konver (1992) su un campione di 870 medici e manager ospedalieri negli USA, che ha portato all'individuazione di una lista dei principali fattori che distinguono le due categorie di professionisti medici e manager. Cicchetti (2004) ha elaborato lo schema di Kindig e Konver per sviluppare un indice di attitudine al management che è stato poi riproposto e adattato al presente lavoro.
8. Il periodo di tempo considerato deriva da una precisa scelta dell'autore, che ha considerato tale periodo sufficientemente indicativo dell'impegno prodigato dai medici nelle attività di ricerca scientifica.
9. Al fine di ricostruire la rete di relazioni amministrative, infatti, si sarebbero dovuti espandere i confini del *network* considerato (ossia il dipartimento di Bioimmagini e scienze radiologiche), considerando anche relazioni esterne allo stesso, ossia quelle tra medici e rappresentanti tecnico-amministrativi dell'organizzazione.
10. I dati relativi ai risultati dell'analisi di relazione e di correlazione nonché il questionario utilizzato sono disponibili presso l'autrice, su richiesta.
11. La centralità basata sulla «vicinanza» (*closeness*) è generalmente espressa in termini di «distanza» (*farness*) tra i punti. Pertanto si dice che un nodo è più centrale se si trova alla più breve distanza da molti altri nodi, cioè se è «vicino» a molti degli altri punti del *network*. In questo senso, si può affermare che la vicinanza è il reciproco della somma delle distanze. Se si calcola la matrice delle distanze, la somma delle distanze di un punto è dato dal totale di colonna o dal totale di riga. Essendo la matrice relativa alle relazioni professionali asimmetriche, si avrà una vicinanza «in entrata», o *in-Closeness* (totale di colonna), e una vicinanza «in uscita», o *out-Closeness* (totale di riga). Il valore di centralità di un nodo è calcolato prendendo in considerazione il totale di riga (*out-Closeness*). Il medico più centrale in termini relazionali è dunque quello con il valore di *out-Closeness* più elevato.

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

- ALPANDER G. (1973), «Drift to authoritarianism. The changing managerial style of the US Executive Overseas», *Journal of International Business Studies*, vol. 4, pp. 1-14.
- ANDERSON P., PULICH M. (2002), «Managerial competencies necessary in today's dynamic health care environment», *Health Care Manager*, 21(2), pp. 1-11.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2006), «Whither managerialism in the Italian National Health Service?», *The International journal of health planning and management*, Oct-Dec, 21(4), pp. 327-55.
- BLOOMFIELD B.P., COOMBS R., OWEN J., TAYLOR P. (1997), «Doctors as managers: constructing systems and users in the National Health Service», in B.P. Bloomfield, R. Coombs, D. Knights, D. Littler (a cura di), *Information Technology and Organisations: strategies, networks and integration*, Oxford, Oxford University Press.
- BORGATTI S.P., EVERETT M.G., FREEMAN L.C. (2002), *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*, Harvard, MA: Analytic Technologies.
- BOURDIEU P. (1986), «The forms of capital», in J.G. Richardson (a cura di), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, pp. 241-258, New York, Greenwood.
- BRAITHWAITE J., WESTBROOK M. (2005), «Rethinking clinical organisational structures: an attitude survey of doctors, nurses and allied health staff in clinical directorates», *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 10, 1, pp.10-17.
- BREIGER R., BORMAN S., ARABIE P. (1975), «An algorithm for clustering relational data, with applications to social network analysis and comparison with multidimensional scaling», *Journal of Mathematical Psychology*, 12, pp. 328-383.
- BURT R.S. (1980), «Models of network structure», *Annual Review of Sociology*, 6, pp. 79-141.
- BURT R.S. (1982), *Toward a structural theory of action. Network models of social structure: perception and action*, New York, Academy Press.
- BURT R.S. (1992), *Structural holes: The social structure of competition*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- CARLEY C. (1991), «A theory of group stability», *American Sociological Review*, 56, pp. 331-354.
- CICCHETTI A. (2004), *La progettazione organizzativa*, Franco Angeli, Milano.
- CONTRACTOR N.S., EISENBERG E.M. (1990), «Communication networks and new media in organizations», in J. Fulk, C.W. Steinfield (a cura di), *Organizations and communication technology*, Newbury Park, CA: Sage, pp. 143-172.
- CUMMINGS L.L., EL SALMI A.M. (1970), «The impact of role diversity, job level and organizational size on managerial satisfaction», *Administrative Science Quarterly*, 15, pp. 1-10.
- DAVIES H.T.O., HARRISON S. (2003), «Trends in doctor-manager relationships», *BMJ*, vol. 326, pp. 646-649.
- DEGELING P., MAXWELL S., KENNEDY J., COYLE B. (2003), «Medicine, management and modernisation: a "danse macabre?"», *BMJ*, 326: 649-652
- DOOLIN B. (2001), «Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand hospital», *Public Management Review*, 3(2), pp. 231-54.
- ERICKSON B. (1988), «The relational basis of attitude», in S.D. Berkowitz, B. Wellman (a cura di), *Social structures: a network approach*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, pp. 99-121.
- EVAN W. (1966), «The organisation set: toward a theory of inter-organisational relations», in J.D. Thompson (a cura di), *Approaches to organisational design*, Pittsburgh, Pittsburgh University Press.
- FITZGERALD L. (1994), «Moving clinicians into management: a professional challenge or threat?», *Journal of Management in Medicine*, 8(6), pp. 32-44.
- FITZGERALD L., DUFOUR Y. (1996), «Clinical management as boundary management: a comparative analysis of Canadian and UK health care institutions», *International Journal of Public Sector Management*, 10, 12, pp. 5-20.
- FONTANA F. (1994), *Lo sviluppo del personale*, Giappichelli Editore, Torino.
- FORBES T., HALLIER J., KELLY L. (2004), «Doctors as Managers: investors and reluctant in a dual role», *Health Services Management Research*, 17, pp. 1-10
- GALLOWAY M., POTTER D. (2001), «Influencing clinical colleagues», *Clinicians in Management*, 10, pp. 105-109.
- GATRELL J., WHITE T. (1996), «Doctors and Management: the development dilemma», *Journal of Management in Medicine*, 10, 2, pp. 6-12.
- GIARELLI G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano.
- GRABHAM A., CHANTLER C. (1989), «Doctors becoming managers. A conversation among Richard Smith, Sir Anthony Grabham & Professor Cyril Chantler. Interview by Richard Smith», *BMJ*, 298 (6669), pp. 311-314.
- GRANOVETTER M.S. (1985), «Economic action and social structure: the problem of embeddedness», *American Journal of Sociology*, 91 (3), pp. 481-510.
- GRANOVETTER M.S. (1992), «Problems of explanations in economic sociology», in N. Nohria, R.G. Eccles (a cura di), *Networks as organizations: structure, form, and action*, Boston, MA: Harvard Business School Press, pp. 25-56.
- GUERRA G. (1992), *Psicosociologia dell'ospedale*, La Nuova Italia Scientifica.
- HANSEN M.T. (1999), «The search transfer problem: the role of weak ties in sharing knowledge across organisational subunits», *Administrative Science Quarterly*, 44, pp. 82-111.
- KANTER R.M. (1977), *Men and Women of the Corporation*, New York: Basic Books.
- KATZ D., KAHN R.L. (1966), *The social psychology of organisations*, New York Wiley.
- KHANDWALLA P.N. (2004), «Competencies for senior manager roles», *Vikalpa*, vol. 29 (4), pp. 11-24.

- KINDIG D.A., KONVER A.R. (1992), *The role of physician executive*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- KRACKHARDT D., KILDUFF M. (1989), «Friendship patterns and culture: the control of organisational diversity», *American Anthropologist*, 92, pp. 142-154.
- KRACKHARDT D. (1990), «Assessing the political landscape: structure, cognition and power in organisations», *Administrative Science Quarterly*, 35, pp. 342-369.
- KOSSINETS G. (2006), «Effects of missing data in social networks», *Social Networks*, 28 (3), pp. 247-268.
- LAUMANN E.O., MARSDEN P., PRENSKY D. (1983), «The Boundary Specification Problem in Network Analysis», in: R.S. Burt, J.M. Michael (a cura di), *Applied Network Analysis* (pp.18-34), Beverly Hills, Sage.
- LEVIN P., WHITE H. (1961), «Exchange as a conceptual framework for the study of inter-organisational relationships», *Administrative Science Quarterly*, 5, pp. 583-601.
- LOMI A. (1991), *Reti organizzative*, Il Mulino, Bologna.
- LORRAINE F., WHITE H.C. (1971), «Structural equivalence of individuals in social networks», *Journal of Mathematical Sociology*, 1, pp. 49-80.
- MASCIA D., CICHETTI A. (2005), «Unlocking biotech organizations from the inside: an empirical study of the relationship between collaborative networks and scientific production», Paper presented at the EGOS colloquium, Bergen, July 2005.
- MCDERMOTT R., CALLANAN I., BUTTIMER A. (2002), «Involving Irish clinicians in hospital management roles – towards a functional integration model», *Clinician in Management*, vol. 11, pp. 37-46.
- MELIN G., PERSSON O. (1996), «Studying research collaborations using co-authorship», *Scientometrics*, 36, pp. 363-377.
- MELIN G., PERSSON O. (1997), «Hotel Cosmopolitan. A bibliometric study of collaboration at European universities», *Journal of the American Society for Information Science*, 48, pp. 3-15.
- MILES M.B., HUBERMANN A.M. (1994), *Qualitative data analysis*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- MCDERMOTT R., CALLANAN I., BUTTIMER A. (2002), «Involving Irish clinicians in hospital management roles – towards a functional integration model», *Clinician in Management*, vol. 11, pp. 37-46.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organisations*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- MONGE P.R., CONTRACTOR N.S. (2003), *Theories of communication networks*, Oxford University Press.
- NAHAPIET J., GOHSHAL S. (1998), «Social capital, intellectual capital and the organization advantage», *Academy of Management Review*, Vol. 23 (2), pp. 242-266.
- NICKOLS F.W. (2000), *The Autonomous Performer: Implications for Performance Technology*, Performance & Instruction, NSPI, Washington, D.C.
- PFEFFER J. (1981), «A partial test of the social information processing model of job attitudes», *Human Relations*, 33: 457-476.
- RICE L.E., MITCHELL T.R. (1973), «Structural determinants of individual behavior in organisations», *Administrative Science Quarterly*, 18, pp. 56-70.
- RUFFINI R. (1998), *La Sanità*, in Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Utet, Torino.
- SCOTT W.G., MITCHELL T.R. (1976), *Organisation theory: a structural and behavioural analysis*, 3rd edition, Homewood, Irwin.
- SCOTT J. (1991), *Social Network Analysis*, Handbook, Sage Publications Ltd, London.
- SMITH R. (2003), «What doctors and managers can learn from each other», *BMJ*, 326, pp. 610-611.
- SPURGEON P. (2001), «Involving clinicians in management: a challenge of perspective», *Health Care Informatics Review*, vol. 5 (4), Publication 7998.
- TARONI F., GRILLI R. (2000), «È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?», *Politiche Sanitarie*, vol. 1 (2), Marzo-Aprile.
- THORNE M.L. (2000), «Cultural Chameleons», *British Journal of Management*, 11, 4, pp. 325-39.
- WASSERMAN S., FAUST K. (1994), *Social Network Analysis: Methods and Applications*, Cambridge University Press, Cambridge.
- WHITE H.C., BOORMAN S.A., BREIGER R.L. (1976), «Social structure from multiple networks: blockmodels of roles and positions», *American Journal of Sociology*, 81, pp. 730-779.

# Il costo dell'intervento chirurgico in laparoscopia mediante l'activity-based costing

LINO CINQUINI, PAOLA MIOLO, ARIANNA PITZALIS, CRISTINA CAMPANALE

*Activity Based Costing (ABC) techniques are designed to support cost analysis in different organizations. ABC can be successfully applied also in Health Care organizations, where patient is the main object of the activities performed. The purpose of this paper is to describe an Activity based costing model model designed to measure and control resources consumption and cost when a new technology is applied in health care processes. Particularly, an ABC model has been defined in relation to laparoscopic technologies applied to surgical cases, through a health care «activity hierarchy» designed on the processes of a specific health organization. As a result, the model is able to generate different cost levels or aggregations useful to support decision making especially in the economic assessment of a new surgical technology. Propositions are made to generate discussion about the effectiveness of the existing cost accounting systems in the health care organizations and to discuss the development of ABC techniques in this particular service sector.*

## Note sugli autori

Lino Cinquini è professore ordinario di Economia Aziendale della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e membro del «Laboratorio Management e Sanità» di Scuola Superiore Sant'Anna e Regione Toscana - l.cinquini@sssup.it

Paola Miolo è professore ordinario di Economia Aziendale presso l'Università di Pisa - pmiolo@ec.unipi.it  
Arianna Pitzalis è dottore di ricerca in Economia delle Aziende e Amministrazioni Pubbliche e assegnista di ricerca presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - pitzalis@ec.unipi.it

Cristina Campanale è ricercatrice presso il «Laboratorio Management e Sanità» - c.campanale@sssup.it

## 1. Introduzione

Lo sviluppo dell'innovazione tecnologica in sanità impone un'attenta valutazione del suo impatto relativamente alle molteplici dimensioni che lo costituiscono. Una di queste è senz'altro quella economica, considerando l'importanza assunta dalla spesa sanitaria nei sistemi economici. L'introduzione di nuove tecnologie non può in altri termini prescindere dalla consapevolezza sugli effetti economici che essa implica rispetto alla sua sostenibilità economica da parte del sistema.

Il presente articolo costituisce il frutto della collaborazione ad un progetto di ricerca<sup>1</sup> sviluppato dal Centro EndoCAS di Pisa, che ha come *mission* quella di svolgere un ruolo chiave nel campo della *Computer Assisted Surgery* (CAS) per applicazioni endoscopiche a livello nazionale e internazionale. Tra le attività del Centro sono comprese anche attività di supporto, di validazione tecnica ed economico-finanziaria (*Technological and Economical Validation Activities*) orientate all'analisi dell'efficacia e analisi costi-benefici dell'impiego di tecnologie CAS e ad analisi economico-finanziarie volte a promuovere la diffusione e adozione su larga scala di tali sistemi.

Il presente articolo deriva dall'attività di ricerca e modellizzazione per l'analisi economica degli interventi chirurgici che adottano tecnologie laparoscopiche dei Reparti di Chirurgia generale delle strutture sanitarie della Regione Toscana.

Per svolgere le suddette attività di validazione economico-finanziaria occorrono informazioni di costo che sono generalmente oggetto di rilevazione nei sistemi di contabilità analitica e nei sistemi di controllo

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. L'Activity-Based Costing in sanità tra teoria e sperimentazione
3. Il costo degli interventi in laparoscopia come ambito di sperimentazione dell'ABC: la rilevanza dell'informazione
4. Il modello di Activity-Based Costing costruito per l'analisi
5. L'applicazione del modello per il calcolo dell'intervento chirurgico in laparoscopia
6. Conclusioni

di gestione delle singole strutture sanitarie. In questa ricerca lo sforzo è stato quello di affiancare all'innovazione tecnologica nell'erogazione della prestazione chirurgica anche un'innovazione metodologica nell'ambito della correlata misurazione economica, avvalendoci di sistemi progrediti di analisi dei costi orientati ad una misurazione accurata del consumo delle risorse.

I risultati della sperimentazione effettuata in un'azienda sanitaria dimostrano l'utilità del monitoraggio del consumo di risorse relativamente a queste tecnologie evolute in campo sanitario; da tale base infatti si possono estrarre molteplici informazioni valide in funzione di diversi scopi conoscitivi.

Un altro *output* della sperimentazione è relativo alla progettazione che essa ha consentito di un modello di *Activity-Based Costing* (ABC) che può essere utilmente esteso ad altri oggetti di costo e la cui architettura può costituire un riferimento generale per modelli di ABC in ambito ospedaliero. Tale approccio innovativo al calcolo dei costi si mostra in effetti tra i più adatti a monitorare il consumo di risorse per l'ottenimento di prestazioni complesse e per la produzione di informazione utili per la gestione dei processi e per le decisioni a diversi livelli. In particolare, il modello ABC costruito si è avvalso di un approccio mirante a definire un «gerarchia delle attività» ospedaliero che ha reso possibile una modularizzazione del costo finale funzionale ad una molteplicità di obiettivi decisionali.

L'articolo si svilupperà secondo le seguenti linee: dopo una rassegna dei principali contributi alla ricerca sperimentale sull'implementazione dell'*Activity-Based Costing* in ambito sanitario ed il richiamo dell'importanza dell'informazione di costo nello studio d'impatto delle nuove tecniche chirurgiche laparoscopiche, verranno descritte le fasi fondamentali che hanno portato all'identificazione del modello di *costing* ed i risultati della sua applicazione sul campo. Alcune considerazioni conclusive sottolineeranno i principali *outcome* cui si è pervenuti mediante questa sperimentazione mediante un sistema di *costing* evoluto, al di là della limitazioni collegate alle finalità specifiche della misurazione economica condotta.

## 2. L'*Activity-Based Costing* in sanità tra teoria e sperimentazione

L'*Activity-Based Costing* (ABC) è un sistema di contabilità dei costi sviluppato nei Paesi di cultura anglosassone, per far fronte all'obsolescenza dei sistemi di contabilità tradizionali (Cooper, Kaplan, 1999) rispetto ai cambiamenti nelle tecniche di gestione aziendale, nelle tecnologie di produzione, nei modelli organizzativi e nell'ambiente competitivo. Uno dei più rilevanti fenomeni intervenuti nell'ambito della struttura dei costi di produzione a seguito della ricerca della flessibilità, della qualità e della differenziazione consiste, infatti, nella *crescita progressiva delle componenti di costo indiretto a carattere costante rispetto ai componenti di costo tendenzialmente variabili*. Inoltre, i caratteri delle moderne organizzazioni tendono ad esaltare la differenziazione dei prodotti/servizi: la creazione e gestione di tali attributi del prodotto genera una quantità notevole di attività non strettamente produttive, che sono fonti di complessità e di costi per la gestione. In altri termini *aumenta il grado di complessità del processo produttivo*, per la presenza di molteplici attività legate alla predisposizione dei fattori ed al supporto alla variabilità dei processi<sup>2</sup>. I costi indiretti conseguenti alla complessità non sono correlati ai volumi di produzione (*output*); la loro insorgenza non è connessa alla variabilità della quantità di produzione, ma al livello di complessità dei processi produttivi, ovvero al volume di transazioni necessario per la realizzazione del prodotto/servizio. Nei contesti produttivi moderni è la ricerca della *varietà* (differenziazione) e della *flessibilità* produttiva che determinano un crescente sostenimento di costi e assorbimento di risorse.

Il principio fondamentale che è alla base del sistema ABC rispecchia in effetti i nuovi connotati assunti dalle moderne gestioni aziendali, ove le risorse a disposizione dell'azienda vanno primariamente considerate come consumate nello svolgimento delle sue «attività»; sono pertanto queste ultime i fondamentali oggetti di costo da considerare. A loro volta esse forniscono i servizi per la realizzazione dei prodotti e di altri *output* misurabili. Porre al centro del calcolo dei costi le attività e non i prodotti costituisce

pertanto uno dei tratti caratteristici del sistema (figura 1).

Pertanto si deve innanzitutto procedere alla mappatura delle attività, ponendo attenzione a formulare definizioni delle singole attività in grado di descrivere in maniera chiara, semplice ed inequivocabile il loro contenuto e il conseguente risultato.

Occorre poi individuare i *resource driver*, cioè quei fattori strutturali che determinano il costo di un'attività, così da allocare ad essa i costi delle risorse non attribuibili direttamente.

Le attività vengono poi aggregate in *Activity Cost Pool* in relazione alla comunanza delle relazioni di causa-effetto con gli oggetti di costo finale, ovvero la comunanza di *activity driver*, il parametro che esprime tale relazione. Dal rapporto tra totale dei costi dell'*Activity Cost Pool* e il valore dell'*activity driver*<sup>3</sup> assunto nel periodo di riferimento scaturisce il coefficiente (*activity costing rate*) mediante il quale i costi delle attività verranno attribuiti ai prodotti/servizi.

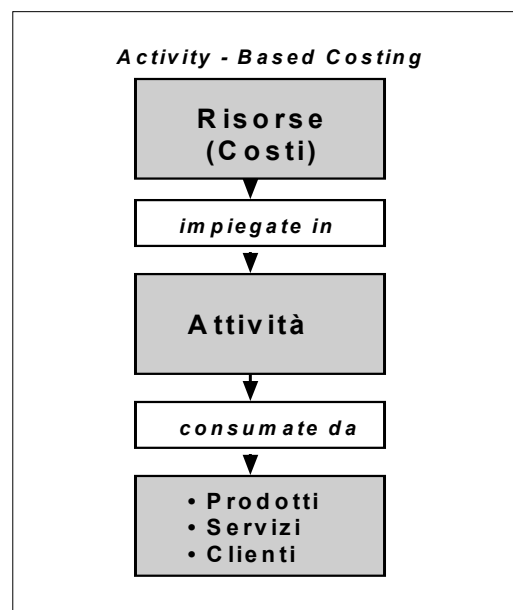
L'individuazione degli *activity driver* è un passaggio molto importante in quanto essi devono essere in grado di esprimere l'effettiva «domanda di attività» (e per tale via anche il consumo di risorse) da parte degli oggetti finali di costo. Tutto ciò è reso difficile dall'esistenza di fenomeni di comunanza delle risorse tali da imporre processi di ripartizione dei costi particolarmente complicati. L'ABC costituisce infatti un sistema di misurazione del consumo delle risorse che, avvalendosi di un'attenta analisi delle attività, cerca non solo di rendere la ripartizione di numerose voci di costo meno soggettiva di quanto avvenga nei sistemi tradizionali, ma di definire dei modelli di consumo di risorse aziendali realmente aderenti ai processi produttivi di beni/servizi (Cinquini, 2003, 2004).

Da tempo studiosi e operatori hanno affrontato il tema dell'*Activity-Based Costing* (ABC) in sanità, delle sue potenzialità applicative e dei risultati che esso porta attraverso applicazioni sperimentali a diversi livelli ed ambiti di gestione sanitaria. A partire dagli anni novanta, sono stati evidenziati diversi aspetti connessi all'utilità dell'implementazione di tale sistema di *costing* nei contesti sanitari, che sono riconducibili sinteticamente tre: aspetti di carattere *contestuale*, legati ai mutamenti del contesto organizzativo e

strutturale dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, aspetti di tipo *informativo*, legati all'importanza in sanità di più corrette informazioni di costo per diverse finalità, aspetti di tipo *manageriale*, connessi alle implicazioni anche gestionali che può avere una contabilità dei costi basata sulle attività.

Considerando il primo aspetto, i cambiamenti intervenuti sia sul piano strutturale dei costi che delle modalità di erogazione della prestazione sanitaria hanno esaltato l'importanza dei costi indiretti nelle gestioni sanitarie, a seguito del crescente utilizzo delle tecnologie nei processi di diagnosi e cura e dell'esigenza di governare i flussi operativi sulla base di una visione di tipo processuale che colleghi le diverse fasi integrate in cui si articola l'erogazione della prestazione. Quest'ultima va intesa non solamente nell'ambito della struttura ospedaliera (Ruta, 1990; Ruta, Toscano, 1992; Lega, 1997), ma anche considerando gli stretti legami tra ospedale e territorio (vedi percorso paziente). Se guardiamo poi ai servizi territoriali, un'analisi che sia efficace sotto il profilo del controllo di efficacia ed efficienza è possibile solamente adottando modelli operativi che siano basati su processi e attività (Miolo, Nuti, 2004).

Avendo riguardo al secondo aspetto, la possibilità di riferirsi a *cost driver* maggiormente rispondenti al rapporto di causa-effet-



**Figura 1**  
Lo schema logico  
dell'*Activity-Based Costing*  
Fonte: Cinquini (2003)

to tra impiego delle risorse (indirette) e oggetto di misurazione rende l'informazione di costo più accurata e consente una valutazione di costi che sarebbe diversamente poco o per nulla attendibile se calcolata con l'utilizzo della contabilità analitica tradizionale. In questa direzione l'ABC è stato con maggior frequenza applicato a particolari percorsi diagnostico-terapeutici con i seguenti scopi: i) sistematizzare il processo e visualizzare le sue modalità di svolgimento, ii) effettuare un confronto con il sistema di tariffazione e iii) evidenziare il legame tra *output* sanitario e risorse. Tra le applicazioni riportate in letteratura possiamo menzionare la sperimentazione nel distretto di Ferrara per il monitoraggio dei pazienti sottoposti ad ossigenoterapia domiciliare a lungo termine effettuato in fase di pianificazione operativa del servizio al fine di fare una preventiva analisi dei costi (Vagnoni, Potena, 2003) e il caso del Servizio di immunoematologia e trasfusione dell'Azienda ospedaliera di Parma (Casati, 1999, p. 223 e segg.). Diverse sono state anche le sperimentazioni dell'ABC per la determinazione del costo delle prestazioni intermedie di laboratorio (Filatondi, Pasdera, 2001; Lievens *et al.*, 2003) rispetto alle quali si evidenzia l'efficacia del sistema ABC nella rappresentazione della dinamica di consumo delle risorse in presenza di livelli di complessità differenziata nell'*output*. Nella prospettiva indicata il sistema è in grado di fornire una più accurata valutazione dell'efficienza nell'impiego delle risorse, utile sia per problemi connessi alla tariffazione che di valutazione della performance nell'erogazione della prestazione sanitaria.

Un terzo aspetto emergente è legato alle implicazioni gestionali dell'ABC allorché l'analisi delle attività e dei processi che esse compongono può supportare decisioni orientate al miglioramento continuo (integrazione, riduzione di tempi e duplicazione, gestione dei colli di bottiglia, miglioramento della qualità, analisi di *benchmarking* di processo: Lega, 1997). Alcune sperimentazioni in questa ottica sono state effettuate in ambito non ospedaliero: ad esempio nell'Asl di Prato, è stata condotta un'«analisi dei costi per processo clinico» (ACPC) nell'ambito processo di assistenza «Accoglimento e presa in carico» del SERT per la conoscenza dei costi sostenuti e per un'analisi economica più

completa in grado di identificare le strategie di cambiamento più utili a conseguire un aumento del valore delle cure. Con l'identificazione dei costi connessi alle singole tappe del processo e con il confronto tra valore della singola tappa secondo la percezione degli operatori e i costi calcolati – quindi con la focalizzazione su ciò che emerge in modo immediato come da cambiare – si generano idee per modificare quelle tappe di processo che appaiono «costare troppo per quello che valgono» (Vannucci *et al.*, 2001)<sup>4</sup>.

Più limitate invece sono le sperimentazioni dell'ABC estese a tutta la struttura: esse introducono l'ottica trasversale lungo tutta l'organizzazione ma necessitano di adeguati sistemi informativi e di un forte coinvolgimento di tutto il personale. Possiamo citare sul piano internazionale l'esperienza del Servizio di trasfusioni, facente parte del sistema sanitario del Regno Unito, caso caratterizzato non semplicemente dall'obiettivo di trovare opportunità per ridurre i costi, ma soprattutto dallo sforzo di coordinamento in modo tale da ottimizzare l'uso del capitale mantenendo saldo il *focus* dell'organizzazione. In tal caso le resistenze culturali furono talmente forti che dall'idea iniziale nel 1993 la sperimentazione è cominciata solo nel 2000 dopo due tentativi falliti (Arnaboldi, Lapsley, 2005).

Queste considerazioni sono alla base delle potenziali opportunità (e dei limiti) dell'impiego dell'ABC in sanità. La sua praticabilità è oggi molto maggiore rispetto al passato, anche perché risultano generalmente superate le difficoltà derivanti dall'impostazione finanziaria del sistema informativo-contabile delle aziende sanitarie a seguito dell'introduzione, ormai pluriennale, della contabilità economico-patrimoniale (Francesconi, 1993).

### **3. Il costo degli interventi in laparoscopia come ambito di sperimentazione dell'ABC: la rilevanza dell'informazione**

La moderna chirurgia cerca di minimizzare i disagi dovuti all'intervento e massimizzare il successo terapeutico; si sta evolvendo, quindi, come una disciplina sempre meno invasiva, che tende a limitare la traumaticità dell'intervento. La laparoscopia è un intervento chirurgico addominale e pelvico che consente di operare, utilizzando strumenta-



zione appositamente predisposta, attraverso alcune piccole incisioni di circa 1 cm. ognuna e si differenzia dalla chirurgia tradizionale che comporta l'apertura dell'addome attraverso un'ampia incisione chirurgica; per questo motivo la laparoscopia è da considerare una tecnica chirurgica meno invasiva della chirurgia addominale tradizionale (box 1).

L'impatto di queste nuove tecniche nella medicina può essere analizzato distinguendone gli aspetti legati all'efficacia clinica, alla qualità della vita del paziente, all'organizzazione del lavoro ed agli aspetti economici. Tuttavia gli aspetti innovativi dell'intervento in laparoscopia non possono essere classificati in modo univoco, in quanto influenzano i risultati sotto diversi punti di vista: ad esempio, l'eventualità di una riduzione della degenza comporta dei notevoli cambiamenti dal punto di vista organizzativo, oltre che sull'abbattimento dei costi, così come la maggiore efficacia di un intervento dovuta ad una riduzione del tasso di complicazioni comporta un miglioramento della qualità della vita del paziente, nonché una riduzione dei costi legati al trattamento delle complicazioni stesse. In sintesi, i fondamentali effetti su aspetti clinici ed economici della laparoscopia possono essere sintetizzati come in figura 2.

L'aspetto economico è pertanto solamente una delle dimensioni di impatto; essa ha tuttavia ricevuto un'attenzione crescente nel tempo. Negli ultimi anni il costo degli interventi in laparoscopia è stato oggetto di studio in numerose ricerche accomunate dalla considerazione che tali tecniche costano di più in termini di strumentario ma hanno vantaggi in termini di efficacia (dato il basso tasso di recidive) e limitata degenza post-operatoria, aspetti che influiscono notevolmente sulla riduzione dei costi.

Alcuni studi si fermano a considerare solamente le voci più direttamente individuabili (come personale, strumentario, farmaci), altri invece si soffermano anche su aspetti più approfonditi come il «costo sociale»<sup>5</sup>. Ad esempio, lo studio condotto nell'ospedale di Piedimonte Matese (Romano, 2002) ha trattato il caso dell'isterectomia confrontando i costi diretti dei farmaci, del personale e dei materiali utilizzati, nel caso di ricorso a tecnica laparoscopica e laparotomica<sup>6</sup>: è emer-

Le origini dell'attuale laparoscopia vanno tracciate all'inizio del diciannovesimo secolo: con l'avvento della cistoscopia viene effettuato il primo tentativo di esplorare la superficie interna della vescica.

Successivamente, agli inizi del ventesimo secolo, ha inizio una esplorazione sistematica delle cavità del corpo umano.

Nonostante i promettenti inizi, che si concretizzano nelle prime applicazioni sull'uomo a fini diagnostici, le tecniche laparoscopiche vengono presto dimenticate; le tecnologie a disposizione del chirurgo in quel periodo, infatti, non possono ancora garantire una sicurezza adeguata.

Negli anni sessanta la tecnica laparoscopica viene riscoperta in campo ginecologico con finalità diagnostiche. L'introduzione di nuove tecnologie consente un nuovo, e più significativo, sviluppo della laparoscopia negli anni successivi: si ricordano ad esempio il sempre più esteso utilizzo delle fibre ottiche, l'introduzione di strumenti di taglio e coagulo più sicuri, lo sviluppo di sistemi televisivi computerizzati.

La storia della laparoscopia è fortemente caratterizzata da una costante integrazione di nuove tecnologie, sviluppate anche in contesti lontani dalla medicina, nell'ambito clinico e chirurgico, grazie ad importanti sforzi di collaborazione tra il mondo medico e scientifico e quello dell'industria.

Tali sviluppi tecnologici portano all'esecuzione dell'intervento di colecistectomia (rimozione della cistifellea) per via laparoscopica nel 1987. Questo evento sarà di portata eccezionale in tutto il mondo della medicina. Da allora, la chirurgia laparoscopica sta gradualmente gettando le basi per una sempre maggiore affermazione.

Non vi è dubbio che buona parte degli interventi chirurgici, che vengono oggi eseguiti in modo tradizionale, siano destinati a cambiare, grazie alle tecniche e tecnologie endoscopiche. Al momento, quasi la totalità degli interventi addominali può essere effettuata in laparoscopia. Altri campi specialistici, come la chirurgia toracica, la pediatria, la ginecologia, l'urologia, l'ortopedia, la chirurgia plastica, l'otorinolaringoiatria, stanno sempre più affiancando agli interventi tradizionali nuove tecniche meno invasive. Un maggior numero di pazienti potrà quindi beneficiare di questo tipo di chirurgia, con minori tempi di ricovero, minor dolore e costi inferiori.

so che il costo degli interventi in senso stretto si aggira intorno alla medesima cifra, in quanto, per ciò che concerne la tecnica laparoscopica, il maggiore costo dello strumentario monouso (€ 293,99 per la laparoscopia contro l'irrisorio costo della sterilizzazione per lo strumentario poliuso) è compensato da un minore costo del personale (dovuto ai minori tempi di esecuzione dell'intervento) e dei farmaci (il risparmio atteso con la laparoscopia è di € 138,07 per il personale e circa € 160 per i farmaci). Tuttavia, ampliando l'analisi fino ad includere i costi relativi alla degenza (che è di due giorni per la laparoscopia e di quattro per la chirurgia open) si genera un vantaggio di circa € 800 a favore della chirurgia laparoscopica.

In Olanda e Gran Bretagna (Londra), attraverso lo studio di campioni significativi, sono state svolte approfondite analisi compa-

#### Box 1

Cenni storici  
sulla laparoscopia

Fonte: Assobiomedica (2002)

relative che analizzano la problematica da un punto di vista multidimensionale: infatti, oltre alle tradizionali voci di costo, compaiono non solo riferimenti ai costi di natura sociale (come ridotta perdita dei giorni di lavoro, ridotta degenza, minori cicatrici, convalescenza più breve), ma anche analisi che mirano ad analizzare benefici valutabili nel lungo periodo (tramite la somministrazione diretta di questionari ai pazienti dopo l'intervento) e che, nel caso di tecniche laparoscopiche, riscontrano non solo minori percentuali di dolore nei giorni successivi (con effetti positivi sulla qualità della vita, sul lavoro e aspetti sociali in genere) ma soprattutto ridotti tassi di ricadute, dolore e infezioni nei mesi successivi (Drummond, Stoddart, Torrance, 1992).

Pur riconoscendo che il costo dell'intervento in senso stretto può essere più elevato in caso di tecniche laparoscopiche, in questi casi l'adozione di un'ottica di analisi più ampia che valuti sia aspetti relativi ai processi (in modo da poter comprendere non solo gli aspetti economici ma anche gli impatti a livello sociale e di qualità della vita) sia aspetti relativi agli impatti sui costi a medio-lungo termine, suggeriscono l'opportunità di orien-

tarsi verso l'impiego di strumenti che, come l'ABC, focalizzano la misurazione a partire dalle attività.

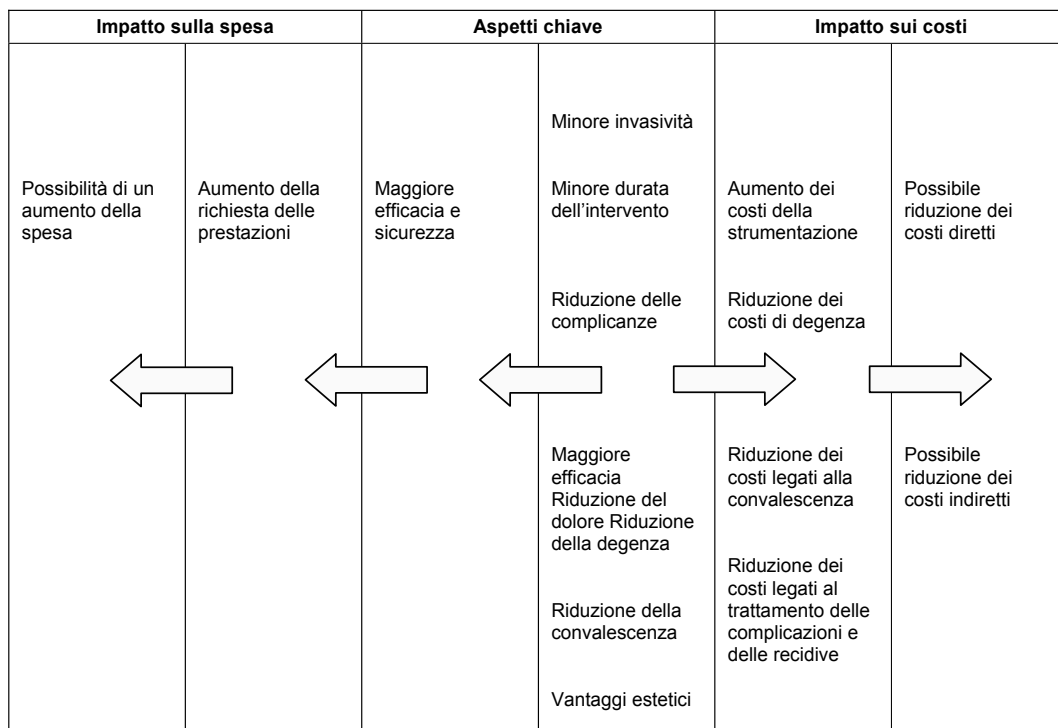
#### 4. Il modello di *Activity-Based Costing* costruito per l'analisi

Nell'applicazione di un sistema ABC, la *modellizzazione* è una fase fondamentale: in essa si definiscono le attività, i *cost driver* e soprattutto i legami logici tra i vari componenti del sistema fino alla determinazione degli oggetti finali di costo prescelti.

Nell'evoluzione dell'*ABC modelling*, si è progressivamente affermato un approccio basato sull'identificazione di una appropriata «gerarchia delle attività» nel modello di *costing* (vedi **box 2**) che può consentire di arricchire il contenuto informativo dell'analisi, portando a definire delle configurazioni di costo «modulari» funzionali a scopi conoscitivi e decisionali differenziati. Nella costruzione del modello per la sperimentazione del costo dell'intervento laparoscopico si è cercato di applicare questo principio metodologico tenuto conto della realtà operativa dell'azienda sanitaria della Regione Tosca-

Figura 2

Fonte: Assobiomedica 2002



## Box 2

La «gerarchia delle attività» nell'*Activity-Based Costing*

Un importante contributo all'analisi dei costi mediante le attività è costituito dall'innovativa distinzione dei costi in funzione della loro appartenenza ad attività che si pongono a diversi «livelli di riferibilità» rispetto all'*output*.

Originariamente Cooper e Kaplan (1991; 1999), relativamente al processo di produzione delle imprese manifatturiere, hanno proposto una «gerarchia delle attività» che si articola nei seguenti livelli:

- attività a livello di unità di prodotto (*unit-level activities*);
- attività a livello di lotto di produzione (*batch-level activities*);
- attività a livello di linea di prodotto (o di prodotto in quanto tale) (*product-sustaining activities*);
- attività generali di supporto (*facility-sustaining activities*).

A seconda del tipo di attività si possono pertanto individuare:

- a) *costi relativi all'unità di prodotto* che si riferiscono ad attività a livello di singola unità di *output* (es. m.o.d., materiali, macchinari, energia); occorre osservare come a livello di unità di prodotto non ci si trovi di fronte ad *attività*, quanto piuttosto a *risorse* (fattori produttivi), la cui variazione di consumo è determinata dalla variazione del volume di *output*;
- b) *costi relativi al lotto di produzione*, che si riferiscono ad attività svolte sul lotto di produzione (es. *setup*, movimentazione, approvvigionamento materie e componenti, controllo qualità);
- c) *costi relativi al prodotto in quanto tale*, ovvero alla *linea di prodotto*, per le attività svolte per definire a livello progettuale le caratteristiche funzionali, estetiche e di ingegnerizzazione sia in fase di pre-produzione che a produzione avviata (es. modifiche di progetto per soddisfare esigenze specifiche di un cliente);
- d) *costi relativi ad attività di supporto della fabbrica* (es. direzione di stabilimento, illuminazione, riscaldamento ecc.).

Una prima utilità della distinzione esaminata riguarda la possibilità da essa offerta per una corretta individuazione dei *driver* rispetto al prodotto. Per ogni livello di attività è necessario l'impiego di *driver* che riflettano il comportamento sottostante della «domanda» di attività da parte del prodotto (oggetto di costo). Pertanto la definizione degli *activity driver* per l'imputazione dei costi delle attività ai prodotti dovrebbe avvenire tenendo presente il livello di insorgenza dei costi.

Nello sviluppo dei sistemi ABC occorre anche considerare il cambiamento intervenuto nella struttura dei costi per quanto attiene alla crescita del peso dei costi indiretti non di produzione (commerciali, amministrativi, di ricerca e sviluppo), rispetto ai costi strettamente di produzione. Un'estensione dell'analisi oltre i confini dell'area produttiva può consentire di ampliare la gerarchia dei costi fino ad includere:

- i costi relativi alla ricerca e sviluppo ed alla pubblicità (se riferibile allo specifico prodotto) nell'ambito delle attività svolte rispetto alla linea di prodotto (*product-sustaining activities*): i costi di tali attività sono diretti rispetto alla linea di prodotto, ma indiretti rispetto ai lotti o alle singole unità;
- i costi relativi al personale amministrativo, manutenzione generale, sicurezza nell'ambito delle attività generali di supporto (*business-sustaining o facility-sustaining activities*);
- i costi che permettono la vendita al singolo cliente ma sono indipendenti dal volume e dal *mix* di prodotti, quali i supporti forniti per servire il cliente (attività di *customer care*, consegna, richieste speciali, supporto tecnico al cliente) possono essere considerati nell'ambito di attività di supporto al cliente (*customer-sustaining activities*); l'identificazione di tali attività e dei relativi costi è importante per l'analisi della redditività del cliente.

L'identificazione della «gerarchia delle attività» chiarisce bene le differenze tra sistemi di calcolo dei costi tradizionali e sistemi ABC; mentre nei primi le basi di imputazione dei costi indiretti sono unicamente individuate a livello di unità di prodotto (*volume-related*), nei sistemi ABC si individuano altri livelli di insorgenza e nuovi *driver* determinando quindi modelli di consumo delle risorse che considerano dinamiche legate non solo ai volumi di *output* (Cinquini, 2004).

na in cui si è svolta la sperimentazione (vedi **box 3**).

Pertanto, coerentemente con l'obiettivo della determinazione del costo ABC di interventi in laparoscopia, si è resa necessaria la definizione di un modello di *costing* basato sui principi dell'ABC rispetto al quale ridefinire il modello di consumo delle risorse a partire da quello esistente dalla contabilità analitica aziendale.

Nei paragrafi successivi descriveremo il modello cui si è giunti per le finalità dell'analisi in precedenza descritte. In realtà le sue

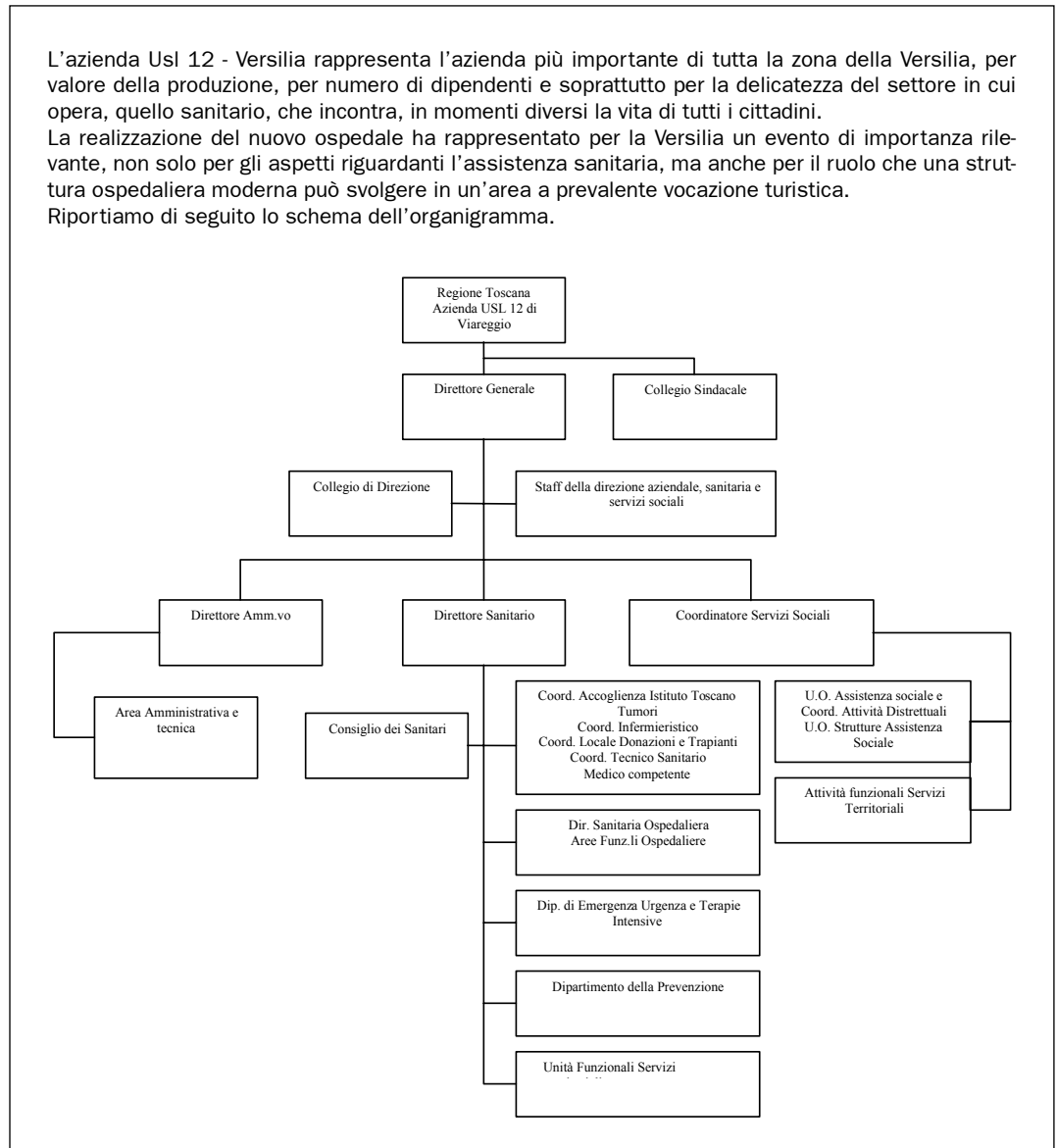
caratteristiche di fondo possono costituire un riferimento generale per modelli di ABC in ambito ospedaliero. Successivamente illustreremo i risultati dell'applicazione nell'Asl oggetto di sperimentazione.

4.1. La «Gerarchia delle attività» nell'organizzazione ospedaliera

Una caratteristica peculiare del sistema di calcolo dei costi ABC è l'individuazione di «cost driver» sia nell'attribuzione dei costi delle risorse alle attività (*resource driver*),

**Box 3**

L'azienda sanitaria oggetto di sperimentazione



(segue) **Box 3**

L'azienda sanitaria oggetto di sperimentazione

Le risorse umane (2005) sono così composte:

- Personale infermieristico 37,3%;
- Dirigenza medica, sanitaria, amministrativa, professionale e tecnica 28%;
- Tecnici sanitari, personale della riabilitazione e della vigilanza 9,4%;
- Personale amministrativo 8,7%.

L'ospedale dispone di 492 posti-letto per la degenza, e di questi 84 sono destinati al *day hospital*, ossia al ricovero che si risolve nell'ambito di una giornata.

L'obiettivo di giungere ad un uso più razionale delle risorse che la Regione assegna alle Aziende sanitarie è stato un incentivo allo sviluppo di modelli organizzativi moderni, che tendono complessivamente a ridurre la durata del ricovero e a far lavorare insieme il personale appartenente a settori omogenei.

Il Presidio ospedaliero è suddiviso in sei Aree funzionali a loro volta composte da Unità operative:

- Area Attività di laboratorio;
- Area Chirurgica;
- Area Diagnostica per immagini;
- Area Materno-infantile;
- Area Medica;
- Area Terapie intensive.

Vi sono inoltre delle Unità operative che non sono afferenti ad alcuna Area funzionale. Esse sono:

- Direzione sanitaria ospedaliera;
- Assistenza infermieristica;
- Farmaceutica;
- Psicologia;
- Riabilitazione funzionale.

che dei costi delle attività agli oggetti di costo finali (*activity driver*). Un aspetto innovativo del sistema consiste nella individuazione, a questo fine, di classi di attività (livelli) che esprimono diversi gradi di «riferibilità» rispetto all'oggetto di costo ed anche diversi modelli di variabilità dei costi rispetto ai livelli di *output*. Questo facilita una maggiore correttezza nell'individuazione dei *driver* per le attività a seconda della loro appartenenza o meno a un determinato «livello», classificato come tale in relazione alla causa che ne ha determinato l'insorgenza; si genera in tal modo una «gerarchia di attività» rispetto ai diversi oggetti di costo (Cooper, Kaplan, 1991, 1999; Ittner, Larcker, Randal, 1997).

Nel caso di un'azienda come quella sanitaria, tale gerarchia rispecchia il processo o percorso (non continuo) che il paziente può seguire all'interno della struttura raggruppando le attività secondo un certo ordine legato alla riferibilità dei costi. È il paziente che viene caricato dei costi connessi alle attività che attiva nel suo percorso.

Nella costruzione del nostro modello di ABC, pertanto, la fase di individuazione del-

le attività e dei processi è avvenuta contemporaneamente alla fase di aggregazione delle stesse attività per classi esprimenti «livelli gerarchici».

Poiché l'obiettivo del modello era quello di pervenire ad un calcolo più accurato del costo per un paziente in ospedale (paziente che subisce o che non subisce un intervento chirurgico) è stato possibile individuare la seguente gerarchia di costi e attività:

- Attività (costi) a livello di «paziente»;
- Attività (costi) a livello di «giornata di degenza»;
- Attività (costi) a livello di «intervento»;
- Attività (costi) a livello di «reparto»;
- Attività (costi) a livello di «supporto generale».

Per ciascun livello le attività individuate sono descritte nella **tabella 1**.

In riferimento ad alcuni livelli si possono evidenziare dei costi di prestazione specifica: ad esempio, a livello di giornata di degenza, esistono dei costi diretti di prestazione relativi all'erogazione dei pasti e della lavanderia,

**Tabella 1**

La gerarchia delle attività

| Livelli della gerarchia            | Attività  |
|------------------------------------|---|
| <b>Livello paziente</b>            | Accettazione in reparto<br>Accettazione ospedaliera<br>Registrazione SDO  |
| <b>Livello giornata di degenza</b> | Assistenza infermieristica (in base alla gravità del paziente)<br>Assistenza medica<br><i>Costo dei pasti</i><br><i>Costo della lavanderia</i>  |
| <b>Livello intervento</b>          | Utilizzo del blocco operatorio<br>Processo di intervento<br><i>Costo lavanderia per intervento</i><br><i>Costo sterilizzazione per intervento</i><br><i>Costo esami di laboratorio e visite</i>   |
| <b>Livello reparto</b>             | Logistica interna<br>Gestione ordini materiali<br>Pulizia reparti<br>Gestione contenziosi attività sanitarie e gestione assicurazioni<br>Manutenzione apparecchiature sanitarie di reparto<br>Monitoraggio sanitario ai reparti<br>Attività legali ai reparti |
| <b>Livello supporto generale</b>   | Gestione personale<br>Approvvigionamenti<br>Gestione reportistica<br>Gestione <i>budget</i>   |

mentre nell'ambito del costo del processo di intervento possiamo evidenziare il costo della lavanderia, della sterilizzazione e degli esami di laboratorio e visite. Si tratta di «costi diretti di livello» connessi ad *output* di unità organizzative (interne o esterne all'organizzazione ospedaliera).

In particolare, i costi del *livello paziente* sono generati solo quando il paziente entra in ospedale e in reparto per il ricovero. Si tratta di costi che si verificano per ogni paziente una volta sola per ogni ricovero.

I costi del *livello di giornata di degenza* si generano in corrispondenza del permanere del paziente in ricovero. Maggiore è il tempo di ricovero (espresso in giornate di degenza) maggiore sarà il costo assorbito dal paziente.

Nel caso poi che il paziente subisca un *intervento* i costi connessi saranno relativi all'attività di utilizzo del blocco operatorio e alle attività che costituiscono il processo di intervento in senso stretto, che sarà approfondito nel paragrafo successivo.

Come detto, i costi diretti per questo livello sono dati dal costo della lavanderia e della sterilizzazione per intervento e dal costo degli esami di laboratorio e dalle visite che il paziente deve subire in via propedeutica all'intervento.

Il carattere «non continuo e personalizzato» del processo che subisce ogni paziente in azienda fa sì che le attività e i livelli a cui sono connesse (dei quali stiamo trattando) presentino elementi di modularità. I costi di degenza aumentano all'aumentare delle giornate di degenza del paziente in ospedale, mentre i costi di intervento hanno peculiarità che dipendono dalla tipologia di intervento che il paziente subisce, dalla sua complessità e, dunque, dal «*processo di intervento*».

Il modello si completa infine con i costi delle attività di supporto sia a livello di reparto che a livello di ospedale (*livello reparto e livello supporto generale*). Le attività che si generano a questi livelli sono collegate al funzionamento della struttura sia di re-

parto che ospedaliera e sono finalizzate alla soddisfazione della necessità di determinare un costo «pieno» per paziente (soprattutto nel caso di paziente sottoposto ad intervento chirurgico). Il ricarico del costo in oggetto, tipico dell'applicazione di una logica di *absorption costing*<sup>7</sup>, prevede la determinazione, il più possibile in linea con il principio causale-funzionale, di una quota di costi indiretti di struttura (reparto e ospedale) al singolo paziente.

#### 4.2. Individuazione delle attività e analisi dei processi: il processo di intervento chirurgico

La letteratura indica almeno due modalità di individuazione dei processi e delle connesse attività utili nell'applicazione di un sistema ABC (Davenport, 1993; Brimson, Antos, 1994; Berchi, Fontanazza, 1991; Ostinelli, 1995):

a) partire dall'analisi di processi specifici con obiettivi definiti da esplodere nelle attività principali;

b) individuare le attività che sono svolte nelle unità organizzative, per poi ricostruire i processi.

La difficoltà di applicazione del primo criterio in realtà in cui l'organizzazione sia strutturata per aree funzionali porta spesso a privilegiare il secondo criterio. L'analisi dei processi si scontra, infatti, con la difficoltà di individuare interlocutori in grado di esprimere in modo esaustivo le attività che compongono il processo stesso, indicandone risorse assorbite e modalità di svolgimento. Risulta invece più semplice capire «che cosa viene fatto» a partire dall'organizzazione operante per poi procedere alla ricostruzione dei processi.

Nella selezione delle attività è comunque importante tener presente che:

– le attività devono essere rilevanti, ossia devono assorbire una quota significativa di risorse;

– le attività devono essere significative, ossia devono essere costituite da una serie di azioni caratterizzate da un *output* specifico e individuabile;

– le attività devono essere, il più possibile, caratterizzate da un *activity driver* unico, ossia deve esistere un parametro che unisce i costi dell'attività agli oggetti di costo che ne richiedono lo svolgimento.

Un processo può essere costruito impiegando uno o più dei seguenti criteri per l'individuazione delle attività rilevanti:

– *Rilevazione diretta* da parte di coloro che prendono parte alle attività, tramite la compilazione di *report* periodici in cui risulta indicato il tempo dedicato ad ogni attività;

– *Monitoraggio esterno*: in tal caso è il rilevatore che, seguendo (per un periodo di tempo congruo) l'operato di coloro che svolgono le attività, ne determina l'importanza e la rilevanza ai fini dell'analisi;

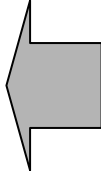
– *Calcolo della rilevanza delle ore dedicate a ciascuna attività*: non si tratta di una rilevazione diretta ma di un calcolo dell'impegno orario dedicato alle diverse attività in un periodo di tempo preso come riferimento (la rilevanza si ottiene moltiplicando la durata di svolgimento di ciascuna attività per la relativa frequenza);

– *Stima soggettiva*: in tal caso si chiede, mediante interviste, ai singoli soggetti di fornire una stima percentuale del tempo mediamente dedicato alle diverse attività svolte.

Centrale nel nostro lavoro è stata l'analisi del *processo di intervento chirurgico*: nella nostra ricerca ad esso si è giunti mediante interviste dirette al personale impiegato nell'attività sanitaria e attraverso diretta osservazione dello svolgimento di alcune delle operazioni che costituiscono il dettaglio delle attività del processo di intervento. Secondo il livello di analiticità/sinteticità richiesto dall'applicazione dell'*activity based costing*, l'analisi svolta ha portato ad individuare le attività mostrate nella **tabella 2** e nella **figura 3**.

#### 4.3. Oggetti di costo, *activity driver* e configurazioni di costo

Una fase critica, una volta individuate le attività, consiste nella selezione degli opportuni *driver* per ripartire il costo delle attivi-

| Attività pre- e post-intervento   |                                     | Descrizione attività   |   |                                |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|--------------------------------|
|                                   | Programmazione dell'intervento      | Il paziente incontra il chirurgo per programmare l'intervento  |  |                                |
|                                   | Preparazione della sala             | Sono svolte tutte le operazioni necessarie per rendere la sala funzionale all'intervento (spolveratura, controlli vari, test di partenza)  |   |                                |
|                                   | Ricovero e trasporto                | Il paziente viene trasportato dal reparto di chirurgia al blocco operatorio  |   |                                |
|                                   | Preparazione intervento             | Il paziente è trasportato fino alla presala dove avviene il controllo dei documenti; il paziente è preparato per l'anestesia e si allestisce la sala con il necessario materiale |   | <b>Costi diretti</b>           |
|                                   | Posizionamento paziente             | Si trasferisce il paziente in sala operatoria e lo si posiziona  |   | Esami di laboratorio e visite  |
|                                   | Trasferimento paziente              | (alla fine dell'intervento) Il paziente viene riportato nella presala e poi nel reparto di degenza   |   | Sterilizzazione per intervento |
| <b>Processo di intervento (*)</b> | (*) Si svolge nella sala operatoria |  |   | Lavanderia per intervento      |
|                                   | Preparazione strumenti              | Lo strumentista si lava e prepara i ferri sul tavolo e poi veste il chirurgo   |   |                                |
|                                   | Preparazione e montaggio anestesia  | Si attacca la flebo, si induce l'anestesia, si procede ad intubare il paziente, si effettua il monitoraggio durante tutto l'intervento   |   |                                |
|                                   | Preparazione campo operatorio       | Il paziente è disinfettato, sono posizionati i teli, le telecamere sono coperte e si procede all'attacco dei cavi degli apparecchi   |   |                                |
|                                   | Svolgimento intervento              | <b>Realizzazione dell'intervento sul paziente</b>  |   |                                |
|                                   | Assistenza al risveglio             | Si assiste il paziente fino al risveglio   |   |                                |

**Tabella 2**

Le attività del processo di intervento

tà agli oggetti di costo (*activity driver*). Gli *activity driver* sono stati determinati tenuto conto e in funzione dei differenti oggetti dei quali è stato calcolato il costo.

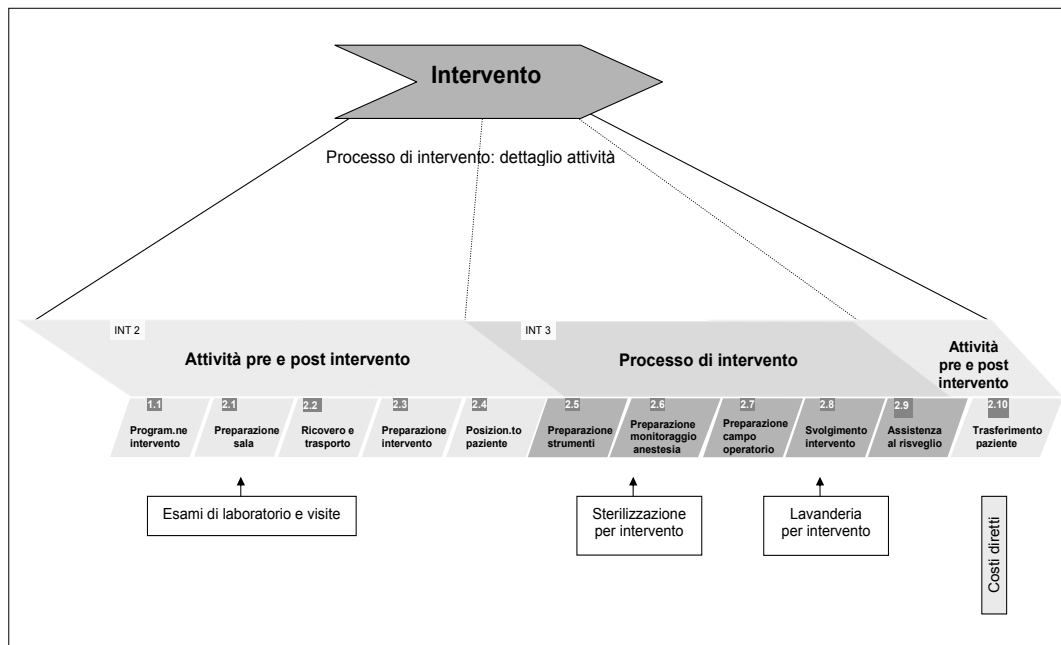
A tale riguardo, non sempre affidabilità e semplicità si muovono di pari passo (Cooper *et al.*, 1992). Dato che un *activity driver* può essere definito come un fattore «determinante la domanda di attività» da parte degli oggetti di costo, questa domanda può essere espressa in termini di intensità, durata o frequenza. Per questo è possibile distinguere tra i seguenti *driver* che presentano un grado di accuratezza crescente:

– *Transaction driver*: sono parametri che esprimono la frequenza di un fenomeno e pertanto allocano i costi ad un dato oggetto di costo in base alla ripetizione nel tempo di un'attività in riferimento. La rilevazione di questi *driver* è la più semplice ed economica;

– *Duration driver*: sono impiegati per esprimere la durata di un fenomeno e pertanto allocano i costi in base alla durata dell'attività per l'oggetto di costo;

– *Intensity driver*: vanno ancora più nel dettaglio perché considerano anche la qualità delle risorse impiegate nello svolgimento delle attività.





**Figura 3**  
Le attività del processo di intervento

I *driver* individuati nel nostro lavoro sono riconducibili alle diverse categorie definite in letteratura (Kaplan, Cooper, 1998). *Transaction driver* sono impiegati, ad esempio, per l’allocazione del costo delle attività di approvvigionamento (numero ordini). *Duration driver* sono stati impiegati per l’imputazione del costo dell’attività di utilizzo del blocco operatorio (tempo medio necessario per svolgere l’intervento). In questi casi, infatti, l’impiego di un *driver* di frequenza avrebbe generato distorsioni allorché, portando alla determinazione di un costo medio di impiego del blocco operatorio per singolo intervento, non avesse preso in considerazione la sua complessità (che influisce invece sulla durata di utilizzo del blocco). *Intensity driver*, infine, sono stati utilizzati per l’attività di assistenza al paziente che richiede una qualifica del tipo di assistenza in quanto essa varia al variare della gravità e criticità dell’assistito. In particolare, è stato scelto un *driver* che effettua una ponderazione tra giorni di degenza del paziente e impegno del personale sanitario del reparto nell’assistenza al degente (si veda la **figura 4**).

Gli oggetti di costo seguono la logica della gerarchia delle attività individuata. Infatti, essi sono rappresentati da unità o aggregazioni intermedie che possono essere combi-

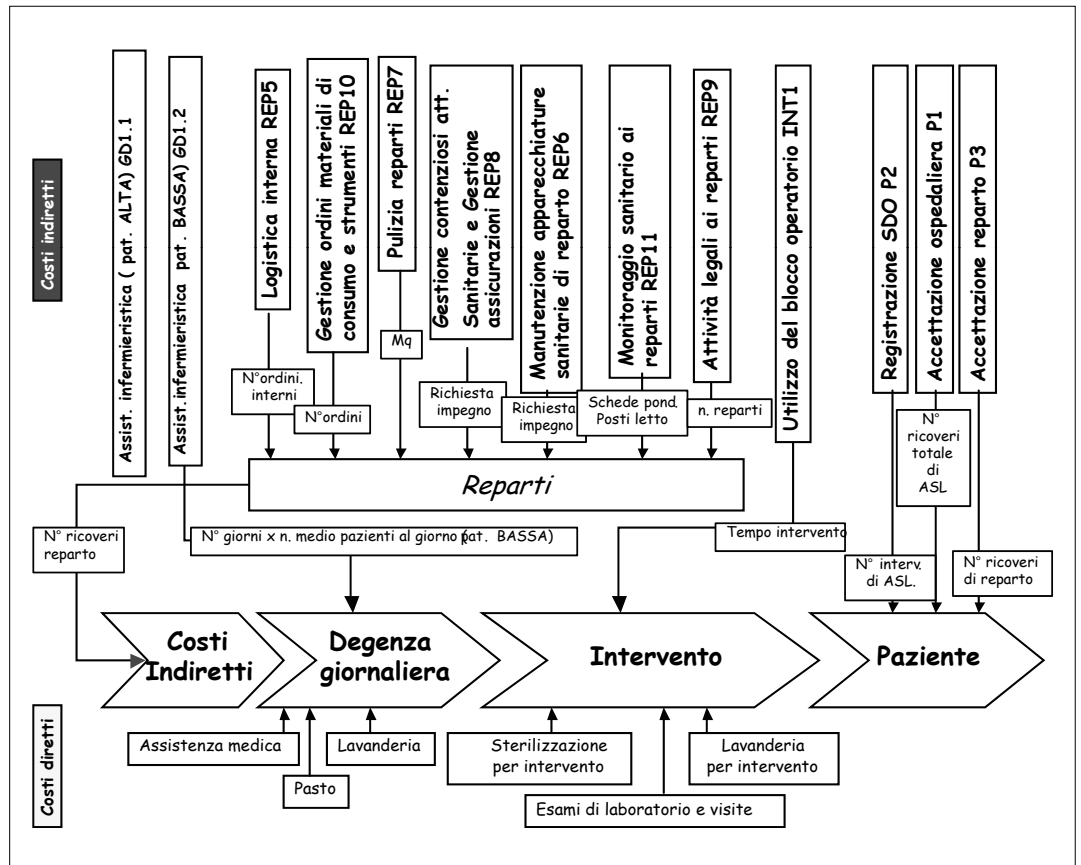
nate per calcolare il costo del paziente nella struttura. In questa prospettiva è stato possibile individuare differenti oggetti (intermedi e finali) cui riferire i costi:

- la degenza giornaliera;
- il paziente;
- l’intervento.

Ad ogni modo, tutto il processo ruota intorno al paziente che, infatti, entra nella struttura sanitaria, viene preso in carico, resta nella struttura per tutta la degenza e, eventualmente, è sottoposto ad intervento. Il carattere della modularità attribuito al modello, con l’individuazione di vari livelli gerarchici e diversi oggetti di costo, permette di calcolare delle «configurazioni di costo»<sup>8</sup> con finalità conoscitive e informative diverse per il management sanitario. In particolare, le configurazioni di costo individuate sono (**tabella 3**):

- *costo della presa in carico del paziente*: comprende tutti i costi delle attività dirette per gestire l’entrata nella struttura del paziente e la sua uscita al momento della dimissione (con linguaggio industriale si può parlare delle attività di logistica in entrata e in uscita del paziente, per quelle attività che sono a carico dell’azienda);

**Figura 4**  
Il modello ABC di riferimento



- + Attività registrazione SDO
  - + Attività accettazione ospedaliera
  - + Attività accettazione in reparto
  - = **Costo presa in carico del paziente**
  - + Attività assistenza infermieristica
  - + Pasti e lavanderia
  - + Assistenza medica
  - = **Costo del paziente ricoverato**
  - + Attività utilizzo blocco operatorio
  - + Costi processo intervento (compresi costi diretti)
  - = **Costo del paziente operato**
- } **Costo della degenza**
- + Costi supporto al reparto e alla struttura = **Costo pieno del paziente**
- + Costi supporto al reparto e alla struttura = **Costo pieno del paziente operato**

**Tabella 3**

– *costo del paziente ricoverato*: comprende, oltre ai costi della presa in carico (configurazione precedente), anche tutti i costi connessi alla gestione della degenza del paziente nella struttura ospedaliera o sanitaria, tenuto conto della durata della stessa;

– *costo del paziente operato*: ovvero il costo che si sostiene per gestire il paziente che si sottopone ad interventi chirurgici o di altro tipo. Questo costo si ottiene sommando

al costo del paziente ricoverato i costi connessi all'intervento e all'utilizzo del blocco operatorio;

– *costo pieno del paziente*: determinato sommando al costo del paziente ricoverato i costi delle attività indirette (ovvero le attività a supporto del reparto e della struttura);

– *costo pieno del paziente operato*: determinato sommando al costo del paziente operato i costi delle attività indirette di reparto e

di struttura. Questa configurazione potrebbe essere utile informazione per la fissazione di una tariffa equa soprattutto nel caso di prestazioni particolarmente innovative o per le quali non sia previsto uno specifico Drg.

Nella nostra analisi il processo è stato considerato solo fino al momento in cui il paziente fuoriesce dalla struttura per dimissione. In effetti, il processo in oggetto potrebbe essere parte di un processo più ampio in cui si osservi anche cosa succede al paziente una volta che è uscito dalla struttura sanitaria e i costi che si generano. Egli potrebbe incorrere in costi che possono essere parzialmente a suo carico e parzialmente a carico del servizio sanitario. L'ottica in questo caso si amplia ad abbracciare un'interpretazione del costo della salute in chiave sociale.

## 5. L'applicazione del modello per il calcolo dell'intervento chirurgico in laparoscopia

Lo studio ha avuto come obiettivo quello di applicare il modello di riferimento di ABC in precedenza descritto alla valorizzazione di un intervento chirurgico effettuato con tecniche laparoscopiche. L'intervento prescelto è stato quello di *Colecisti laparoscopica* in quanto esso costituisce l'intervento in laparoscopia più eseguito (in termini di numero sul totale di interventi) dal reparto di Chirurgia dell'Asl 12. Su un totale di 383 interventi effettuati secondo tecniche laparoscopiche, 285 sono relativi a Colecisti laparoscopiche (senza complicazioni). I rimanenti 98 casi sono distribuiti tra tutte le altre tipologie di intervento con cifre talvolta irrisorie e poco significative (dell'ordine di uno o due interventi svolti nel 2004). Applicare lo schema di analisi a tale intervento ha permesso di usufruire di un maggior quantitativo di dati a disposizione e, quindi, già rilevati dalla struttura. Inoltre, il grado di significatività dei risultati dello studio, in termini economico-finanziari, è maggiore perché il numero elevato di casi trattati fa presumere un miglior assestamento della curva di esperienza del personale medico-chirurgico che effettua gli interventi.

### 5.1. Scelta e quantificazione dei *resource driver* per la valorizzazione delle attività

L'individuazione e la valorizzazione delle attività nel caso in esame ha reso necessario approfondire la struttura organizzativa dell'azienda, generando un sistema prevalentemente «ibrido» composto da attività e centri di costo come in precedenza illustrato (figura 3)<sup>9</sup>.

La valorizzazione delle attività ha reso necessario, per le risorse non direttamente attribuibili, individuare gli opportuni *resource driver*. Per l'individuazione dei *resource driver* è stato utilizzato uno strumento da noi denominato *matrice risorse-attività*: per ogni attività (cui è associato un codice alfanumerico, costituito dal codice del livello gerarchico cui appartiene l'attività più un numero progressivo) esso individua l'unità operativa nella quale essa è svolta (unità operativa che ovviamente svolge una serie di attività) e il criterio con cui attribuire appunto a questa una quota delle risorse complessive dell'unità (ovvero il *resource driver*). La **tabella 4** riporta un estratto della *Matrice risorse-attività*.

Per omogeneizzare il modello e renderlo applicabile in realtà diverse tra loro, è stato definito un dizionario delle attività e una descrizione delle unità operative, così che, ove le denominazioni da noi usate non corrispondessero a quelle della realtà di riferimento, è possibile comunque reperire agevolmente le informazioni necessarie.

Nello svolgimento delle attività la risorsa «fattore lavoro» è dominante, pertanto il processo di valorizzazione è stato guidato proprio da tale risorsa, soprattutto per le attività di supporto e a carattere prevalentemente amministrativo. Per questo, nei casi in cui non era possibile, per indisponibilità informativa, recuperare il costo del consumo effettivo di determinati fattori produttivi, esso è stato stimato in funzione del tempo di impiego da parte del fattore lavoro (medici, infermieri, altro personale). L'impegno della risorsa personale nella maggior parte dei casi è stato quantificato chiedendo alle persone stesse di esprimere in percentuale quanto tempo esse dedicavano allo svolgimento di ogni attività (rispetto al loro carico complessivo di lavoro). In altri casi la valutazione ha implicato una rilevazione effettiva, da parte

| Codice attività | Denominazione                                       | Uo di appartenenza     | Resource driver «personale»   | Resource driver «beni economici»                                    | Resource driver «servizi»   | Resource driver «brevetti»  | Resource driver «attrezzature»                                      |
|-----------------|---|------------------------|---|---|---|---|---|
| DS 7            | Gestione ordini materiali di consumo e strumentario | Uo Provveditorato      | N. persone dedicate   | Proporzione al numero delle persone dedicate                        | Proporzione al numero delle persone dedicate                        | Proporzione al numero delle persone dedicate                        | Proporzione al numero delle persone dedicate                        |
| DS 8            | Registrazione SDO                                   | Uo Direzione sanitaria | Attribuzione del costo dell'ufficio dedicato solo a questa attività | Attribuzione del costo dell'ufficio dedicato solo a questa attività | Attribuzione del costo dell'ufficio dedicato solo a questa attività | Attribuzione del costo dell'ufficio dedicato solo a questa attività | Attribuzione del costo dell'ufficio dedicato solo a questa attività |
| DS 10           | Monitoraggio sanitario ai reparti                   | Uo Direzione sanitaria | % impegno   | % impegno   | % impegno   | % impegno   | % impegno   |

**Tabella 4**

Esempio di matrice Risorse-Attività

nostra, dei tempi delle attività. Dove possibile, inoltre, il consumo delle altre risorse è stato valorizzato in modo più puntuale considerando l'effettiva quantità impiegata (come nel caso dei materiali di consumo impiegati per la pulizia del blocco operatorio).

Un esempio interessante è quello relativo all'attività di *Assistenza infermieristica*, che è stata scissa in due tipologie: l'assistenza infermieristica per pazienti ad alta criticità e quella per pazienti a bassa criticità (come nel caso dell'intervento di Colecisti laparoscopica), entrambe svolte nell'unità operativa Reparto di Chirurgia. La motivazione della separazione di tale attività è stata il differente impegno richiesto agli infermieri per assistere i pazienti: tale assistenza non è infatti la stessa in termini di complessità e di tempo richiesto, essendo funzione prevalentemente della situazione clinica del paziente. Infatti, anche se i pazienti ad alta criticità sono in numero notevolmente inferiore (meno del 30%) essi richiedono, in proporzione agli altri, un impegno di assistenza molto più alto (assorbendo circa un 40% delle risorse del Reparto di Chirurgia). Diversamente avremmo potuto utilizzare come *activity driver* semplicemente il numero dei pazienti, calcolando in tal modo un costo medio a paziente per l'assistenza infermieristica<sup>10</sup>.

All'interno del modello possiamo individuare, in base alla metodologia di valorizzazione, due tipologie principali di attività:

- a) attività valorizzate mediante *resource driver*;
- b) attività valorizzate in modo diretto.

a) *attività valorizzate mediante resource driver*

Sono costituite da tutte quelle attività il cui svolgimento avviene all'interno delle unità operative. Esse in generale sono tutte le attività dei livelli Reparto, Giornata di Degenza, Paziente e Supporto Generale (anche se queste ultime, pur considerate nel modello, non sono poi utilizzate per l'ABC) e del livello Intervento (solo per l'attività «utilizzo blocco operatorio»). Lo strumento che si utilizza è la matrice risorse-attività che evidenzia i criteri da seguire nella valorizzazione. In questa fase è necessario che le persone afferenti alle unità operative facciano uno sforzo di razionalizzazione e cerchino di quantificare, in termini percentuali, l'impegno richiesto nello svolgimento delle attività prese in considerazione. Una volta ottenuta questa informazione, effettuando una semplice sommatoria di quote di risorse otteniamo il costo dell'attività. In questa fase è fondamentale, per l'attendibilità delle informazioni, il coinvolgimento e l'impegno degli operatori.

b) *attività valorizzate in modo diretto*

Queste sono costituite fondamentalmente dalle attività «pre e post intervento» e dalle «attività di intervento» posizionati al *livello di intervento*. Esse sono valorizzate in modo diretto e quindi considerando:

- tempi-uomo e costo orario dello specifico personale impiegato;
- quantità di materiali e loro costo specifico;

– ammortamento medio dei macchinari utilizzati (in questo caso, per esigenze di razionalizzazione non calcoliamo un ammortamento in base al tempo, ma calcoliamo un ammortamento per intervento, dipendente dal numero di interventi per cui il macchinario è utilizzato).

Queste attività meritano una importante considerazione in quanto sono già riferite ad un singolo intervento e quindi per esse non sarà necessario individuare successivamente alcun *activity driver*. L'esito della valorizzazione delle attività secondo i criteri sopra citati è riportato nella **tabella 5**.

### 5.2. Scelta e quantificazione degli *activity driver* per la valorizzazione degli oggetti di costo

La scelta degli *activity driver* ha seguito il criterio funzionale-causale e l'esito è riportato nella penultima colonna della tabella 5.

Consideriamo a titolo di esempio alcune attività. L'attività «Logistica interna» (REP 5), consiste nell'evasione delle richieste di

materiali che pervengono al magazzino da parte dei reparti: per questa attività è stato scelto come *driver* il *numero ordini interni*, che il reparto di interesse effettua all'unità che si occupa della gestione del magazzino. L'attività «Gestione ordini materiali e strumentario» (REP 10), consiste nella gestione degli acquisti dei materiali che servono per il reparto, per questo la scelta dell'*activity driver* è caduta sul *numero di ordini di acquisto* che sono effettuati per conto del reparto di interesse. L'attività «Monitoraggio sanitario (REP 11)», consistente nella verifica delle condizioni di igiene dei reparti, ha portato ad individuare un *driver* composto dalla ponderazione di due elementi: il numero di schede mensili compilate da chi effettua i controlli e il numero di posti letto del reparto ispezionato, elemento che influisce su un maggiore o minore impegno nello svolgimento di questa attività. Va precisato che, nell'individuazione degli *activity driver*, è stato comunque spesso necessario privilegiare la disponibilità dei dati e delle informazioni a discapito forse di una maggiore accuratezza di calcolo.

| Codice | Attività  | Costo attività (*) | Activity driver  | Tipologia di Activity driver |
|--------|---|--------------------|--|------------------------------|
| GD 1   | Assistenza infermieristica pazienti alta criticità      | 2.434.656          | <b>N. giorni x n. medio pazienti al giorno alta criticità</b>  | <i>Intensity driver</i>      |
| GD 2   | Assistenza infermieristica pazienti bassa criticità     | 3.651.985          | <b>N. giorni x n. medio pazienti al giorno bassa criticità</b> | <i>Intensity driver</i>      |
| REP 5  | Logistica interna                                       | 110.481            | <b>N. ordini interni</b>                                       | <i>Transaction driver</i>    |
| REP 10 | Gestione ordini materiali di consumo e strumentario     | 1.104.812          | <b>N. ordini</b>   | <i>Transaction driver</i>    |
| REP 7  | Pulizia reparti   | 753.600            | <b>Metri quadri</b>  | <i>Transaction driver</i>    |
| REP 8  | Gestione contenziosi attività sanitarie e assicurazioni | 148.225            | <b>Percentuale d'impegno</b>                                   | <i>Intensity driver</i>      |
| REP 6  | Manutenzione apparecchiature sanitarie di reparto       | 261.148            | <b>Percentuale d'impegno</b>                                   | <i>Intensity driver</i>      |
| REP 11 | Monitoraggio sanitario ai reparti                       | 3.795.742          | <b>N. schede ponderate per n. posti letto</b>                  | <i>Intensity driver</i>      |
| REP 9  | Attività legali ai reparti                              | 274.156            | <b>N. posti letto</b>  | <i>Transaction driver</i>    |
| INT 1  | Utilizzo del blocco operatorio                          | 710.684            | <b>Durata dell'intervento</b>                                  | <i>Duration driver</i>       |
| P2     | Registrazione SDO                                       | 48.669             | <b>N. interventi di Asl</b>                                    | <i>Transaction driver</i>    |
| P1     | Accettazione ospedaliera                                | 238.569            | <b>N. ricoveri di Asl</b>                                      | <i>Transaction driver</i>    |
| P3     | Accettazione reparto                                    | 108.635            | <b>N. ricoveri di reparto</b>                                  | <i>Transaction driver</i>    |

(\*) Valori annui riferiti all'anno 2004.

**Tabella 5**  
Le attività e gli *Activity driver* individuati

### 5.3. Valorizzazione degli oggetti e delle configurazioni di costo

La valorizzazione degli oggetti di costo individuati nel modello, necessita la considerazione di tre elementi:

- 1) quote di costo di attività da attribuire ai diversi oggetti tramite gli *activity driver* individuati;
- 2) costi delle attività direttamente attribuibili all'intervento;
- 3) aggregati di costo direttamente attribuibili ad oggetti di costo specifici.

#### a) *Quote di costo di attività da attribuire ai diversi oggetti tramite i resource driver individuati*

Dividendo semplicemente il valore totale dell'attività per il volume dell'*activity driver* individuato otteniamo l'*activity costing rate* (ovvero il valore unitario dell'attività) e, quindi, moltiplicando quest'ultimo per il numero di volte in cui lo svolgimento di tale attività è richiesto dall'oggetto, otteniamo il valore da attribuire ad esso.

Ad esempio per quanto riguarda l'attività REP 5, «Logistica interna» l'*activity driver* al reparto è il numero di ordini interni, per cui, dividendo il suo costo per il volume dell'*activity driver*, otteniamo il suo valore unitario (l'*activity costing rate*); se vogliamo conoscere la quota da attribuire al reparto di interesse dobbiamo semplicemente moltiplicare tale valore per il numero di ordini interni che questo richiede. Questa particolare attività viene poi successivamente attribuita all'oggetto «costi indiretti» tramite il *driver* «numero di ricoveri in reparto», *driver* che ci permette di individuare il suo valore unitario riferito al singolo ricovero; anche in questo caso il procedimento è lo stesso descritto in precedenza.

#### b) *Attività direttamente attribuibili all'intervento*

Tutte le attività valorizzate in modo diretto (descritte nel paragrafo precedente) vengono attribuite nella loro interezza all'oggetto di costo «intervento» in quanto già riferite ad esso in modo unitario.

#### c) *aggregati di costo direttamente attribuibili ad oggetti di costo specifici*

Negli oggetti di costo affluiscono anche delle risorse che in realtà rappresentano un aggregato di più voci di costo o un sistema di prestazioni il cui valore di solito è già unitariamente identificato nella realtà di riferimento e che, quindi, prendiamo e utilizziamo nella sua interezza. Gli oggetti di costo considerati nel modello sono i seguenti:

- assistenza medica (che confluisce nell'oggetto «degenza giornaliera»);
- pasto (che confluisce nell'oggetto «degenza giornaliera»);
- lavanderia per degenza (che confluisce nell'oggetto «degenza giornaliera»);
- lavanderia per intervento (che confluisce nell'oggetto «intervento»);
- sterilizzazione per intervento (che confluisce nell'oggetto «intervento»).

L'applicazione della logica ABC sulla base del modello di riferimento descritto ha permesso di calcolare il costo degli oggetti di rilevazione mostrati in **tabella 6**.

Inoltre è stato calcolato un costo indiretto di supporto al reparto per paziente di € 283,00.

In questo modo è stato possibile calcolare le configurazioni di costo in precedenza descritte nella definizione del modello ABC. I valori sono sintetizzati nella **tabella 7**.

La configurazione di costo «Costo pieno del paziente operato» risulta caricata dei costi inerenti la struttura di riferimento in cui il paziente viene ospitato e sottoposto ad intervento (reparto).

Il costo dell'intervento (costo del processo di intervento, costi diretti dell'intervento e costo dell'attività di utilizzo del blocco operatorio) è determinato in modo preponderante dallo strumentario laparoscopico monouso e dal costo dell'anestesia; si tratta di aspetti su cui è difficile fare considerazioni di carattere economico in quanto si entra in ambiti legati alla salute delle persone.

Il costo pieno del paziente operato può essere comunque un buon parametro di riferimento da confrontare con il valore della tariffa Drg attribuita alla tipologia di intervento in oggetto. Per l'intervento di colecisti laparoscopica la tariffa Drg (Regione

| Oggetto di costo                                       | Valore € (*) |                 |
|--|--------------|-----------------|
| <b>Paziente</b>  |              | <b>52,00</b>    |
| Registrazione SDO                                      | 3,00         |                 |
| Accettazione ospedaliera                               | 9,00         |                 |
| Accettazione reparto                                   | 40,00        |                 |
| <b>Intervento</b>                                      |              | <b>2.540,00</b> |
| Utilizzo blocco operatorio                             | 90,00        |                 |
| Preparazione e monitoraggio anestesia e assistenza     | 811,00       |                 |
| Preparazione campo operatorio                          | 8,00         |                 |
| Svolgimento intervento                                 | 1.445,00     |                 |
| Trasferimento paziente                                 | 22,00        |                 |
| Preparazione strumenti                                 | 2,00         |                 |
| Posizionamento paziente                                | 0,50         |                 |
| Preparazione per intervento                            | 2,50         |                 |
| Trasferimento al BO                                    | 21,00        |                 |
| Preparazione sala                                      | 4,00         |                 |
| Programmazione intervento                              | 20,00        |                 |
| Sterilizzazione per intervento                         | 42,00        |                 |
| Esami di laboratorio e visite                          | 62,00        |                 |
| Lavanderia per intervento                              | 10,00        |                 |
| <b>Degenza giornaliera patologia a bassa criticità</b> |              | <b>295,00</b>   |
| Assistenza infermieristica                             | 277,00       |                 |
| Assistenza medica                                      | 14,00        |                 |
| Pasto  | 2,00         |                 |
| Lavanderia per degenza                                 | 2,00         |                 |

**Tabella 6**  
Distinta delle attività  
per oggetto di costo

(\*) Valori riferiti all'anno 2004.

Toscana, 2004) è di € 2.721,00. Un valore dunque più vicino a quello del costo dell'intervento (puro e semplice) da noi determinato piuttosto che al costo del paziente operato (anche con riferimento non al costo pieno ma al costo al netto dei costi di supporto alla struttura).

Il modello proposto non è certamente esaustivo; infatti, per esigenze di semplicità, non tutte le attività sono state considerate e in molti casi è stato necessario introdurre ipotesi semplificatrici. Si ritiene che una successiva e più approfondita analisi dovrebbe mirare a considerare anche gli aspetti legati ai costi sociali e aspetti di lungo periodo (da indagare ad esempio tramite questionari). In tal caso è ipotizzabile che il *gap* tra «costo pieno del paziente operato» e Drg possa no-

tevolmente ridursi in considerazione di risparmi consistenti derivanti dall'impiego di tale tecnica chirurgica; si individuerrebbero così ulteriori argomentazioni a sostegno del ricorso alla chirurgia laparoscopica.

Inoltre bisogna puntualizzare che il risultato che emerge dallo studio è influenzato dal contesto di riferimento della sperimentazione (inteso come organizzazione interna della struttura e delle attività e come capitale umano disponibile ma anche come ambiente esterno in cui si opera) per cui necessiterà di una «convalida» mediante i risultati che emergeranno da sperimentazioni in altre realtà. In tal modo sarà inoltre possibile testare l'effettiva possibilità di applicazione del modello descritto anche in altri contesti, tenuto conto della esigenza della presenza in

## MATERIALI

PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

**Tabella 7**

Sintesi delle Configurazioni di costo

| Configurazioni di costo                            |          | Valore € (*)    |
|--|----------|-----------------|
| <b>Costo della presa in carico del paziente</b>    |          | <b>52,00</b>    |
| Registrazione SDO                                  | 3,00     |                 |
| Accettazione ospedaliera                           | 9,00     |                 |
| Accettazione reparto                               | 40,00    |                 |
| <b>Costo del paziente ricoverato (**)</b>          |          | <b>642,00</b>   |
| <i>Costo della presa in carico del paziente</i>    | 52,00    |                 |
| Pasto (2 giorni)                                   | 4,00     |                 |
| Assistenza infermieristica (2 giorni)              | 554,00   |                 |
| Assistenza medica (2 giorni)                       | 28,00    |                 |
| Lavanderia per degenza (2 giorni)                  | 4,00     |                 |
| <b>Costo pieno del paziente</b>                    |          | <b>747,00</b>   |
| <i>Costo del paziente ricoverato</i>               | 642,00   |                 |
| <i>Costi indiretti di supporto al reparto</i>      | 105,00   |                 |
| <b>Costo del paziente operato</b>                  |          | <b>3.182,00</b> |
| <i>Costo del paziente ricoverato</i>               | 642,00   |                 |
| <i>Intervento:</i>                                 | 2.540,00 |                 |
| Utilizzo blocco operatorio                         | 90,00    |                 |
| Preparazione e monitoraggio anestesia e assistenza | 811,00   |                 |
| Preparazione campo operatorio                      | 8,00     |                 |
| Svolgimento intervento                             | 1.445,00 |                 |
| Trasferimento paziente                             | 22,00    |                 |
| Preparazione strumenti                             | 2,00     |                 |
| Posizionamento paziente                            | 0,50     |                 |
| Preparazione per intervento                        | 2,50     |                 |
| Trasferimento al BO                                | 21,00    |                 |
| Preparazione sala                                  | 4,00     |                 |
| Programmazione intervento                          | 20,00    |                 |
| Sterilizzazione per intervento                     | 42,00    |                 |
| Esami di laboratorio e visite                      | 62,00    |                 |
| Lavanderia per intervento                          | 10,00    |                 |
| <b>COSTO PIENO DEL PAZIENTE OPERATO</b>            |          | <b>3.287,00</b> |
| <i>Costo del paziente operato</i>                  | 3.182,00 |                 |
| <i>Costi indiretti di supporto al reparto</i>      | 105,00   |                 |

(\*) Valori riferiti all'anno 2004.

(\*\*) Nel caso di colecisti laparoscopica dobbiamo considerare due giorni di degenza.



essi, come specificheremo meglio in seguito, di un adeguato sistema informativo.

## 6. Conclusioni

Il presente articolo ha illustrato una sperimentazione di un sistema *Activity-Based Costing* finalizzata alla misurazione di uno specifico oggetto di costo riferibile ad un intervento chirurgico con tecnica laparoscopica.

In realtà le caratteristiche del modello utilizzato per la sperimentazione possono costituire un riferimento generale per modelli di ABC in ambito ospedaliero; infatti, le attività relative all'intervento possono essere adeguate facilmente ad altri contesti ospedalieri sia nella mappatura che nella valorizzazione (di fatto molte possono essere comuni a molti interventi) ed i principi seguiti nell'individuazione dei criteri di allocazione delle altre attività hanno una validità di carattere generale.

I risultati dimostrano le potenzialità informative di un sistema ABC applicato in ambito sanitario, infatti la necessità di un orientamento al paziente comporta l'erogazione di prestazioni personalizzate, articolate e di ampia varietà. Di conseguenza, ciascun paziente genera un consumo di risorse a cui si associa il sostenimento di un costo differenziato sulla base delle attività effettivamente poste in essere per il trattamento di quel particolare quadro clinico. Dal momento che considerare ogni singola prestazione come *output* isolato risulterebbe particolarmente complesso, il costo ottenuto tramite l'impiego del metodo ABC è un valore medio riferito ad un processo ospedaliero preso come modello ideale di riferimento.

I vantaggi che derivano dall'utilizzo di tale metodologia, rispetto ad un sistema tradizionale di contabilità analitica per centri di costo, sono riconducibili essenzialmente a diversi ordini di motivi.

In primo luogo, l'ABC consente di calcolare il costo del processo: ciò significa che, una volta ricostruita la sequenza delle attività, è possibile analizzare il loro consumo effettivo di risorse durante tutto l'arco temporale preso come riferimento. È importante notare che ciò comporta la necessità di fare riferimento a delle ipotesi che consentano di limitare il *range* di variabilità dei costi così

da poter far riferimento a un processo sufficientemente «standardizzato». Va anche sottolineato però che, a partire da un processo standard, è possibile giungere ad un percorso più «personalizzato», ad esempio sommando al costo complessivo sostenuto per un determinato paziente il costo di ogni visita aggiuntiva eventualmente effettuata. In ogni caso, un'analisi per centri di costo non avrebbe consentito di identificare analiticamente il consumo di risorse da parte di ciascuna attività e la relativa determinante di costo; soprattutto, poi, non avrebbe consentito di seguire l'intero svolgimento dell'*iter* diagnostico-terapeutico.

Utilizzare l'ABC consente, inoltre, di non rimanere vincolati ad un unico centro di costo/responsabilità. Un servizio, infatti, si caratterizza di solito per la sua trasversalità, in quanto può coinvolgere risorse che affluiscono anche da aziende diverse (es. da Azienda ospedaliera universitaria) oltre che da diversi centri di costo. La realizzazione di un progressivo monitoraggio dei costi relativi ad un servizio può portare a vantaggi legati alla possibilità di creare una base di conoscenze utile per governare più efficacemente il comportamento dei costi da parte di tutti gli operatori interessati, e l'informazione prodotta può essere utilizzata per diverse finalità da soggetti che all'interno dell'azienda svolgono mansioni differenti. Ad esempio, la direzione aziendale può utilizzare i dati, forniti dall'analisi per conoscere il costo del processo, per monitorare e razionalizzare il consumo di risorse da parte di ciascuna attività e anche, eventualmente, per assumere decisioni di *make or buy* o per modalità alternative di reperimento delle risorse; il personale medico, invece, può utilizzare l'informazione prodotta per cercare di individuare le attività su cui è possibile intervenire per razionalizzare l'intero processo, sia intermini di efficacia che di efficienza.

Inoltre, la conoscenza dei più importanti macroprocessi aziendali nella loro composizione permette, accanto all'analisi organizzativa, di comprendere più a fondo la complessa organizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. In questa prospettiva, uno *step* successivo all'analisi dei costi delle attività potrebbe mirare a verificare il loro effettivo *valore aggiunto* rispetto al processo

considerato e rispetto alla struttura nel suo complesso.

Se si considerano alcuni aspetti specifici del modello proposto, emerge che un elemento fondamentale per una corretta implementazione di un sistema ABC è costituito dalla realizzazione di un adeguato *design del sistema*: in questo senso lo studio di una «gerarchia delle attività» che rifletta opportunamente il flusso delle attività rispetto all'oggetto di costo considerato è risultata, come si è visto, di estrema importanza ai fini della corretta determinazione dei *driver* e della costruzione di appropriate configurazioni di costo. Queste ultime possono risultare utili per obiettivi differenziati a diversi livelli decisionali del sistema: il costo pieno del paziente operato può risultare determinante per la decisioni di politica tariffaria a livello regionale, mentre un'analisi approfondita del costo dell'intervento può risultare importante a livello dipartimentale ed aziendale per implementare politiche di gestione delle attività miranti a massimizzare il rapporto efficacia-costi. Il caso illustrato dimostra inoltre come l'applicazione di metodologie basate sulle attività sia compatibile ed integrabile laddove sia presente una contabilità per centri di costo, mediante lo sviluppo di un «modello ibrido» a partire dalle informazioni di costo disponibili dalla contabilità analitica tradizionale. Tuttavia, il modello ibrido da solo non è sufficiente, in quanto in primo luogo è necessario avere un adeguato sistema informativo che sia in grado di supportare le esigenze di dati<sup>11</sup>.

Circa gli obiettivi della ricerca, è da notare che l'obiettivo iniziale, ossia contribuire al miglioramento dell'efficacia delle attività di validazione economico-finanziaria di tecniche chirurgiche progredite mediante l'uso di strumenti evoluti di *costing*, risulta conseguito se riferito all'ambito della sperimentazione effettuata mediante l'*output* di informazioni di costo più accurate rispetto a quelle preesistenti nell'entità della misurazione e nella qualità informativa; così come ci pare raggiunto il secondo obiettivo, ovvero di progettare e iniziare a costruire un prototipo generale per modelli ABC in ambito ospedaliero. Il modello proposto è sicuramente suscettibile di miglioramenti che potrebbero essere accelerati mediante la costituzione di un *Laparoscopy Surgery Management Team*

(gruppo di esperti in specifici ambiti, tra cui il *costing*, che lavorano nel processo) per discutere con regolarità delle azioni intraprese, dello stato attuale del processo e delle azioni da realizzare per innescare un circolo virtuoso delle attività migliorative sia del consumo di risorse, che dell'efficacia del processo e del benessere del paziente.

Per concludere, alcune recenti ricerche sull'importanza dell'informazione di costo per i professionisti sanitari inducono a svolgere ulteriori riflessioni sul ruolo che *sistemi progrediti di cost management* possono svolgere in ambito ospedaliero e sanitario.

In una ricerca comparativa internazionale Jacobs, Marcon e Witt (2004) hanno dimostrato l'interesse e la sensibilità dei professionisti clinici (in particolare in Italia) verso i dati di costo e di performance, anche se non sempre esiste un adeguato livello di accesso a tali informazioni ed esse sono percepite insufficienti in quanto progettate per la risposta ad esigenze organizzative aziendali e normative piuttosto che per il supporto della performance clinica. Un'altra ricerca (Pizzini, 2006) ha dimostrato come esista la convinzione nei responsabili sanitari che l'utilità delle informazioni di costo sia proporzionale in modo diretto al grado di dettaglio disponibile e che questo possa aiutare i professionisti nel miglioramento delle loro performance. In particolare, potrebbe risultare assai utile porre l'attenzione sullo svolgimento del processo e dei relativi sottoprocessi, poiché solo la consapevolezza, derivante da un'analisi approfondita, di come gli *input* vengono trasformati in *output*, permette ai responsabili sanitari di far luce sulla *black-box* dell'operatività interna e di conseguenza scegliere i percorsi più appropriati per un effettivo miglioramento della performance.

Anche alla luce dei risultati di tali ricerche, l'impegno verso la progettazione e realizzazione di sistemi di *costing* più raffinati in sanità può dimostrarsi elemento non secondario per l'accrescimento dell'efficacia dei sistemi di controllo delle aziende e dei sistemi sanitari.

## Note

1. Progetto di ricerca finanziato dal Miur (Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca) con Decreto ministeriale del 17 ottobre 2003, prot. n.

- 193/2003 «Cofinanziamento Centri di Eccellenza Bando 2001», Unità di Progetto n. 5: «Modelli di validazione tecnico-economica delle nuove tecnologie in chirurgia».
2. Alcuni esempi di tali attività possono essere: l'esigenza di un maggior numero di componenti del prodotto che determina un più complesso processo di acquisto, sia per l'attivazione e lo svolgimento dei rapporti con i fornitori (a livello amministrativo), che per lo stoccaggio e movimentazione interna; la predisposizione di modifiche ai processi produttivi ed ai prodotti in sede di progettazione ed ingegnerizzazione; l'effettuazione di riattrezzaggi (*setup*) degli impianti in fase di produzione per il cambiamento nelle caratteristiche estetiche e/o funzionali del prodotto finito.
  3. Generalmente sono individuabili tre tipologie di determinanti:
    - 1) collegati ai volumi di attività, quali quelli prevalenti nell'area funzionale della produzione;
    - 2) collegati alla complessità organizzativa da gestire, prevalenti nelle attività collegate alle strutture erogatrici di servizi. Alcuni esempi possono essere:
      - n. di ordini di produzione;
      - n. di componenti da amministrare;
      - n. di ordini di acquisto ai fornitori;
      - n. di interventi di ispezione;
    - 3) collegati a condizioni di efficienza operativa, anch'essi prevalenti nelle strutture di servizio. Ad esempio:
      - tempo di attraversamento dei materiali;
      - tempo di attrezzaggio alle attrezzature.
  4. Si veda anche il progetto «Bisogni sanitari del paziente diabetico» vincitore al FORUM-PA 2004 in <http://www.forumpa.net/forumpa2004/sanita/cdrom/home/progetto/294.html>.
  5. Fra gli studi citiamo: lo Studio della Società Italiana di Urologia pubblicato sul periodico *on-line* *Clic Medicina* (De Rose, 2002), lo studio condotto nell'ospedale di Piedimonte Matese (Romano, 2002), lo studio dell'Assobiomedica (Mazzei, 2002), lo studio del Department of General Surgery, University Hospital, e del Department of Epidemiology & Public Health, Utrecht University (Liem, 1997).
  6. L'analisi è stata affidata ad un gruppo di studio composto da infermieri della sala operatoria e dell'unità operativa Chirurgia generale.
  7. Sulle logiche di calcolo dei costi cfr. Cinquini (2003).
  8. La configurazione di costo si determina attraverso una aggregazione progressiva di elementi di costo, tale da generare un'informazione significativa per il supporto decisionale.
  9. Sui sistemi di *costing* ibridi cfr. Marelli (2004).
  10. È questa la motivazione che spinge verso la identificazione di «intensity driver» invece che «transaction driver».
  11. Anche nel caso descritto, dove pure era presente un sistema informativo adeguato, in diverse occasioni è stato necessario rinunciare a un maggiore dettaglio a causa della mancanza dei dati necessari.

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

- ARNABOLDI M., LAPSLEY I. (2005), «Activity Based Costing in Healthcare: a UK study», *Research in Healthcare Financial Management*, January.
- BERCHI R., FONTANAZZA M. (1991), *La semplificazione dei processi aziendali. Primo passo verso la qualità totale*, Etas Libri, Milano.
- BRIMSON J.A., ANTOS J. (1994), *Activity Based Management for Service Industries, Government Entities and Non-Profit Organizations*, Wiley, New York.
- CASATI G. (1999), *Il percorso del paziente: la gestione per processi in sanità*, Egea, Milano.
- CINQUINI L. (2003), *Strumenti per l'analisi dei costi*, (Vol. I), Giappichelli, Torino.
- CINQUINI L. (2004), Elementi critici per un uso progressivo dell'Activity-Based Costing, in P. MILO VITALI (a cura di), *Strumenti per l'analisi dei costi* (Vol. II), Giappichelli, Torino.
- COOPER R., KAPLAN R.S. (1991), «Profit Priorities from Activity-Based Costing», *Harvard Business Review*, May-June.
- COOPER R., KAPLAN R.S. (1999), *The Design of Cost Management Systems* (2nd Edition), Prentice-Hall, New York.
- COOPER R., KAPLAN R.S., MAISEL L.S., MORRISSEY E., OEHM R.M. (1992), *Implementing Activity-Based Cost Management - Moving from Analysis to Action*, IMA, New York.
- DAVENPORT T. (1993), *Process Innovation: Reengineering Work through Information Technology*, HB School Press, Boston Mass.
- DE ROSE A.F. (2004), «La laparoscopia abbatte i costi e riduce l'ospedalizzazione», *Clic Medicina*, 12.
- DRUMMOND M.F., STODDART G.L., TORRANCE G.W. (1992), *Methods for Economic Evaluation of Health care programmes*, 6th Edition, Oxford University Press, Oxford.
- FILATONDI E., PASDERA A. (2001), «Profili assistenziali e costi per singolo episodio di ricovero/DRG: il caso del laboratorio clinico», *Riv Med Lab - JLM*, Vol. 2 (2), pp. 23-37.
- FORUM PA (2004), *Progetto «Bisogni sanitari del paziente diabetico»*, in <http://www.forumpa.net/forumpa2004/sanita/cdrom/home/progetto/294.html>
- FRANCESCONI A. (1993), «L'Activity-Based Costing nei servizi sanitari», *Economia & Management*, 1, pp. 9-17.

- ITTNER C.D., LARCKER D.F., RANDAL T. (1997), «The Activity-Based Cost Hierarchy, Production Policies and Firm Profitability», *Journal of Management Accounting Research*, 9.
- JACOBS K., MARCON G., WITT D. (2004), «Cost and performance information for doctors: an international comparison», *Management Accounting Research*, 15, pp. 337-354.
- KAPLAN R.S., COOPER R. (1998), *Cost and Effect. Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance*, HB School Press, Boston Massachusetts.
- LEGA F. (1997), «Activity-Based Costing & Management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari», *Mecosan*, 22, pp. 23-39.
- LIEM O. (1997), «Cost effectiveness of Extra peritoneal laparoscopic inguinal hernia repair: a randomized comparison with conventional herniorrhaphy», *Annal Surgery Utrecht University*, 6, pp. 668-675.
- LIEVENS Y., VAN DEN BOGAERT W., KESTELOOT K. (2003), «Activity-based costing: a practical model for cost calculation in radiotherapy», *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, Vol. 57 (2), pp. 522-535.
- MARELLI A. (2004), «L'analisi dei costi per attività e per centri di costo: evidenze sui sistemi contabili "ibridi"», in P. Miolo Vitali (a cura di), *Strumenti per l'analisi dei costi*, (Vol. II), Giappichelli, Torino.
- MAZZEI L. (2002), *La chirurgia laparoscopica*, in [www.assobiomedica.it](http://www.assobiomedica.it) - Centro studi Assobiomedica
- MIOLO P., NUTI S. (a cura di) (2004), *Sperimentazione dell'Activity-Based management nella sanità pubblica. L'esperienza dell'azienda Usl 3 di Pistoia*, Franco Angeli, Milano.
- OSTINELLI C. (1995), «La mappatura e l'analisi dei processi gestionali: al cuore dell'activity based management», *Liuc Papers*, n. 22 - Serie Economica Aziendale n. 4.
- PIZZINI M. (2006), «The relation between cost-system design, managers evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals», *Accounting, Organizations and Society*, 31, pp. 179-210.
- ROMANO (2002), «Sanità, costi e qualità: un metodo di analisi dei costi degli interventi chirurgici», *De Qualitate*, 9, pp. 82-91.
- RUTA C. (1990), «Azienda-ospedale: processi produttivi sanitari e rete operativa integrata», *Economia & Management*, 17-Nov, pp. 99-104.
- RUTA C., TOSCANO G. (1992), «Un nuovo sistema di gestione dei processi sanitari: activity-based costing in sanità», *Economia & Management*, 1, pp. 64-77.
- VAGNONI E., POTENA G. (2003), «L'activity based costing in sanità: il caso dell'ossigenoterapia», *Mecosan*, 47, pp. 149-161.
- VANNUCCI A., ABATI R., BOZZA G., MATTIOLO G., VILLANI G. (2001), «L'Analisi dei Costi per Processo: un metodo per migliorare la qualità delle prestazioni e la loro efficienza operativa. Esperienza applicativa in un Servizio per le tossicodipendenze», *Boll. Farmacodip. e Alcoolis.*, XXIV (3), pp. 26-33.
- WELLWOOD J. (1998), «Randomized controlled trial of laparoscopic versus open mesh repair for inguinal hernia: outcome and cost», *BMJ*, 11-jun.

# La Clinical Governance nell'esperienza europea di un fornitore privato di terapia dialitica

SILVIA CIVARDI, GUIDO GIORDANA, ANDREA STOPPER

*Currently Fresenius Medical Care's activities in EMEA manages more than 350 dialysis centers treating more than 25,000 patients in 17 countries with different reimbursement structures and legal settings. Different scenarios and reimbursement systems are normally seen as an additional complexity while it drove to the development of a unique clinical and management system, ready to include new countries. The process is based on a specific organizational structure using the same «core» platform of care, adapted every time to the local needs. The Clinical Governance model in the company was developed at all different organizational levels. Structures, tools and systems lead, with some difficulties, to a clearer definition of targets and activities and to an organizational alignment.*

## Note sugli autori

Silvia Civardi Fresenius Medical Care Italia  
Guido Giordana e Andrea Stopper Fresenius Medical Care EMEA - NephroCare Coordination

## 1. La terapia dialitica in Europa

L'Europa geografica è composta da oltre 40 Paesi con grandi differenze economiche, demografiche e politiche. Sul piano strettamente economico la differenza si esprime in un Prodotto interno lordo (Pil) procapite che va da meno di 5.000 dollari, in alcuni Paesi dell'est europeo, a oltre 40.000 dollari in alcuni dei Paesi più ricchi d'Europa. Il dato è interessante per l'argomento qui trattato in quanto esiste una correlazione tra Pil e prevalenza dei casi di nefropatia terminale (End Stage Renal Disease, ESRD) quando il Pil è inferiore a circa 10.000 USD procapite. Essendo la prevalenza della nefropatia terminale derivata dalla prevalenza della terapia sostitutiva (registri dialisi e trapianto) si può dedurre che fattori economici possono imporre restrizioni nell'accesso alle terapie sostitutive stesse (Grassmann, 2006). La correlazione tra Pil e prevalenza delle terapie sostitutive si perde invece per valori di Pil superiori ai 10.000 USD procapite indicando un accesso indipendente da fattori economici alla dialisi o al trapianto nei Paesi più ricchi (vedi **figura 1**).

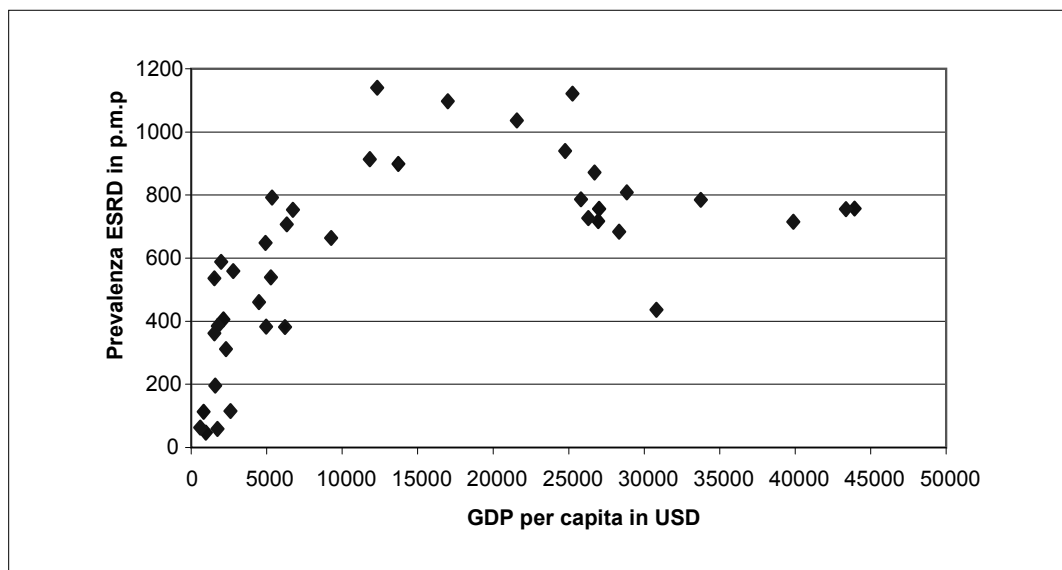
Ciò conduce a considerare l'Europa come una realtà in cui la dialisi non ha ancora criteri di accesso uniformi e le incidenze mostrano una crescita differenziata a seconda dei Paesi. Sono, infatti, marcate le differenze dell'incidenza tra Paesi a Pil maggiore, in cui la crescita del numero dei malati è determinata sostanzialmente dall'invecchiamento della popolazione, e Paesi a Pil inferiore alla soglia identificata, in cui la crescita dei malati dipende anche da fattori economici che

## SOMMARIO

1. La terapia dialitica in Europa
2. I sistemi di rimborso e i modelli di offerta
3. Le linee-guida e il modello della *Clinical Governance*
4. La creazione e diffusione degli strumenti operativi
5. Conclusioni

**Figura 1**

Prevalenza ESRD della nefropatia terminale in rapporto alle condizioni di benessere (Pil procapite) della popolazione in 42 Paesi europei



modificano i criteri di accesso alle terapie. Proprio tali Paesi, a maggiori prospettive di crescita per la terapia dialitica, sono poi gli stessi in cui è più marcata la tendenza alla privatizzazione nella gestione della dialisi in un meccanismo di domanda a finanziamento pubblico e offerta privata tipico dei servizi sanitari.

Nell'anno 2000, infatti, la percentuale in Europa di pazienti in dialisi trattati da strutture private era circa il 32%, mentre nel 2005 tale percentuale ha raggiunto il 39% (Giordana, 2005). Contributo importante a ciò deriva dall'Europa dell'Est dove dal 25% di privato dell'anno 2000 si è raggiunto il 37% nel 2005 (**figura 2a**). Eloquenti a tal proposito gli esempi di Slovacchia e Polonia (rispettivamente **figura 2b** e **figura 2c**) dove il privato ha raggiunto posizioni significative condizionando i modelli di accesso ed erogazione della terapia dialitica.

## 2. I sistemi di rimborso e i modelli di offerta

Nonostante una struttura della domanda alimentata quasi esclusivamente dal finanziamento pubblico, le strutture di offerta nei vari Paesi europei si sono sviluppate in maniera articolata e con modelli misti di interazione pubblico-privato a seconda delle realtà politiche dei singoli Paesi. Un forte indirizzo viene inoltre dalle regolamentazioni locali e

dai sistemi di rimborso specifici che talvolta limitano o condizionano l'offerta globale di servizi di dialisi a seconda della titolarità dell'offerente. La tendenza generale verso modelli di offerta a stampo privatistico si è poi ulteriormente accentuata negli ultimi anni da quando anche i Paesi dell'Europa dell'Est hanno affrontato l'organizzazione dei rispettivi sistemi sanitari per far fronte alle loro richieste interne di salute.

In Paesi come il Belgio, la Danimarca, la Finlandia e il Lussemburgo, ad esempio, il sistema di fornitura della dialisi è solamente pubblico e quindi il privato non ha accesso al rimborso previsto. Altri Paesi quali l'Austria, la Grecia, l'Italia, l'Irlanda, il Portogallo, la Svezia, l'Olanda e la Turchia prevedono solo l'emodialisi quale modalità eseguibile dal privato e pertanto condizionano l'offerta che risulta non essere completa come ad esempio in Francia, Germania o Spagna (**figura 3**) dove invece tutte le modalità dialitiche possono essere eseguite sia nel pubblico che nel privato.

Nei Paesi a forte indirizzo federalista, quali la Spagna e l'Italia ad esempio, le autorità locali possono definire regolamenti e direttive con validità regionale concernenti il tipo di terapie che i fornitori privati di dialisi possono offrire, nonché il livello del rimborso di cui possono godere. In ogni caso, l'offerta dei servizi di dialisi è sempre regolata e controllata dalle autorità sanitarie e

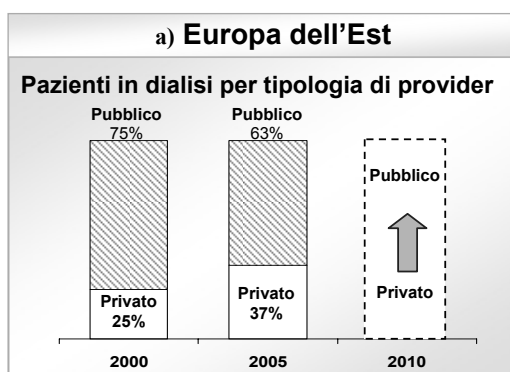
i rigidi regolamenti sull'apertura, il funzionamento e l'accreditamento di una struttura di dialisi non sono omogenei nei vari Paesi europei.

In Spagna e nel Regno Unito i fornitori privati possono operare solamente grazie a contratti pluriennali con ospedali pubblici o autorità sanitarie che «appaltano» il servizio completo di dialisi mantenendone *in toto* la *clinical governance*. Il fornitore privato diventa pertanto l'erogatore di un servizio le cui caratteristiche, i cui risultati e i controlli sono definiti contrattualmente, come pure il prezzo che il committente pubblico sostiene. Si entra in una logica di trattativa, in certi casi addirittura di gara pubblica (si veda il caso dei *Concierto* spagnoli, ad esempio) per ottenere l'appalto per la gestione *in toto* di un centro dialisi con un certo numero di pazienti per un determinato arco temporale.

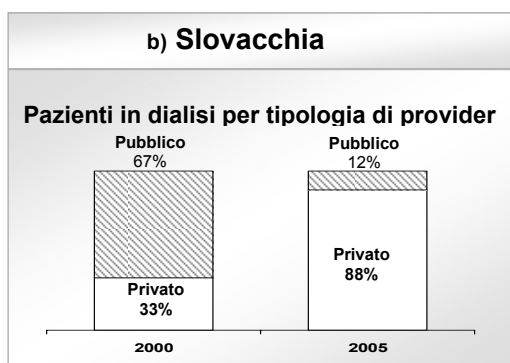
Analizzando più da vicino i sistemi di rimborso per la dialisi nei vari Paesi europei si rilevano marcate differenze non solo, come già detto, tra offerta di terapia nel pubblico e nel privato ma anche e soprattutto nella modalità strutturale con cui il rimborso è concepito. Tre sono sostanzialmente le modalità di rimborso previste:

- *budget* pubblico annuale e copertura spese per la terapia fino ad esaurimento;
- pagamento a prestazione (tariffa o Drg);
- pagamento a forfait per paziente (quota capitaria per patologia).

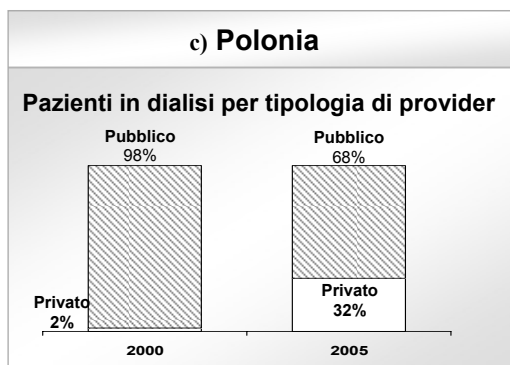
In alcuni Paesi tali modalità di rimborso coesistono a seconda del tipo di fornitore (pubblico o privato). Lo stanziamento di fondi pubblici è una modalità di rimborso usata principalmente nei sistemi sanitari di tipo pubblico e dove il finanziamento è basato sulla tassazione o sulla previdenza sociale (ad esempio Spagna e Repubblica Ceca). Il pagamento a prestazione è la più comune modalità di rimborso per i fornitori privati nella quasi totalità dei Paesi europei e per i fornitori pubblici in Paesi in cui il sistema sanitario è finanziato attraverso meccanismi assicurativi o di previdenza sociale. Unico caso europeo in cui la modalità di rimborso è costituita da un forfait settimanale per paziente (quota capitaria) indipendentemente dal tipo di fornitore che eroga la terapia e dal tipo di terapia stessa è la Germania che ha



**Figura 2a**  
Tipologie di *Provider* di dialisi



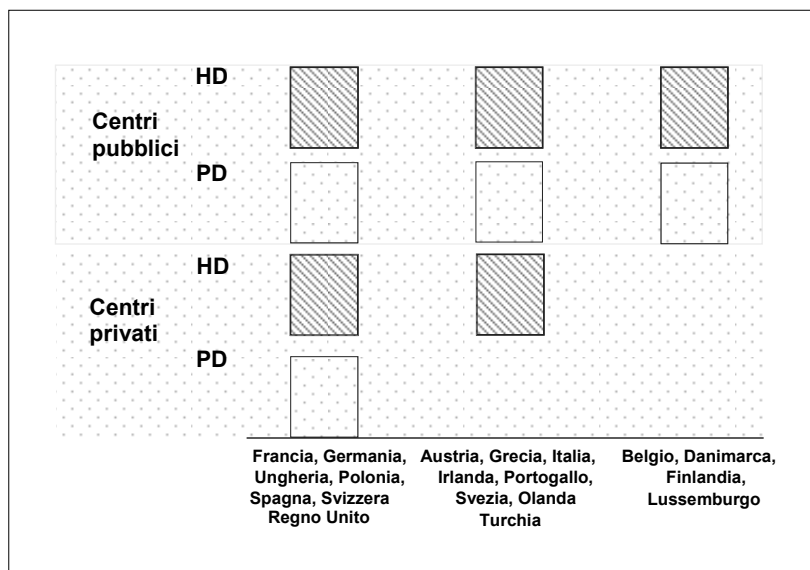
**Figura 2b**  
Tipologie di *Provider* di dialisi



**Figura 2c**  
Tipologie di *Provider* di dialisi

implementato già da diversi anni tale sistema mutuato da esperienze di *Disease Management*.

Relativamente al luogo in cui si svolge il trattamento dialitico si possono identificare tre principali tipologie di struttura: il centro di dialisi all'interno di strutture ospedaliere che offre una assistenza medica e infermieristica completa, il centro ad assistenza limitata (centro decentrato) che offre un'assistenza medica e/o infermieristica parziale e, infine, il domicilio stesso del paziente (la principale

**Figura 3**

L'accesso ai rimborsi per la dialisi in alcuni Paesi europei

sede per il trattamento dei pazienti in dialisi peritoneale).

Dei 340.800 pazienti europei sottoposti a dialisi nel 2005, circa 36.000 sono stati trattati a domicilio (nel 94% dei casi con dialisi peritoneale e nel 6% dei casi con terapia domiciliare di emodialisi), circa 17.000 sono stati trattati in centri di assistenza limitata (di tale cifra oltre 15.000 in Francia e in Italia) e i restanti 288.000 sono stati trattati in centri di dialisi con assistenza completa.

Ad oggi, solo otto Paesi europei consentono il trattamento dei pazienti in centri di assistenza limitata e tra questi solo l'Italia e la Francia differenziano il livello di rimborso per la medesima terapia a seconda che si tratti di centro ospedaliero o centro ad assistenza limitata o domicilio del paziente.

La Francia è senza dubbio il Paese europeo in cui la dialisi può essere erogata nel maggior numero di sedi. I pazienti possono essere trattati in cinque differenti tipi di strutture:

- il centro di dialisi;
- le *unités de dialyse médicalisée*;
- le *unités d'auto dialyse assistée*;
- le *unités d'auto dialyse simple*;
- il domicilio del paziente.

I centri di dialisi sono normalmente collocati in strutture ospedaliere e devono avere la possibilità di offrire il servizio di ricovero.

Nei centri di dialisi è garantita un'assistenza medica e infermieristica completa. Le *unités de dialyse médicalisée* devono operare sotto la supervisione di un gruppo di nefrologi, ma non è obbligatoria la presenza di un nefrologo o di un medico durante ogni turno di dialisi. (Società Francofona di Dialisi - <http://www.sfdial.org/html/accueil.htm>)

Le *unités d'auto dialyse simple* o *assistée* garantiscono solamente la presenza di personale infermieristico durante la seduta di dialisi e hanno un rapporto particolarmente basso tra pazienti e apparecchiature, e tra pazienti e personale, essendo molte delle procedure eseguite dal paziente stesso, compreso l'autopunzione e il settaggio dei monitor di dialisi. In definitiva, si realizza una forma di trattamento «domiciliare» presso un domicilio diverso da quello del paziente e condiviso con altri pazienti.

In funzione di tali differenze strutturali ed organizzative i livelli di rimborso riconosciuti dalla sanità francese decrescono dal centro dialisi ospedaliero al domicilio del paziente in una logica di rimborsi modulati sulle voci di costo che realmente concorrono all'erogazione del trattamento.

Un'ulteriore variabilità dei rimborsi nei vari Paesi è rappresentata dalle componenti di prodotto/servizio incluse nel rimborso stesso che rendono difficili comparazioni di valori non omogenei tra loro.

Una buona sintesi delle componenti escluse dal rimborso nella quasi totalità dei Paesi europei analizzati è schematizzata in **figura 4** dove è evidente come tutte le componenti non direttamente collegate al trattamento dialitico e più generalmente collegate allo stato di malattia dell'individuo vengano escluse dal rimborso per trattamento e gravino pertanto su voci di spesa diverse da quelle della dialisi. È chiaro altresì come qualunque criterio di *Disease Management* veda invece il costo della malattia come la totalità dei costi correlati alla patologia indipendentemente dalle tipologie dei trattamenti terapeutici effettuati sul malato.

Per tutto quanto esposto – e nonostante la globalizzazione di molti fattori che incidono sull'erogazione della terapia dialitica – qualsiasi comparazione dei rimborsi tra diversi Paesi è assai complessa poiché le voci di costo coperte sono differenti e regolate in modo



diverso a seconda dei Paesi (costo del lavoro, servizi, prezzi di infrastrutture e di farmaci).

Ciononostante risulta essere comunque interessante una comparazione dei valori assoluti dei rimborsi per trattamento nei principali Paesi europei e l'analisi delle voci di costo incluse in tale rimborso nel caso in cui la prestazione venga erogata da un *provider* privato. In **figura 5** si vede come il rimborso per i trattamenti di emodialisi standard possa variare anche di oltre il 100% in Europa. Molta di questa variabilità può, naturalmente, essere spiegata mediante il numero e il tipo di prodotti e servizi inclusi nel rimborso. Significativa è l'inclusione nel rimborso del trattamento farmacologico con eritropoietina (EPO), che in alcuni Paesi quali la Polonia, la Romania e la Slovenia è inclusa nel rimborso per i fornitori privati, mentre in altri Paesi è rimborsata separatamente. Lo stesso può applicarsi, per esempio, al trasporto del paziente o al compenso del nefrologo responsabile della seduta dialitica.

L'inclusione o l'esclusione nel rimborso delle varie componenti influenza il modo in cui i fornitori di servizi di dialisi operano, producendo diversi modelli di offerta che comportano vari livelli di rischio. Nell'esempio del trattamento farmacologico con eritropoietina ad esempio, la sua inclusione nel rimborso relativo alla dialisi è una chiara

| Componenti <i>incluse</i> nel rimborso «base» nei Paesi analizzati  | Componenti <i>NON incluse</i> nel rimborso «base» nei Paesi analizzati   |
|---|--|
| <p><i>Disposables</i><br/>Macchina<br/>Infrastruttura<br/>Compenso medico<br/>Prestazione infermieristica<br/>Farmaci base<br/>(es. eparina, analgesici)</p>  | <p>Farmaci speciali<br/>(es. EPO, ferro, chelanti fosforo)<br/>Diagnostica<br/>Esami di laboratorio<br/>Prodotti per la nutrizione<br/>Accesso vascolare<br/>Trasporto<br/>Ospedalizzazione</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Generalmente rimborsati separatamente</b></p> |
| <p><b>Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Polonia, Portogallo, Spagna, Slovenia, Svezia, Olanda, Turchia</b></p> |  |

attribuzione del rischio finanziario di trattamento dell'anemia a carico del fornitore del servizio di dialisi. Genericamente si può affermare che tanto maggiore è il numero dei prodotti e servizi inclusi nel rimborso, tanto maggiore è il livello del rischio economico che il fornitore del servizio deve assumersi e tanto più vicino al *Disease State Management* è l'approccio che quest'ultimo deve

**Figura 4**  
Componenti di prodotto/  
servizio generalmente  
inclusi o esclusi  
dai rimborsi in Europa

|  | GB | CZ | D | F | I | P | SK | H | E | TR | SLO | RO | PL |
|--|----|----|---|---|---|---|----|---|---|----|-----|----|----|
| <i>Disposable/macchine</i>                 | X  | X  | X | X | X | X | X  | X | X | X  | X   | X  | X  |
| Eparina                                    |    |    | X | X | X | X | X  | X | X | X  | X   | X  | X  |
| Chelanti fosforo                           |    |    |   |   |   |   |    |   |   |    |     | X  | X  |
| Catering                                   | X  | X  | X | X | X | X | X  | X | X | X  | X   | X  | X  |
| Trasporto                                  |    |    |   |   |   |   |    |   |   | X  |     |    |    |
| Infrastruttura/prestazione infermieristica | X  | X  | X | X | X | X | X  | X | X | X  | X   | X  | X  |
| EPO  |    |    |   |   |   |   |    |   |   |    | X   | X  | X  |
| Vit. D                                     |    |    |   |   |   |   |    |   |   |    |     | X  | X  |
| Laboratorio                                |    |    |   |   | X |   |    |   | X | X  | X   | X  | X  |
| Accesso vascolare                          |    |    |   |   |   |   |    |   |   |    |     |    | X  |
| Compenso medico                            | X  | X  |   |   | X | X | X  | X | X | X  | X   | X  | X  |
| Ferro                                      |    |    |   | X |   |   |    |   |   |    |     | X  | X  |
| Altri farmaci                              |    |    |   |   |   | X | X  | X |   | X  | X   | X  | X  |
| Diagnostica                                |    |    |   |   |   |   |    |   |   | X  | X   | X  | X  |
| Monitoraggio accesso vascolare             |    |    |   |   |   |   |    |   | X |    |     |    | X  |
| Rimborsi secondo specifiche normative      |    |    | X |   |   |   |    |   |   |    |     |    |    |

**Figura 5**  
Rimborso per trattamento  
e voci di costo incluse  
nel rimborso per fornitore  
privato

utilizzare nella gestione dei pazienti (figura 6). Partendo quindi dal rischio tipico di un produttore di *medical devices*, cioè l'assicurare un certo livello di qualità del prodotto, si passa ai rischi legati all'esecuzione di procedure terapeutiche, alla gestione del personale specialistico che sovrintende i trattamenti, alla gestione del malato e di tutte le sue esigenze correlate alla terapia. L'integrazione successiva prevede poi l'assunzione dei rischi legati alla somministrazione delle terapie farmacologiche, all'esecuzione degli esami strumentali e dei controlli periodici nonché degli interventi di ospedalizzazione necessari cioè in altri termini il rischio di gestione globale della patologia.

Il trend verso queste forme di *Renal Patient Care* invece di *Dialysis Care*, mutate spesso dai modelli assicurativi americani e finalizzate alla gestione globale della patologia renale e non solamente all'aspetto terapeutico dialitico, comincia a farsi strada anche nella realtà europea per una serie di vantaggi che il sistema sanitario può derivarne; primo fra tutti lo spostamento di crescenti livelli di rischio su soggetti privati in grado di assumersi la responsabilità operativa di gestione.

### 3. Le linee-guida e il modello della *Clinical Governance*

Nonostante la varietà dei sistemi e dei livelli di rimborso per trattamento, delle norme locali e di organizzazione del servizio nei differenti Paesi, esistono linee-guida europee per l'erogazione della terapia che impongono un livello uniforme di qualità assistenzia-

le sulla base delle evidenze cliniche disponibili. Gli obiettivi di ogni fornitore di servizi di dialisi che operi in Europa sono quindi quelli di rispettare tali linee-guida internazionali relative agli *outcome*, di attuare uno stretto monitoraggio delle attività e fornire trattamenti quanto più comparabili possibili per tutti i pazienti.

Da questo punto di vista la dialisi è, probabilmente, una delle aree della medicina in cui esiste il maggior numero di linee-guida. La prima linea-guida nell'ambito della pratica della dialisi fu emessa dalla *US Renal Physicians Association* nel 1996 (*Clinical Practice Guideline*, 1993), seguita dalle «Dialysis Outcome Quality Initiative Guidelines» della *National Kidney Foundation* nel 1998 (DOQI) (*National Kidney Foundation*, 1997-2000). In seguito, diverse società scientifiche europee, come l'EDTA (Berthoux, 1999), la *British Renal Association* (The Renal Association, 1997), la Società Italiana di Nefrologia (Gruppi di lavoro delle Linee Guida, 2007) hanno predisposto le proprie linee-guida seguendo l'esempio americano, ma adattandole al contesto europeo o locale. Tali linee-guida affrontano aspetti importanti, come la dose di dialisi (Kt/V equilibrato) e la definizione dei valori minimi da raggiungere, ma spesso non indicano le percentuali minime di pazienti che devono raggiungere tali standard per certificare un determinato livello di qualità della prestazione erogata (per esempio, x % dei pazienti con una dose di dialisi in un certo intervallo).

La *compliance* rispetto a quanto definito dalle migliori pratiche cliniche in un contesto multinazionale ad elevata variabilità e con strutture di rimborsi della prestazione dialitica ampiamente differenziate rappresenta una sfida per ogni organizzazione che voglia, da una parte, mantenere una responsabilizzazione economica e gestionale a livello locale e, dall'altra, garantire una omogeneità di approccio clinico e il rispetto di standard qualitativi predefiniti.

Fresenius Medical Care è un'impresa multinazionale (si veda box 1) che si è confrontata con tale sfida, a partire dalla convizione che solo in una logica di *Clinical Governance* (CG) fosse possibile far coesistere i differenti obiettivi. L'effettiva costruzione dell'impianto di CG è stato un processo complesso articolato in diverse fasi.

**Figura 6**  
Rischi legati all'attività dei fornitori di dialisi

|                       |                            |                             |                    |         |                      |          |                  |                   |           |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------|---------|----------------------|----------|------------------|-------------------|-----------|
|                       | Qualità prodotto           | Prestazione infermieristica | Prestazione medica | Farmaci | Esami di laboratorio | Catering | Ospedalizzazione | Accesso vascolare | Trasporto |
| Tipologie di rischio  | <i>Provider</i> di dialisi |                             |                    |         |                      |          |                  |                   |           |
| Modalità di pagamento | Rimborso per trattamento   |                             |                    |         |                      |          |                  |                   |           |

**Box 1**  
Nephrocare

**NephroCare: il network europeo di Fresenius Medical Care**

Fresenius Medical Care ha iniziato la propria attività come fornitore di servizi di dialisi alla fine del 1996, a seguito della fusione tra Fresenius AG, produttore di *medical devices* per la dialisi e *National Medical Care* (NMC), ai tempi maggior fornitore di servizi dialitici negli Stati Uniti.

In Europa Fresenius Medical Care (FME) ha pertanto iniziato la propria attività in Portogallo e Spagna con un gruppo di circa 50 cliniche ex NMC.

A dieci anni di distanza e dopo molteplici acquisizioni FME a giugno 2007, cura nelle proprie strutture circa 167.000 pazienti in più di 2200 centri dialisi.

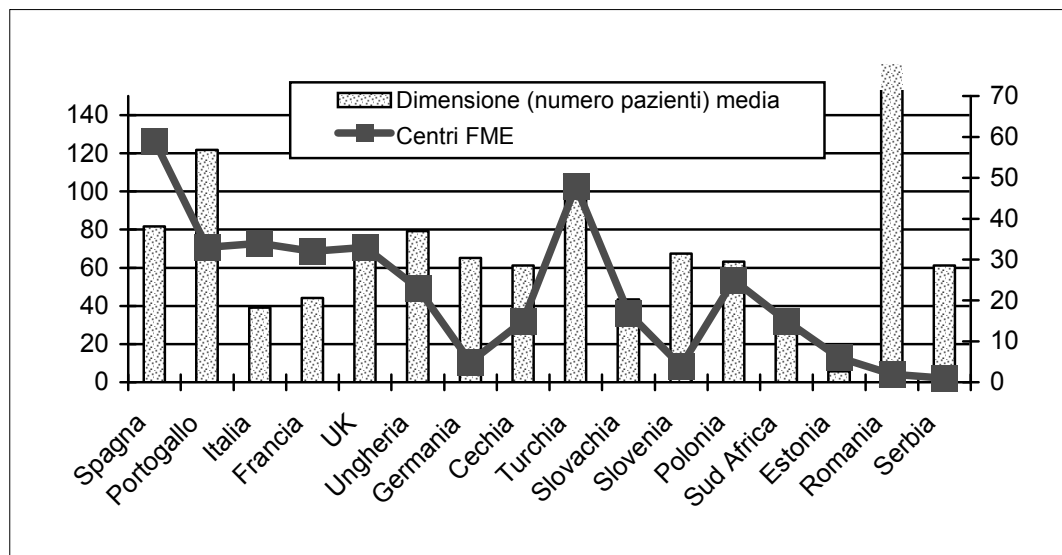
La maggior parte dei pazienti viene trattata nelle cliniche in Nord America, circa 13.000 in Sud America e circa 15.000 in Asia.

Nella regione EMEA (Europe Middle-East, Africa), attraverso acquisizioni strategiche, costruzione di cliniche ex novo, privatizzazioni e partecipazione in contratti di Partnership Pubblico-Privato (PPP), FME è stata in grado di costruire un network che attualmente conta circa 350 cliniche in 17 paesi con oltre 25.000 pazienti, pari al 9-10% del totale dei pazienti in emodialisi di tali Paesi (**figura 7**) ovvero a più della metà di tutti quelli italiani.

La prima fase è consistita nella definizione e condivisione a livello meta-nazionale degli aspetti *core* della *Clinical Governance* quali: la *mission* aziendale, la terapia e la tecnologia per somministrarla (dialisi ad alta efficienza). Il consenso su tali elementi essenziali è stato il risultato di un lungo processo che ha coinvolto tutta l'impresa che, da produttore di presidi medici per dialisi, ha dovuto strutturare la gestione del servizio di dialisi dopo la sua fusione nel 1996 con *National Medical Care* che operava in USA con circa un mi-

gliaio di centri dialisi. In Europa, dove non è stato acquisito nessun *network* preesistente, le funzioni centrali (in particolare il *Quality, Regulatory and Environmental* e il *Clinical Management EMEA*) hanno cominciato a rimodellare le conoscenze dei singoli centri di dialisi, nei diversi Paesi, a mano a mano che essi si univano all'organizzazione.

In questa fase sono stati attivati fin da subito una serie di progetti per lo sviluppo di un sistema di gestione integrato – che non riguardasse quindi solo gli aspetti clinici – co-



**Figura 7**  
Distribuzione dei centri FME in Europa

mune su base transnazionale. Il vero punto di forza che ha consentito la creazione dei vari elementi del sistema e il loro inserimento in un disegno unitario è stata una strategia di Fresenius Medical Care coerentemente perseguita di condivisione delle conoscenze e di cooperazione tra tutti gli attori coinvolti. Lo sviluppo di quello che oggi viene chiamato elemento *core*, il nocciolo, della piattaforma integrata di cura, ha richiesto, infatti, una raccolta di conoscenze e *best practices* a livello pan-europeo, una forte dose di impegno a tutti i livelli ed un forte supporto del management, sia a livello centrale sia a livello locale. Pertanto, è stata la stessa rete di centri di dialisi che ha creato, attraverso l'interazione con le funzioni centrali, e rielaborato i valori essenziali e gli strumenti che rappresentano il *core* condiviso. Nella successiva fase di implementazione tali strumenti sono stati – come era logico attendersi – quasi automaticamente accettati, implementati e nuovamente migliorati a livello locale.

La seconda fase è consistita nella creazione di un'organizzazione capace di trasmettere in modo organico i messaggi e le strategie ai livelli periferici. Nella pratica la trasparenza del sistema permette alle informazioni di poter arrivare da canali diversi, a rete. Se una linea aziendale non trasmette, verticalmente, le strategie e gli obiettivi, questi arrivano da un altro «canale», ovvero orizzontalmente tramite i dipartimenti funzionali. L'adozione di un simile modello e dei relativi strumenti operativi ha portato ad una forma di governo clinico che consente spazi di imprenditorialità manageriale. È stata creata una cornice comune e un ambito operativo omogeneo: questa standardizzazione di linguaggi e di conoscenze ha reso molto più evidente il *focus* sugli obiettivi di *outcome* dei pazienti, sia per i manager, sia per gli operatori clinici. Si è trattato in pratica di uno sforzo volto a «mobilizzare le conoscenze disperse» all'interno dell'organizzazione e rendere possibile la creazione di una organizzazione basata sulle conoscenze, sia a livello centrale, sia nell'ambito di tutto il Fresenius Medical Care *network*.

Un chiaro esempio di ciò è il nuovo Eu-CliD (per una descrizione si veda più avanti): sviluppato in Italia, personalizzato e migliorato in Portogallo, importato in Romania

e riadattato per la Francia, la Spagna, l'Inghilterra ed il Sud Africa.

L'ultima fase è consistita nel rendere operativi gli strumenti sviluppati e nel dare avvio agli adattamenti locali (*local adaptations*). Questa fase è stata sostenuta da staff e management locale che se ne assumono la responsabilità e stabiliscono obiettivi specifici e pertinenti al contesto del Paese.

Di solito sono tre le barriere profondamente radicate nel progetto organizzativo, nelle strutture e nelle convinzioni aziendali che rendono difficile liberarsi dai confini geografici; anche quando un'impresa riconosce le minacce insite nella dispersione globale della conoscenza:

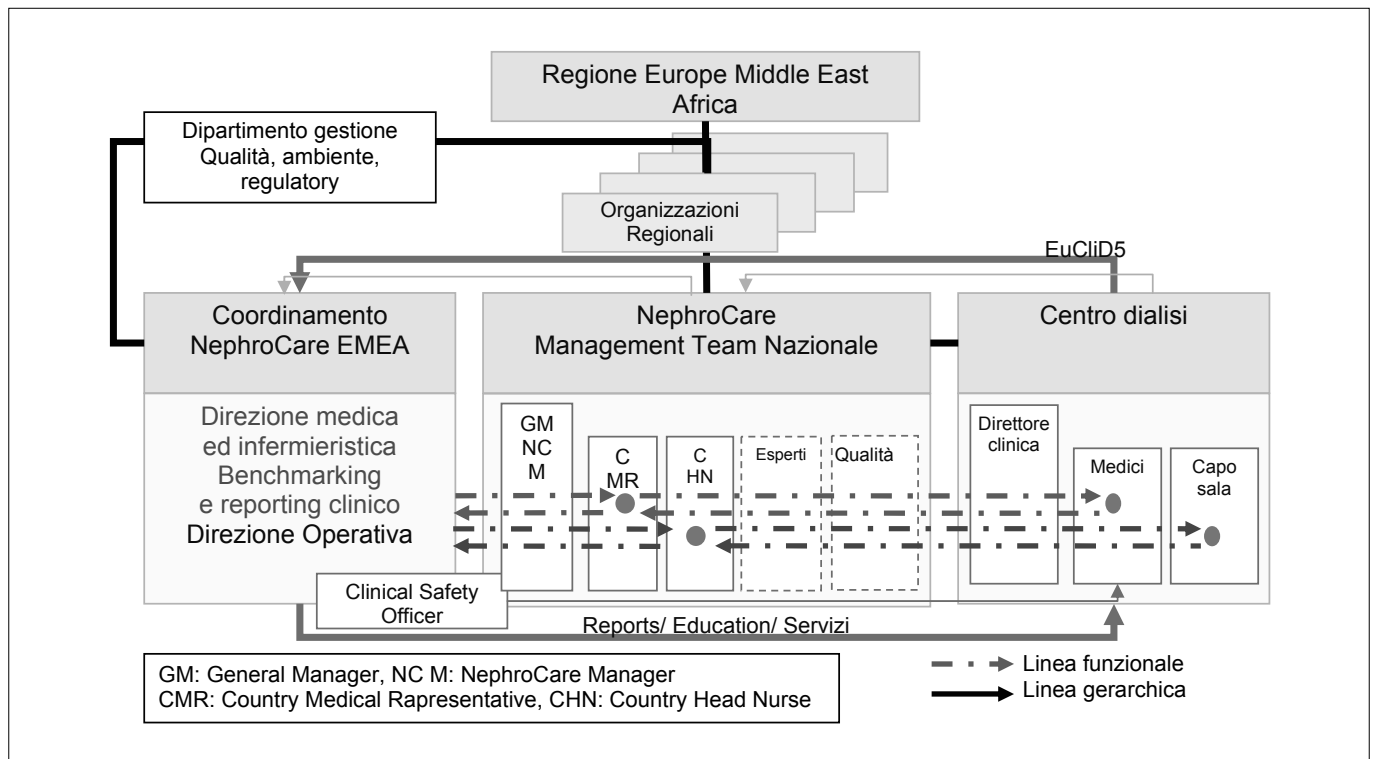
– l'egemonia delle politiche di casa-madre che tendono a imporsi rispetto alle necessità della periferia, mentre le conoscenze diffuse necessitano di «sensori» diffusi;

– l'idea che «più sono grande, più ho voce in capitolo» ovvero che le idee migliori sono quelle delle organizzazioni più forti, mentre è necessario dare la stessa dignità e la stessa attenzione per le idee anche quando provengano da piccole unità; ed infine

– l'assunto che l'adattamento locale sia importante solo nello stesso ambito mentre esso, in realtà, rappresenta un'opportunità di apprendimento per tutto il *network*.

Quando una di queste tre barriere si è palesata nelle varie fasi di sviluppo degli strumenti, si è adottato il metodo già prevalente nella cultura di FME e cioè *sales oriented*: le ragioni espresse dalle necessità locali hanno precedenza rispetto alle aspettative della *Corporate*, perchè legate alla struttura del rimborso e alle necessità dei contesti locali.

Sul piano della struttura la gestione del *network* è realizzata grazie a un'organizzazione bidimensionale (non matriciale pura) (figura 8) dove i responsabili delle singole organizzazioni nazionali possono contare su alcuni dipartimenti funzionali a livello internazionale raggruppati sotto il nome di *NephroCare Coordination*. Questi dipartimenti promuovono e coordinano la *Clinical Governance* a livello centrale, definendo e assicurando un aggiornamento agli elementi *core* della piattaforma integrata del servizio e assicurando che la *local adaptation* sia ef-



ficace. Sono rappresentati a questo livello il coordinamento clinico ed infermieristico, la gestione della qualità, lo sviluppo strategico e di tecnologie legate alla gestione delle infrastrutture. A livello locale la struttura di CG è riprodotta per Paese e per centro dialisi, in modo da poter avere un allineamento della strategia a tutti i livelli.

L'adozione del modello descritto ha comportato *in primis* la diffusione della cultura del miglioramento continuo, del confronto aperto inter ed intra-disciplinare ed ha richiesto un investimento in termini di tempo che è stato inizialmente sottostimato. Dalla tradizionale e naturale «postura organizzativa» che vede i clinici come responsabili solitari degli *outcome* dei singoli pazienti alla completa trasparenza e verifica «pubblica» il passo non è stato immediato e nemmeno automatico. Ecco alcuni passaggi.

La gestione integrata della Qualità, secondo l'ottica del CQI (*Continuous Quality Improvement*), è assicurata attraverso l'IMS (*Integrated Management System*), che appunto integra completamente le linee-guida cliniche Europee (EBPG), la gestione del rischio e di *quality assurance*, in un sistema

unico e condiviso. Questo sistema è soggetto a *audit* secondo gli standard di certificazione ISO 9001 e 14.000 con *auditor* interni ed esterni.

Per la verifica del raggiungimento dei *target* di cui alle linee-guida europee adottate nell'IMS, si utilizzano *report ad hoc*, a diversa periodicità per ogni singolo centro dialisi con un confronto e commento della performance rispetto ai colleghi della stessa regione e Paese ed infine rispetto a tutto il *network*. Tali *report* si sono recentemente estesi anche alle performance operative e gestionali, di solito ad uso esclusivo del management. Questo allargamento di orizzonte, che ha comportato un notevole sforzo culturale da parte di tutti i soggetti coinvolti, è iniziato dalla consapevolezza che per incidere sulle performance gestionali bisognava coinvolgere il personale al *point of care* con un sistema trasparente e condiviso. Ciò anche contro la resistenza di alcuni *line manager*, più inclini a mantenere separati gli aspetti gestionali da quelli clinici.

L'allineamento organizzativo avviene anche attraverso l'aggiornamento del *core*, ad esempio, ogni anno il *Clinical Operation*

**Figura 8**  
Gestione del Network

*Management* per la regione EMEA organizza due *meeting* internazionali raggruppando tutti i rappresentanti clinici di ogni Paese (CMR) per discutere sia dei risultati dell'anno sia delle priorità nel breve e medio lungo termine. Questo è il primo momento di trasmissione delle politiche oggetto della CG.

Anche le agende degli *Annual Medical Meeting* di ogni Paese vengono condivise e una sessione deve essere comune a tutte le agende, richiamando il tema dell'anno scelto insieme nella prima riunione internazionale. Quest'anno il tema comune riguarda l'influenza aviaria. Ai *meeting* nazionali partecipano anche *speaker* esterni e vengono accreditati ai fini ECM, tramite una procedura unica europea (l'Italia è l'unica che svolge una pratica ECM locale). Seguono ancora a livello locale (singolo centro dialisi) delle riunioni cliniche per discutere i risultati ottenuti, con riferimento alle performance dei colleghi della stessa area e di Paesi diversi.

L'esperienza di Fresenius sulla CG in un contesto di grande complessità si è dimostrata ampiamente positiva. Un contributo fondamentale alla sua legittimazione – e, quindi, alla sua efficacia – è venuto dalla trasparenza che ha imposto anche sull'operato e i risultati ottenuti dalle funzioni indirette (management). La costante capacità dell'impresa di raggiungere gli obiettivi che si era prefissata ha rappresentato un ulteriore elemento di rafforzamento del sistema di CG, rafforzando la motivazione di tutti gli attori coinvolti. Il fattore più critico si è dimostrato, tuttavia, quello degli incentivi e dei sistemi premianti in genere. Bisogna, infatti, considerare come lo scenario europeo mostri configurazioni profondamente differenziate sul fronte del personale. Vi sono Paesi come l'Inghilterra dove il medico non è parte dello staff e non è prevista la presenza durante le sedute dialitiche. In Francia il personale clinico è retribuito dall'autorità sanitaria anche se opera nelle strutture del gruppo per le attività dialitiche. In Portogallo lo staff infermieristico è quello dell'ospedale pubblico a cui è permesso di svolgere in libera professione la dialisi presso le strutture private accreditate. Nei Paesi dell'Est invece la prevalenza è di dipendenti ex-pubblici, a seguito dell'intensa privatizzazione del settore. A fronte di tale varietà di situazioni Fresenius è riuscita ad allineare incentivi e sistemi premianti alle fi-

nalità perseguite dai sistemi di CG di governo e orientamento agli *outcome* clinici, non dimenticando al contempo l'esigenza di garantire l'equilibrio economico e non tradire le aspettative degli azionisti.

#### 4. La creazione e diffusione degli strumenti operativi

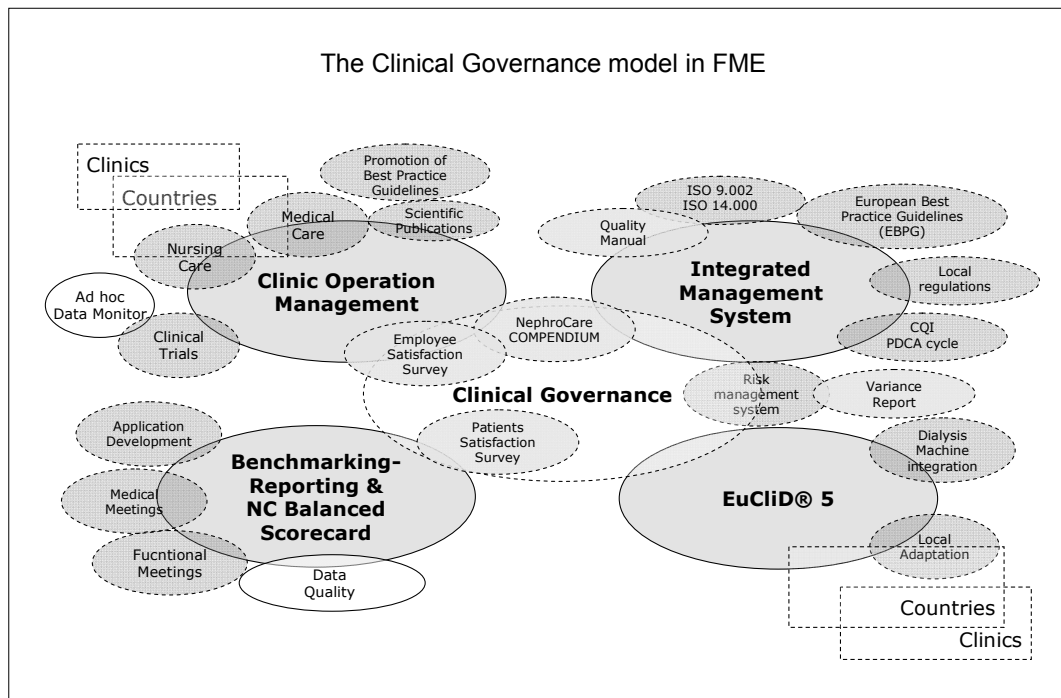
Come è noto, la CG come sistema di orientamento dei comportamenti clinici e assistenziali in contesti di elevata complessità organizzativa si compone di una pluralità di strumenti e meccanismi. Se l'obiettivo di fondo e i contenuti sono unitari, questi vengono poi perseguiti attraverso una pluralità di specifici strumenti che agiscono a livelli e su aspetti differenti dell'organizzazione.

L'esigenza di impiegare in modo coordinato un insieme di strumenti è risultata particolarmente acuta in un contesto di grande complessità come quello rappresentato da Fresenius. La **figura 9** rappresenta il modello complessivo di CG adottato, mentre la **figura 10** schematizza gli elementi definiti core della struttura, così come sono stati realizzati all'interno del *network* rappresentato dai diversi contesti nazionali.

Prima di passare a descrivere brevemente gli elementi segnalati è opportuno sottolineare come essi siano il frutto di un processo di apprendimento che ha prodotto adattamenti e aggiustamenti continui. Lo stesso processo di creazione degli strumenti attraverso un *team* multi-livello e multi-disciplinare è stato parte integrante e fondamentale della riuscita della realizzazione dell'intero modello.

##### 4.1. Il *NephroCare Compendium*

Per diffondere una cultura comune basata sulla condivisione degli obiettivi e dei progetti è stato creato un *Compendium* dove riportare la filosofia di FME nella gestione integrata dei centri dialisi. Si tratta di una sorta di documento *master* rispetto agli specifici manuali clinici e gestionali che descrive in maniera uniforme il modo di operare di FME. Lo scopo principale dello strumento è quello di rendere possibile fra gli operatori dei diversi «comparti» (clinico, infermieristico e manageriale) una maggiore trasparenza dei processi decisionali e una condivisione degli



**Figura 9**  
Il modello complessivo di CG

| Necessità                         | Cultura del miglioramento   | EBM  | Audit clinico  | Risk management   |
|-----------------------------------|---|--|--|---|
| <b>Struttura organizzativa</b>    | QREM<br>(Quality, Regulatory Environmental Mgmt)                    | Clinical and Nursing Management  | Country Medical Repr.<br>Local Quality Resp.<br>Expert Auditors                | Clinical Risk Manager<br>Local Risk Officers  |
| <b>Strumenti</b>                  | Sistema di Gestione Integrato Management clinico-ambientale         | Linee guida internazionali ed interne<br>Formazione continua (con ECM) | Unit specific report<br>Country specific report<br>Altri report clinici ad hoc | Variance report<br>Event report<br>Linee guida interne su:<br>1. qualità dei fluidi<br>2. igiene<br>3. infrastrutture |
| <b>Tecnologie impiegate</b>       | Benchmarking clinico e gestionale<br>Audit interno ed esterno       | Dispositivi medici FMC<br>EuCliD® 5                                    | EuCliD® 5 Balanced Scorecard   | EuCliD® 5<br>E-learning   |
| <b>Strumenti di comunicazione</b> | NephroCare Compendium<br>Intranet<br>Newsletter<br>Training on site | Unit specific report<br>Meeting funzionali                             | Manuale Qualità<br>Compendium<br>Balanced Scorecard                            | Meeting funzionali<br>Training on site  |

**Figura 10**  
Elementi Core della Clinical Governance

obiettivi, senza la schematizzazione propria dei documenti del sistema qualità.

Durante la sua elaborazione iniziale, che ha coinvolto più di 30 persone tra manager, medici e infermieri di 4 Paesi del Sud Europa e dei dipartimenti centrali, ha comportato

la discussione dettagliata degli obiettivi terapeutici, degli strumenti, delle risorse economiche a disposizione e delle priorità; con riferimenti alle procedure definite dall'IMS, alla letteratura scientifica (EBM) e alle *best practices* raccolte nei diversi Paesi.

#### 4.2. *Balance ScoreCard*

Nella BSC di Fresenius Medical Care la *prospettiva del paziente* è la parte più importante della *ScoreCard* e pertanto è quella che ha il maggior peso. I KPI (Indicatori chiave di performance) selezionati mirano ad ottenere i migliori *outcome* clinici nonché la sicurezza e la soddisfazione del paziente; i *target* riferiti agli indicatori vengono basati sulle linee-guida europee (*European Best Practice Guidelines*), nonché sull'accordo della commissione dei *Country Medical Representative*.

Per gli obiettivi della prospettiva riguardante i dipendenti e della prospettiva riguardante gli azionisti ed investitori i KPI selezionati riguardano la gestione del personale, i processi gestionali e alcune grandezze finanziarie.

La prospettiva riguardante la comunità ha come obiettivo la giustificazione delle diverse responsabilità sociali di FME, il rispetto per tutti gli obblighi legali e quelli concernenti gli standard di sicurezza nonché l'impegno di FME alla preservazione dell'ambiente.

L'importanza di questo strumento e della necessità sottostante di una forte e diffusa comunicazione, inedito ai livelli periferici, ha permesso una vera diffusione della strategia dell'azienda obbligando l'organizzazione a conformarsi ed allinearsi.

Un esempio concreto è stato la diffusione della dialisi ad alta efficienza, obiettivo auspicato e chiaro al comparto clinico, ma a volte osteggiato dai *budget* locali, decisi dal management. Con la BSC diviene evidente ad entrambi i comparti quali siano gli obiettivi di medio e lungo periodo e quali le tappe intermedie (annuali) per arrivarci. In questo modo i *budget* economici ed operativi vengono oggi costruiti partendo dalle terapie da erogare per arrivare agli investimenti e non il contrario.

#### 4.3. *Clinical Data Management: EuCliD 5 (European Clinical Database - E5)*

Rispetto ai comuni sistemi di *data collection*, E5 è basato sulla logica del *workflow*, ed integra la gestione di cartella clinica, di gestione operativa del personale e dei sistemi

di supporto (fatturazione e gestione materiali).

L'adattamento alle pratiche locali, integrate dalle necessità *core*, ha portato ad ottenere un sistema costruito per le esigenze locali (ad esempio per la fatturazione o l'inclusione telematica degli esami di laboratorio, o infine al *database* dei farmaci del Paese) ma dove la comparabilità del dato clinico rimane intatta, permettendo confronti delle pratiche cliniche su tutti i trattamenti dialitici. Quando una nuova funzionalità viene aggiunta e richiesta da una implementazione locale e viene valutata di utilità per tutti i centri del *network*, questa viene rilasciata e resa disponibile per tutti, nella propria lingua.

#### 4.4. *Il clinical benchmarking*

La discussione sugli obiettivi clinici è realizzata da uno specifico organismo che comprende i *Country Medical Director*. Questi obiettivi considerano gli aspetti legati alla qualità e alla sicurezza.

La discussione delle performance invece è attuata ai diversi livelli organizzativi. Il disporre di un *benchmark* clinico in Germania è recentemente diventato un requisito per l'accreditamento, mentre in altri Paesi (Portogallo e Bosnia) un elemento necessario per raggiungere gli *outcome*, che determinano il pagamento della prestazione.

I *report* periodici di ogni centro dialisi (*Unit specific report*, con cadenza mensile e trimestrale) e di ogni Paese sono integrati con la BSC.

#### 4.5. *Risk management*

Nel 2005, anche su iniziativa delle richieste delle nuove norme ISO 9001: 2000 e di alcune normative nazionali, si è avviato il progetto «Patient Safety Initiative» che ha portato la creazione di un *Safety Officer* in ogni Paese e di sistemi di reportistica degli avventi avversi («Near incident report», «variance report» per gli eventi post dialisi).

Il *Variance Report* è stato integrato nell'EuCliD 5 rendendo lo strumento letteralmente a portata di mano, infatti, gli infermieri ed il personale lo possono compilare tramite il *Pocket PC* con il quale gestiscono già l'intero trattamento dialitico.



## 5. Conclusioni

Molto spesso le imprese difficili come quella di garantire standard omogenei di processo e di risultato in un contesto di elevata variabilità e autonomia locale richiedono soluzioni semplici da individuare. È, infatti, relativamente semplice definire la base comune per l'azione in un settore come quello della dialisi: il paziente ha diritto al miglior trattamento dialitico possibile per ottimizzare l'esito clinico e la propria qualità di vita, rispetto alle risorse a disposizione. Per essere realmente una base comune tale obiettivo deve essere fatto proprio da tutti i collaboratori, a prescindere dall'inquadramento lavorativo o dal grado gerarchico nella struttura. Una volta assicurata una visione condivisa è possibile, da una parte, assicurare ai diversi livelli l'autonomia necessaria per fronteggiare efficacemente le specificità contesti locali senza «disperdere l'impresa» e, dall'altra, utilizzare gli strumenti di governo gestionale senza il pericolo di distorcere i comportamenti.

Ciò che è meno facile nella pratica è la costruzione e l'adattamento dinamico di tale visione condivisa. Da questo punto di vista, l'esperienza di FME che è stata qui brevemente tratteggiata, può offrire alcuni spunti di qualche interesse per tutte le organizzazioni che si trovano a fronteggiare problemi analoghi.

Una prima riflessione riguarda la CG, i suoi presupposti e i suoi strumenti. La CG necessita e, a sua volta, genera, una visione condivisa delle finalità e dei modi più adatti per conseguirle. Nell'esperienza di Fresenius l'interazione tra un'idea di fondo nettamente definita – l'orientamento alla qualità del servizio, orientamento che probabilmente veniva dalla sua matrice tecnologica – e i concreti strumenti che ne dovevano assicurare la traduzione operativa è stata attentamente gestita, non solo sul versante della

«traduzione in pratica dell'idea», ma soprattutto rispetto al contributo che dalla «concreta applicazione» poteva venire alla ridefinizione e specificazione dell'idea di fondo. Tutto ciò ha implicato una costante attenzione all'allineamento delle «premesse decisionali» perseguito attraverso un dialogo aperto e costante tra tutti i soggetti e le diverse articolazioni aziendali. Se poi si guarda agli strumenti, diventa quasi inevitabile in questo quadro di riferimento, optare per una pluralità di strumenti. Diventa, infatti, difficile descrivere e governare una realtà complessa attraverso una singola dimensione. Quindi, l'insieme degli strumenti adottati, legati da una visione comune, da una parte costituisce una rappresentazione sufficientemente adeguata della realtà per essere la base del dialogo e, dall'altra, consente il governo e la gestione delle variabili critiche per il funzionamento dell'impresa.

Una seconda riflessione concerne il ruolo che il trasferimento delle conoscenze ha giocato sul funzionamento complessivo del *network* Fresenius. Operare in Paesi diversi in un settore come quello dei servizi sanitari, spesso fortemente condizionato dalle specificità locali – anche sul terreno meramente culturale –, è una condizione che produce rischi elevati di frammentazione e dispersione, ma genera, al tempo stesso, grandi opportunità di apprendimento. L'investimento operato sulla «apertura dei canali di comunicazione» in termini di CG ha consentito non solo di «tenere insieme» il *network*, ma anche il rapido trasferimento delle esperienze migliori e delle innovazioni su tutta la rete. Soluzioni che si dimostravano vincenti in un Paese hanno potuto così essere trasferite e adattate ad altri contesti. La dimensione della varietà e della eterogeneità si è trasformata in un vantaggio competitivo attraverso una «specializzazione» sui processi di apprendimento.

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

- BERTHOUX F. (a cura di) (1999), «European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure», *Nephrol Dial Transplant*, 14 (9) suppl., pp. 1-50.
- CLINICAL PRACTICE GUIDELINE (1993), «Renal Physician association Working Committee on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines on Adequacy of Hemodialysis», *Clinical Practice Guideline*, Number 1, December, Washington, DC.
- GIORDANA G., CIVARDI S., STOPPER A., GATTI E. (2004), «L'offerta dei servizi dialitici», *Mecosan*, 49, pp. 109-119.
- GRASSMANN A., GIOBERGE S., MOELLER S., BRAUN G. (2005), «ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends», *Nephrol Dial Transplant*, 20, pp. 2587-2593.
- GRUPPI DI LAVORO DELLE LINEE GUIDA (2007), «Linee Guida della Società Italiana di Nefrologia SIN», *Giornale Italiano di Nefrologia*, anno 24, p. 37, [http://www.sin-italy.org/pdf/linee\\_guida/2007/linee\\_guida\\_2007.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/linee_guida/2007/linee_guida_2007.pdf)
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION NKF-DOQI (1997-2000), *Clinical Practice Guidelines for haemodialysis adequacy*, New York.
- THE RENAL ASSOCIATION (1997), *Treatment of adult patients with renal failure: recommended standards and audit measures*, 2nd Edition.
- SOCIETÀ FRANCOFONA DI DIALISI: <http://www.sfdial.org/html/accueil.htm>

# Governo clinico e gestione operativa: un sistema integrato per la programmazione e il controllo

ANDREA FRIGNANI, ANTONIO NAVA, GUIDO BROICH

*In the experience of healthcare organizations traditional tools used in the area of control systems seem to reveal a weak influence on actual behaviors. Their prevalent focus on economic dimension makes them more useful as a tool of analysis and comprehension of a given situation than an effective lever for driving the complexity of an organization in healthcare sector. The ASL of Lodi, a medium size city near Milan, tried to face the weakness of traditional planning and control systems refocusing its mechanisms toward the real centre of every healthcare organization: the patient. In order to achieve the desired result they reoriented their managerial systems in two different directions. On the one hand they intervened on the «external side» shaping planning and control tools on the needs of external stakeholder. On the other hand they put a different attention to the internal side focusing on the management of operations and the development of competencies. The article describe the experience and discuss implications.*

## Note sugli autori

Andrea Frignani e Antonio Nava – Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo della Provincia di Lodi  
Guido Broich è il Direttore Generale dell'Asl della Provincia di Lodi

## 1. Introduzione

La finalità della presente trattazione è quella di documentare l'esperienza maturata presso l'Asl della Provincia di Lodi relativamente allo sviluppo di un sistema integrato di strumenti per la programmazione e il controllo relativi al livello di governo clinico dell'ambito territoriale, con l'obiettivo di illustrare il percorso organizzativo messo in atto e le condizioni che ne hanno favorito il risultato, dedicando alcune considerazioni sulla necessità di accompagnare l'azione di programmazione e controllo con lo sviluppo di strumenti di gestione operativa per le strutture d'erogazione pubbliche.

La gestione dei processi sanitari necessita di un sistema integrato di strumenti di programmazione e controllo strutturato almeno su due livelli (**figura 1**):

– il livello di governo clinico dell'ambito territoriale, con un *focus* sulle scelte di programmazione sanitaria territoriale, sui livelli d'assistenza e sui percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito sul territorio;

– il livello della gestione operativa della singola struttura d'erogazione, con un *focus* sulle scelte riguardanti i processi d'erogazione delle prestazioni, sull'assetto logistico, sulla gestione delle risorse e sui percorsi del paziente all'interno della singola struttura d'erogazione.

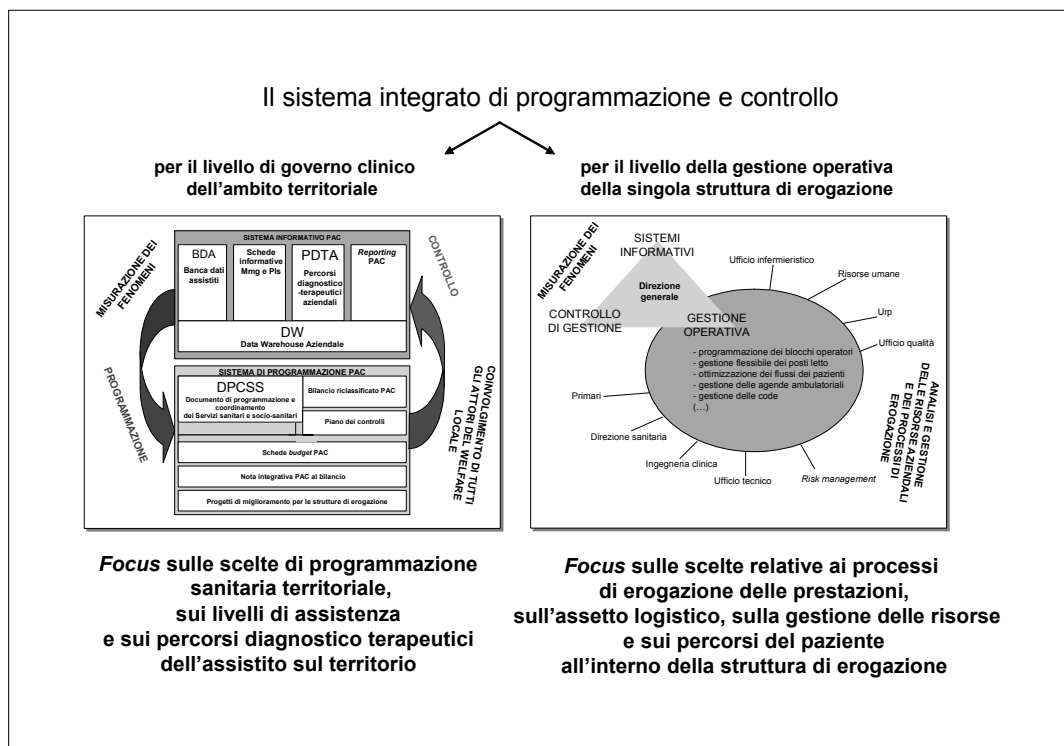
Negli ultimi anni le Asl lombarde, su indicazione regionale, hanno sviluppato strumenti di programmazione e controllo evoluti relativi al livello di governo clinico dell'ambito territoriale.

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il sistema di *welfare* lombardo
3. L'originalità del modello sviluppato presso l'Asl della Provincia di Lodi
4. La progettazione organizzativa del Dipartimento PAC e i meccanismi operativi di Programmazione acquisto e controllo
5. Il sistema integrato di strumenti per la programmazione e il controllo relativi al livello di governo clinico dell'ambito territoriale
6. Considerazioni sulla necessità dello sviluppo di strumenti di gestione operativa per le strutture di erogazione pubbliche
7. Riflessioni conclusive

**Figura 1**

Il sistema integrato di programmazione e controllo (vedi figure 3 e 8 per i dettagli)



Le strutture d'erogazione pubbliche si sono concentrate su strumenti di programmazione e controllo a valenza prevalentemente economica e su strumenti di controllo della qualità e di *risk management*, investendo ancora poco nello sviluppo di strumenti di gestione operativa.

## 2. Il sistema di *welfare* lombardo

Una breve panoramica delle peculiarità del modello di *welfare* della Regione Lombardia è necessaria, a parere di chi scrive, per contestualizzare le motivazioni che hanno portato le Asl lombarde a concentrarsi sullo sviluppo di strumenti di programmazione e controllo riguardante il livello di governo clinico dell'ambito territoriale.

Questo non toglie certamente il fatto che strumenti con un *focus* sulle scelte di programmazione sanitaria territoriale, sui livelli d'assistenza e sui percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito sul territorio siano altrettanto importanti anche in Regioni con un modello di sistema sanitario diverso da quello lombardo, nel quale, per effetto della separazione tra funzioni d'acquisto delle

prestazioni, in capo alle Asl, e d'erogazione delle prestazioni, in capo alle Aziende ospedaliere, si rendono necessari strumenti aggiuntivi per la negoziazione con le strutture d'erogazione che sono soggetti esterni alle Asl.

Il sistema socio-sanitario lombardo, delineato dalla L. reg. 31/1997 e dal Pssr 2002-2004 e confermato nel suo impianto complessivo anche dal Pssr 2007-2009 (Regione Lombardia, 2006), è basato su aziende ospedaliere, che raccolgono l'intero settore che è stato totalmente scorporato dalle aziende territoriali.

Le Asl del sistema lombardo hanno pertanto una missione differente da quella degli altri sistemi regionali. Esse, infatti, sono state da un lato spogliate organicamente della componente di produzione ospedaliera, delle prestazioni specialistiche esterne, psichiatrica e materno-infantile collocate nelle aziende ospedaliere. Dall'altro lato, le Asl sono invitate ad agire come committenti interistituzionali del sistema, chiamate a sottoscrivere contratti d'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per i propri residenti, con le aziende ospedaliere e con i soggetti

privati accreditati cui storicamente si rivolgono i propri residenti, cercando di attivare meccanismi d'incentivazione di profili di produzione e di consumo sanitari appropriati ed efficienti. Obiettivo del Piano 2007-2009 è quello di trasformare ulteriormente le Asl, fino a renderle delle aziende di programmazione, acquisto e controllo (PAC) delle prestazioni.

Si è, infatti, introdotto un nuovo modello di governo delle reti del *welfare* sanitario, socio sanitario e sociale, centrato sulle funzioni di regolazione, programmazione, coordinamento e indirizzo, con la verifica di tali funzioni sul territorio e nel quale il cittadino è visto come punto di riferimento dell'organizzazione di tutti i servizi.

In tale sistema che vede, da una parte, l'accento sulla pluralità d'offerta in risposta ai bisogni, dall'altra, il principio della libera scelta del cittadino nell'accesso ai servizi, l'Asl è chiamata ad assumere sempre più un ruolo di «regia» nel governo del sistema dei servizi e della programmazione locale.

La soluzione organizzativa adottata dalla maggior parte delle Asl lombarde per adeguare il proprio assetto organizzativo a tale *mission*, è stata quella di realizzare di un Dipartimento PAC cui è affidato il compito di governare in modo unitario le attività finalizzate alla programmazione, all'acquisto e al controllo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

### 3. L'originalità del modello sviluppato presso l'Asl della Provincia di Lodi

Gli elementi di originalità del modello sviluppato presso l'Asl della Provincia di Lodi si possono individuare sia nel percorso organizzativo svolto per la definizione di un assetto organizzativo coerente alla *mission* aziendale di azienda di Programmazione, acquisto e controllo (si veda § 4), sia nello sviluppo di un sistema di programmazione e controllo per il governo clinico dell'ambito territoriale estremamente integrato e pervasivo a livello aziendale (si vedano la figura 3 e il § 5).

È utile specificare che l'Azienda sanitaria locale della Provincia di Lodi nasce nel febbraio 2002, a seguito dello scorporo dei presi-

di ospedalieri e alla conseguente costituzione dell'Azienda ospedaliera della Provincia di Lodi. L'Asl, le cui finalità istituzionali, previste dal modello socio-sanitario lombardo, sono la programmazione e il governo della domanda socio-sanitaria a livello territoriale. Di fronte alla nuova *mission*, la neocostituita azienda ha avviato una profonda revisione della struttura organizzativa e della propria cultura aziendale, che sino ad allora era stata prevalentemente orientata verso l'attività di produzione dei presidi ospedalieri, mentre era rimasta marginale l'azione di conoscenza e governo delle dinamiche della domanda sanitaria territoriale.

Il primo elemento di originalità, dunque, consiste in un processo di riprogettazione organizzativa che ha visto la definizione di un nuovo assetto organizzativo partendo dalla realizzazione di meccanismi operativi aziendali e di progetti in gruppi di lavoro trasversali, per arrivare alla costruzione di ruoli basati su competenze, *know how*, relazioni organizzative, obiettivi e strumenti e alla costituzione del dipartimento PAC, quale punto di riferimento interno per l'azienda e anche nei confronti dell'esterno e collettore di tutte le spinte organizzative presenti in azienda (dipartimentali/distrettuali, tecniche e gestionali, ecc.).

Il secondo elemento di originalità risiede in un sistema integrato di programmazione e controllo per il governo clinico dell'ambito territoriale che parte e si chiude con la misurazione dei fenomeni sanitari e socio-sanitari attraverso un sistema informativo fortemente sviluppato e che fa della programmazione partecipata con tutti gli attori del *welfare* locale, un suo punto di forza per programmare e controllare i processi sanitari nell'ambito territoriale.

### 4. La progettazione organizzativa del Dipartimento PAC e i meccanismi operativi di Programmazione acquisto e controllo

Nell'esperienza dell'Asl di Lodi, la progettazione organizzativa del Dipartimento PAC è stata realizzata parallelamente allo sviluppo, da parte dell'Usc Programmazione e controllo di gestione e Sistemi informativi direzionali, di meccanismi operativi e modalità di coordinamento che hanno polarizzato

le energie che pervadono l'azienda costituendo progressivamente il *core* del nuovo assetto organizzativo aziendale.

Il controllo di gestione, nel generale processo di riorganizzazione aziendale tracciato dalla Direzione strategica, ha assunto una funzione determinante in quanto ha saputo sviluppare una serie di progetti strategici esercitando il ruolo di *project leader*, responsabilità che gli ha consentito di consolidare il proprio ruolo nel percorso di riorganizzazione. In particolare il Controllo di gestione ha svolto un ruolo di direzione nella realizzazione di progetti trasversali strategici per l'azienda, quali:

- il progetto per la realizzazione del *data-warehouse* Aziendale (*DW*), della Banca dati assistiti (*BDA*) e del Sistema informativo direzionale (Frignani, Imbalzano, Nava, 2005);
- il progetto per lo sviluppo di strumenti manageriali per il governo clinico della domanda sanitaria (Aa.Vv., 2005; Aa.Vv., 2006);
- il progetto d'integrazione del sistema informativo aziendale alla Carta regionale dei servizi - Sistema informativo socio sanitario della Regione Lombardia (Crs-Siss);
- i progetti di certificazione ISO 9000 e *Joint Commission International*;
- la redazione del Piano di programmazione e Coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari 2006 e 2007;
- la contrattazione con le strutture del territorio e il monitoraggio dei contratti;
- il progetto di realizzazione di un sistema di *reporting* direzionale per il Dipartimento delle dipendenze (Aa.Vv., 2006);
- il progetto di creazione di un sistema di *budget* e *reporting* di distretto ispirato alla metodologia della *balanced scorecard*.

Tutte queste attività, alcune delle quali ancora in corso, hanno consentito all'Azienda di sviluppare un patrimonio di conoscenze, competenze e strumenti e un'abitudine al lavoro trasversale per processi che la Direzione strategica ha ritenuto opportuno capitalizzare dandole anche una forma organizzativa nella creazione del Dipartimento PAC, un dipartimento non creato per condividere risorse umane e tecnologiche, ottimizzare un

processo produttivo o razionalizzarne i costi, ma per condividere informazioni, *know how* e meccanismi operativi.

La redazione del Regolamento del Dipartimento PAC ha rappresentato un momento importante di sistematizzazione del bagaglio di esperienze e di formalizzazione di un *modus operandi*.

Prova ne sia che il cuore di tale documento si trova nell'individuazione delle aree d'integrazione e delle modalità di coordinamento, ma soprattutto nella definizione dei meccanismi operativi e dell'apporto di ciascuna articolazione organizzativa aziendale alla realizzazione degli stessi.

La struttura del Regolamento del Dipartimento PAC dell'Asl di Lodi riflette il percorso di progettazione organizzativa svolto partendo dall'individuazione dei fabbisogni organizzativi, dalla definizione della *mission* e del ruolo organizzativo del Dipartimento, e proseguito delineandone la struttura organizzativa, le aree d'integrazione e le modalità di coordinamento infra-aziendali ed extra-aziendali, per concludersi con la definizione dei sistemi informativi e degli strumenti operativi di programmazione, negoziazione, acquisto e controllo.

Per il ruolo strategico e trasversale che lo connota, il Dipartimento PAC è collocato in staff alla Direzione generale, è un dipartimento funzionale e presuppone la compresenza di figure appartenenti a diversi ruoli e professionalità, nonché uno stretto raccordo con i Dipartimenti di Cure primarie e Continuità assistenziale, di Prevenzione medica, d'Assistenza socio-sanitaria integrata (Assi) e con le strutture in staff alla Direzione sanitaria.

La progettazione dei meccanismi operativi che ha accompagnato la nascita del Dipartimento PAC ha seguito una logica di definizione di ogni strumento in coerenza ai fabbisogni organizzativi aziendali e dell'obiettivo perseguito e di individuazione a livello di articolazione organizzativa aziendale della responsabilità principale della sua attuazione.

Il risultato di tale attività di progettazione è costituito dall'individuazione dei meccanismi operativi rappresentata nella matrice meccanismi/responsabilità riportata nella **figura 2**.

| Meccanismi  |  | Responsabilità |     |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|---|--|----------------|-----|-----|----------|--------------------------|------------|---------------|----------|----------------|---|-----|
|   |  | DIP PAC        | URP | CDG | OSS EPID | ORG COORD SALUTE MENTALE | DIP DIPEND | DIP CURE PRIM | QUALITA' | MED LEG ACCRED | ACCRED QUALITA' CONTR ATTIV SOCIO SANIT | UPT |
| Comunicazione   | Carta dei Servizi  |                | ✓   |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Piano di comunicazione aziendale   |                | ✓   |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Sto WEB Aziendale  |                | ✓   |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
| D<br>e<br>c<br>i<br>s<br>i<br>o<br>n<br>e<br><br>P<br>r<br>o<br>g<br>r<br>a<br>m<br>m<br>a<br>z<br>i<br>o<br>n<br>e | BDA e Osservatorio Epidemiologico  |                |     | ✓   | ✓        |                          | ✓          | ✓             |          |                |   |     |
|   | Piano annuale di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari  | ✓              |     |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Patto territoriale per la salute mentale   |                |     |     |          | ✓                        |            | ✓             |          |                |   |     |
|   | Piano di Programmazione del Dipartimento Funzionale delle Dipendenze   |                |     |     |          |                          | ✓          |               |          |                |   |     |
|   | Scheda informativa per i MMG e i PLS   |                |     | ✓   |          |                          |            | ✓             |          |                |   |     |
|   | Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)  |                |     |     |          |                          |            | ✓             |          |                |   |     |
|   | Certificazione ISO 9001:2000   |                |     |     |          |                          |            |               | ✓        |                |   |     |
|   | Joint Commission International   |                |     |     |          |                          |            |               | ✓        |                |   |     |
|   | Risk Management  |                |     |     |          |                          |            |               |          | ✓              |   |     |
| Negoziazione  | Piano per il miglioramento e consolidamento quali/quantitativo dell'offerta di prestazioni   | ✓              |     |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Contratti con le strutture accreditate sanitarie del territorio  | ✓              |     |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
| Acquisto  | Attività istruttoria finalizzata all'auto autorizzazione, all'esercizio e/o accreditamento; Vigilanza mantenimento requisiti autorizzativi e/o di accreditamento |                |     |     |          |                          |            |               | ✓        | ✓              |   |     |
| Controllo   | Piano dei controlli Aziendale e attività NOC   | ✓              |     |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Rilevazione e analisi customer satisfaction  |                | ✓   |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Rilevazione e gestione dei reclami   |                | ✓   |     |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Ufficio di Pubblica Tutela   |                |     |     |          |                          |            |               |          |                |   | ✓   |
|   | Reporting e attività di monitoraggio delle determinanti di spesa sanitaria e socio sanitaria   |                |     | ✓   |          |                          |            |               |          |                |   |     |
| Sistemi informativi   | Data Warehouse Aziendale   |                |     | ✓   |          |                          |            |               |          |                |   |     |
|   | Sistema Informativo Direzionale  |                |     | ✓   |          |                          |            |               |          |                |   |     |

**Figura 2**  
Matrice meccanismi operativi/responsabilità del Dipartimento PAC

Il Direttore del dipartimento, coadiuvato dal Comitato di dipartimento, monitora costantemente l'evoluzione dei fabbisogni organizzativi e progetta la realizzazione di nuovi meccanismi operativi al fine di mantenere nel tempo la coerenza fra fabbisogni e meccanismi a livello aziendale.

**5. Il sistema integrato di strumenti per la programmazione e il controllo relativi al livello di governo clinico dell'ambito territoriale**

Nell'illustrazione del sistema integrato di strumenti per la programmazione e il controllo

lo relativi al livello di governo clinico dell'ambito territoriale sviluppato presso l'Asl di Lodi, si è ritenuto opportuno iniziare dal sistema informativo, poiché esso rappresenta uno strumento con valenza sia di programmazione sia di controllo (figura 3). Non è possibile, infatti, governare un fenomeno senza conoscerlo e non lo si può conoscere senza poterlo misurare; il sistema informativo PAC rappresenta, in tal senso, il sistema nervoso del sistema integrato di programmazione e controllo.

5.1. Il sistema informativo PAC per l'analisi epidemiologica, il governo clinico, il monitoraggio dei progetti e la valutazione qualitativa di risultato

La lettura dei bisogni, e quindi della domanda di salute della collettività, è essenziale per garantire una corretta allocazione delle risorse disponibili e, dunque, assicurare ai cittadini le prestazioni diagnostico-terapeutiche più appropriate attraverso la rete dei servizi presente nel territorio.

L'analisi dei bisogni utilizza metodi epidemiologici, qualitativi e comparativi, allo

scopo di descrivere lo stato di salute della popolazione e di identificare disomogenei accessi ai servizi al fine di poter determinare le priorità e utilizzare più efficacemente le risorse.

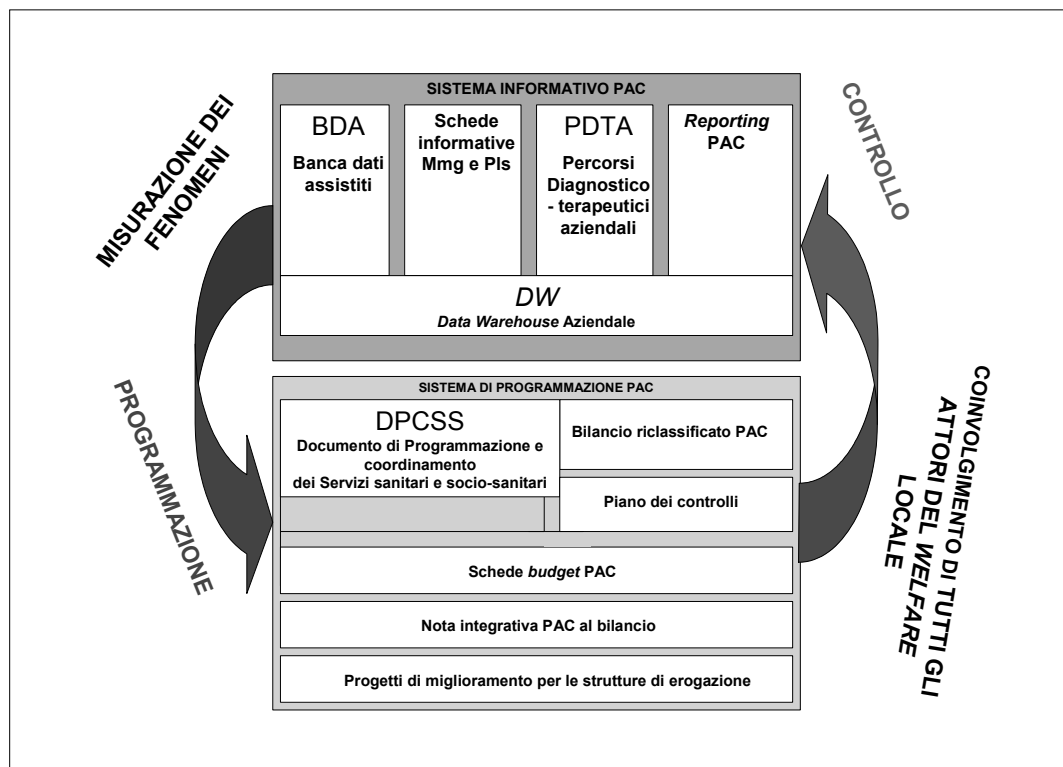
Il sistema informativo PAC sviluppato dall'Asl della Provincia di Lodi, reso possibile anche grazie all'intenso lavoro di standardizzazione dei flussi informativi sanitari realizzato dalla Regione Lombardia, oltre che dagli investimenti della direzione strategica aziendale nello sviluppo del sistema informativo, è finalizzato alla lettura dei bisogni, alla programmazione in funzione delle specificità locali e alla valutazione degli esiti intesi come obiettivi di salute raggiunti (outcome).

Il punto di forza nella progettazione dell'architettura del sistema informativo PAC è stata la scommessa di riuscire ad utilizzare il *data-warehouse* aziendale (DW) come baricentro per lo sviluppo di tutti gli altri strumenti informativi PAC, ovvero:

- la Banca-dati assistiti (BDA);

Figura 3

Il sistema integrato di strumenti per la programmazione e il controllo relativi al livello di governo clinico dell'ambito territoriale





- le schede informative per i Medici di medicina generale (Mmg) e i Pediatri di libera scelta (Pls);

- i percorsi diagnostico-terapeutici aziendali (PDTA);

- il *reporting* PAC.

La copertura informativa da parte del *DW* di tutte le attività svolte dall'Azienda nell'erogazione dei servizi diagnostici, di cura e di ricovero, d'assistenza sul territorio, di prevenzione, di continuità assistenziale, consente la completa tracciabilità (*tracking*) d'ogni percorso clinico degli assistiti del territorio di riferimento.

In questi mesi è in fase di completamento l'integrazione dei sotto-sistemi informativi della prevenzione medica (vaccinazioni, malattie infettive, attività di *screening*, registro della mortalità, infortuni sul lavoro, malattie professionali) e dell'assistenza socio-sanitaria (prestazioni d'assistenza domiciliare integrata, assistenza agli alcool e tossico-dipendenti), mentre è già stata efficacemente testata l'integrazione dei flussi informativi socio sanitari dell'attività consultoriale e dell'assistenza residenziale agli anziani (flusso Rsa con sistema di classificazione SOSIA). Tra le aree d'assistenza principali che rimangono da integrare si segnalano l'assistenza ai disabili in strutture semiresidenziali e residenziali e la riabilitazione extra-ospedaliera, per questi sono in fase di realizzazione specifici flussi informativi standardizzati.

Il *DW*, realizzato con la stessa granularità dei flussi informativi sanitari regionali, consente di effettuare analisi al massimo livello di dettaglio per tutte le aree d'assistenza descritte.

Per la realizzazione della Banca-dati assistito, ovvero di un'architettura informativa basata sulla collazione di tutte le attività sanitarie usufruite da uno specifico, ed identificato individualmente, soggetto, è stato predisposto un determinato *datamart* del *DW*.

La BDA rende possibile classificare i cittadini secondo le principali patologie cronico-degenerative (diabetico, cardiovascolare, oncologico, broncopneumopatico, ecc.) o patologie prevalenti ed assegnare ad ogni singolo evento il livello essenziale di appartenenza (prevenzione, territoriale, ospedaliero).

L'inserimento degli assistiti in categorie suddivise per patologia prevalente rende possibile effettuare una mappatura epidemiologica delle principali malattie, correlandole con la popolazione assistita; ciò consente di valutare la distribuzione della patologia sul territorio e fare confronti spazio-temporali, al fine di evidenziare scostamenti significativi meritevoli di approfondimenti sulle possibili cause e favorire l'introduzione di eventuali correttivi.

Le prospettive di sviluppo della BDA, come strumento evoluto di analisi epidemiologica e di programmazione sanitaria di un territorio, sono, a parere di chi scrive, da ricercarsi da una parte nel suo utilizzo ai fini predittivi dell'evoluzione dei bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento, anche ai fini della pianificazione di adeguati livelli d'offerta e di progetti di riconversione e riqualificazione di strutture di erogazione già esistenti, dall'altra nel suo utilizzo come fonte alimentante per l'identificazione dei *cluster* di assistiti per patologia per progetti interaziendali o regionali di sviluppo di reti assistenziali per patologia.

Il punto di forza dell'architettura logica del *DW* consiste nell'attingere ad un'unica anagrafica degli assistiti e ad un'unica anagrafica dei prescrittori.

Questa sua specificità ha, infatti, consentito di sviluppare agevolmente, a partire dal *DW*, dei moduli verticali dedicati a strumenti quali le schede informative per i Medici di medicina generale (Mmg) e i Pediatri di libera scelta (Pls), i percorsi diagnostico-terapeutici aziendali (PDTA) e il *reporting* PAC, attraverso procedure di estrazione di informazioni sanitarie dal *DW* con il riferimento all'assistito e al prescrittore e la loro messa a disposizione in set informativi interrogabili con strumenti avanzati d'analisi e *reporting* multidimensionale.

Al fine di coinvolgere i medici di famiglia nel governo della domanda sanitaria del territorio, sono state utilizzate le informazioni contenute nella BDA per generare la scheda informativa del Mmg e del Pls.

Questo strumento si pone l'obiettivo di fornire ad ogni medico di famiglia dell'Asl informazioni specifiche rispetto al quadro epidemiologico dei propri assistiti, alle prestazioni sanitarie utilizzate e ai relativi costi: ciò consente di approfondire le caratteristi-

che dei propri assistiti per patologia e per struttura demografica e di apprezzare gli scostamenti rispetto alla media Asl.

La scheda informativa del Mmg è stata progettata e creata da un gruppo di lavoro aziendale attraverso un confronto interno che ha visto l'integrazione e la collaborazione di differenti competenze professionali e che è stato finalizzato a spostare la prospettiva di analisi e valutazione dai costi al percorso di cura, all'appropriatezza e alla modalità d'offerta delle prestazioni sanitarie.

In questo caso l'integrazione fra DW, BDA, scheda medica e PDTA è stata utilizzata da una parte per fornire ad ogni Mmg un quadro sintetico ma esaustivo delle caratteristiche epidemiologiche e demografiche dei suoi assistiti e della loro correlazione con gli eventi sanitari e con le risorse assorbite (figura 4), dall'altra per individuare per ogni Mmg i cluster di assistiti affetti da patologie croniche degenerative ad alto impatto economico rispetto ai quali effettuare un costante e attento monitoraggio dei percorsi clinici.

Il sistema informativo consente di descrivere compiutamente i comportamenti prescrittivi dei medici e di spostare il focus del

confronto tra specialisti dell'Asl e medici di famiglia sulle cause di eventuali fenomeni sia di iper-prescrizione che di, altrettanto pericolosa per la tutela degli assistiti, ipo-prescrizione, onde valutarne motivazioni ed eventuali azioni correttive, anche e soprattutto attraverso processi di peer-review fra clinici e con la collaborazione degli specialisti ospedalieri.

Il risultato di quest'intenso lavoro è stato un reporting focalizzato sulle caratteristiche degli assistiti e sui bisogni di salute espressi, di cui probabilmente uno degli esempi più significativi, che si riporta nella figura 5, è il report del Mmg per il controllo dell'applicazione del PDTA concordato con l'Asl per il diabete di tipo 2 non complicato.

Quello che si ritiene significativo evidenziare è che, con questo tipo di reporting, è possibile far emergere anche una non sufficiente assistenza ai cittadini (accertamenti non effettuati secondo la cadenza del PDTA, quali emoglobina glicata e fundus oculi), la cui correzione può comportare un aumento dei consumi sanitari e quindi dei costi direttamente associati, ma trattandosi di prestazioni che la comunità scientifica ritiene ne-

Figura 4  
Report BDA del Mmg

| REPORT N.1.2   |   | COMPOSIZIONE ASSISTITI-PATOLOGIA E RISORSE |                   |                              |                 |                            |               |                         |               |            |     | SPESA ASSISTITI  |                 |             |                   |                 |           |
|--|---|--|-------------------|------------------------------|-----------------|----------------------------|---------------|-------------------------|---------------|------------|-----|------------------|-----------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|
| Delta Asl = Differenza in % tra il valore calcolato ed il valore relativo a tutta la ASL                     |   |  |                   |                              |                 |                            |               |                         |               |            |     |                  |                 |             |                   |                 |           |
| Delta Distretto = Differenza in % tra il valore calcolato ed il valore relativo al distretto di appartenenza |   |  |                   |                              |                 |                            |               |                         |               |            |     |                  |                 |             |                   |                 |           |
| Data Riferimento Elaborazione: 31-DIC-2006   |   | Tipo Assistenza Id: 1                      |                   | Codice Regionale: [REDACTED] |                 | Cognome Medico: [REDACTED] |               | Nome Medico: [REDACTED] |               |            |     |                  |                 |             |                   |                 |           |
| Pat.   | Patologia Dominante   | Nr. Assistiti                              | Farmacia Convenz. | Filef                        | Totale Ricoveri | ambulatori                 | Psiche        | Consultorio             | Protesica     | A.D.I.     | Rsa | Spesa Totale     | Spesa Assistito | Delta Asl % | Delta Distretto % | % Nr. Assistiti | % Risorse |
| 0100   | Deceduti  | 21   | 10.767            | 296                          | 70.354          | 7.069                      |               |                         | 1.782         | 250        |     | 90.517           | 4.310,32        | -45,06      | -50,10            | 1,42            | 6,86      |
| 0300   | Insufficienze renali cronici (comprensivo di tutti quelli che necessitano di dialisi)   | 7  | 5.924             |                              | 29.174          | 2.212                      |               |                         | 854           |            |     | 38.163           | 5.451,91        | -50,74      | -53,59            | 0,47            | 2,89      |
| 0400   | HIV positivo ed AIDS conclamato   | 3  | 2.163             | 17.962                       | 8.200           | 3.974                      |               |                         |               |            |     | 32.300           | 10.766,63       | 30,45       | 41,88             | 0,20            | 2,45      |
| 0500   | Neoplastici   | 61   | 61.844            | 7.008                        | 171.552         | 43.320                     | 383           |                         | 2.389         |            |     | 286.496          | 4.696,66        | 1,53        | -0,30             | 4,11            | 21,72     |
| 0600   | Diabetici   | 49   | 32.476            |                              | 22.731          | 10.094                     |               |                         | 5.021         |            |     | 70.321           | 1.435,13        | -31,92      | -32,75            | 3,30            | 5,33      |
| 0701   | Cardiovascolopatici : ipertesi  | 185  | 82.142            |                              | 217.378         | 31.573                     | 10.134        | 31                      | 1.600         |            |     | 342.858          | 1.853,29        | 22,28       | 11,84             | 12,47           | 25,99     |
| 0702   | Cardiovascolopatici : cardiopatici  | 127  | 45.659            | 39                           | 82.467          | 19.305                     |               |                         | 1.467         | 464        |     | 149.402          | 1.176,39        | -23,01      | -30,48            | 8,56            | 11,33     |
| 0703   | Cardiovascolopatici : vasculopatici   | 1  | 33                |                              | 248             | 711                        |               |                         |               |            |     | 992              | 991,70          | -74,57      | -75,43            | 0,07            | 0,06      |
| 0800   | Broncopolmonopatici   | 13   | 6.371             |                              | 7.501           | 2.597                      |               |                         |               |            |     | 16.469           | 1.266,83        | -1,99       | -11,92            | 0,88            | 1,25      |
| 0901   | Gastroenteropatici : epatopatici (cirrosi, epatite cronica) ed enteropatici (colite ulcerosa, malattia di Crohn, pancreatici) | 4  | 176               |                              | 0               | 935                        |               |                         |               |            |     | 1.111            | 277,64          | -78,03      | -70,68            | 0,27            | 0,08      |
| 0902   | Gastroenteropatici : ulcerosi   | 4  | 1.744             |                              | 0               | 288                        |               |                         |               |            |     | 2.032            | 507,93          | -60,69      | -62,83            | 0,27            | 0,15      |
| 1001   | Neuropatici : epilessia   | 12   | 7.278             |                              | 3.143           | 3.429                      | 1.116         |                         |               |            |     | 14.966           | 1.247,19        | -32,10      | -20,21            | 0,81            | 1,13      |
| 1002   | Neuropatici : Parkinson   | 1  | 634               |                              | 0               | 247                        |               |                         |               |            |     | 881              | 880,91          | -48,14      | -39,17            | 0,07            | 0,07      |
| 1107   | Malattie Autoimmuni : tiroidite di Hashimoto  | 2  | 24                |                              | 0               | 405                        |               |                         |               |            |     | 429              | 214,54          | -63,38      | -65,62            | 0,13            | 0,03      |
| 1205   | Malattie endocrine e metaboliche : ipotiroidismo congenito ed acquisito   | 11   | 495               |                              | 0               | 2.245                      |               |                         |               |            |     | 2.740            | 249,11          | -61,73      | -58,20            | 0,74            | 0,21      |
| 1207   | Malattie endocrine e metaboliche : morbo di Basedow   | 1  | 32                |                              | 0               | 214                        |               | 31                      |               |            |     | 277              | 277,11          | -59,27      | -43,45            | 0,07            | 0,02      |
| 1209   | Malattie endocrine e metaboliche : ipercolesterolemie familiari e non   | 5  | 2.528             |                              | 0               | 1.360                      |               |                         |               |            |     | 3.889            | 777,73          | -3,44       | -25,17            | 0,34            | 0,29      |
| 1300   | Altro (parto)   | 9  | 104               |                              | 17.547          | 3.424                      |               | 43                      |               |            |     | 21.119           | 2.346,51        | -9,01       | -7,93             | 0,61            | 1,60      |
| 1400   | Altro (purchè consumatore)  | 682  | 36.169            | 816                          | 114.741         | 65.569                     | 40.860        | 925                     | 292           |            |     | 259.371          | 380,31          | -0,80       | -1,49             | 45,96           | 19,66     |
| 1500   | Altro (purchè non consumatore)  | 286  |                   |                              | 0               |                            |               |                         |               |            |     | 0                | 0,00            | -100,00     | -100,00           | 19,27           | 0,00      |
| <b>Somma</b>   |   | <b>1484</b>                                | <b>296.564</b>    | <b>26.122</b>                | <b>745.036</b>  | <b>198.970</b>             | <b>52.493</b> | <b>1.031</b>            | <b>13.402</b> | <b>714</b> |     | <b>1.334.332</b> | <b>899,15</b>   |             |                   |                 |           |

cessarie per la prevenzione dell'acutizzarsi della patologia, questo recupero del *gap* di assistenza rappresenta un investimento per il sistema sanitario regionale e anche per la tutela del cittadino.

I PDTA predisposti e condivisi da specialisti ospedalieri e dai medici di famiglia sono l'elemento guida sia per la verifica della corretta e appropriata erogazione assistenziale sia per quanto riguarda la verifica che l'assistenza farmaceutica, ambulatoriale e di ricovero sia stata appropriata.

Il *report* di monitoraggio del PDTA consente di «reclutare» il *cluster* per ogni Mmg attraverso i criteri d'individuazione della patologia della BDA e di definire i valori standard del PDTA attraverso una *query* parametrica; il processo è, quindi, dal punto di

vista del sistema informativo, molto flessibile e facilmente replicabile per ogni percorso clinico definito dall'Asl, quali, per esempio l'ipertensione, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, ecc.

In tal modo si ritiene di poter garantire al cittadino più elevati standard assistenziali, richiedendo ai professionisti di operare attraverso definiti e specifici criteri qualitativi e quantitativi.

Anche per quanto concerne il *reporting* finalizzato al controllo di gestione per i vari centri di responsabilità (Cdr) aziendali, grazie all'integrazione fra DW e sistema informativo per il controllo direzionale (Sid), il monitoraggio delle determinanti di spesa è stato baricentrato sull'assistito: i consumi sanitari di tutte le prestazioni presenti nel

**Figura 5**  
Report del Mmg per il monitoraggio del PDTA del diabete non complicato

| ANALISI PDT   |   |   |  |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|---------------|---|---|--|------------------------------|------------------------|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|-----|---|---|--|--|
| Pdt: DIABE-II |   | Periodo: ANNO 2006                      | Tiposs: 1                                    | Codice Regionale: [REDACTED] | Nominativo: [REDACTED] |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
| Flusso        | Desc Classificazione 1                                  | Classificazione 2                       | Desc. Classificazione 2                      | Classificazione 3            | STD                    | Cod Ssn |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   |   |  |                              |                        | 100     | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   |   |  |                              |                        | QTA     | -   | +   | QTA | -   | +   | QTA | -   | +   | QTA | -   | +   | QTA | - | + | QTA | - | + |  |  |
| AMBULATORIALI | ALTRE PRESTAZIONI                                       | 8901                                    | ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI       |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 897                                     | VISITA GENERALE                              |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               | CARDIOLOGIA   | 8952                                    | ELETTROCARDIOGRAMMA                          |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90045                                   | ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)         |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               | LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE MICROBIOLOGIA ETC. | 90092                                   | ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)       |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90104                                   | BILIRUBINA TOTALE                            |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90163                                   | CREATININA [S/U/du/La]                       |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90235                                   | POSFATASI ALCALINA                           |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90255                                   | GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma-GT)     |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90264                                   | GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)  |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90265                                   | GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)  |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90271                                   | GLUCOSIO [S/P/U/du/La]                       |                              | 4                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90281                                   | Hb - EMOGLOBINA GLICATA                      |                              | 2                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90334                                   | MICROALBUMINURIA                             |                              | 2                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90374                                   | POTASSIO [S/U/du/(Sg)Er]                     |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90404                                   | SODIO [S/U/du/(Sg)Er]                        |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90432                                   | TRIGLICERIDI                                 |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90443                                   | URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO    |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90622                                   | EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. COEF.   |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | 90651                                   | FIBRINOGENO FUNZIONALE                       |                              | 1                      |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
| 91492         |   | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO               |  | 1                            |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
| 95091         |   | ESAME DEL FUNDUS OCULI                  |  | 1                            |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
| FARMACI       | IPOGLICEMIZZANTI ORALI                                  | A10BA                                   | BIGUANIDI                                    | METFORMINA CL                |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   |   |  | METFORMINA CL                |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | A10BB                                   | SULFONAMIDI, DERIVATI DELL'UREA              | GLICLAZIDE                   |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   |   |  | GLICLAZIDE (DC)              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   |   |  | GLIMEPIRIDE                  |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               | A10BD   | BIGUANIDI E SULFONAMIDI IN ASSOCIAZIONE | GLIBENCLAMIDE                                |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               | A10BX   | ALTRI IPOGLICEMIZZANTI ORALI            | REPAGLINIDE                                  |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
| PROTESICA     | Diabetica   | P00020400                               | REATTIVO GLUCOSEMIA 25 STRISCE               |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | P00020401                               | REATTIVO GLUCOSEMIA 25 STRISCE - ELETTRONICO |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | P00020402                               | REATTIVO GLUCOSEMIA 50 STRISCE               |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | P00020403                               | REATT. GLUCOS. ELETTRODO SENS. 50 STRISCE    |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | P00020502                               | LANCETTE PER DISPOSITIVO PUNGIDITO - 50      |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | P00020507                               | LANCETTE PER DISPOS. PUNG. 50 LANCETTE       |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |
|               |   | P00020510                               | AGHI PER PENNA 100 AGHI-31G                  |                              |                        |         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |   |     |   |   |  |  |

DW sono state attribuite nei *report* di contabilità analitica ai Distretti attraverso la residenza dell'assistito e anche la reportistica aggiornata quotidianamente con i consumi di materiale sanitario e non sanitario è stata ricondotta alle diverse classi di assistiti (ad esempio: pazienti affetti da fibrosi cistica, emofilici, ecc.).

La prospettiva di sviluppo del Sistema informativo PAC è senza dubbio nell'integrazione con i sottosistemi informativi sanitari gestionali delle strutture di erogazione, quali gli applicativi dei laboratori analisi, dei servizi di diagnostica per immagini, dell'anatomia patologica, etc. per fare la valutazione degli esiti, intesi come obiettivi di salute raggiunti (*outcome*), per esempio valutando gli esiti di test citologici realizzati ai vari livelli nelle campagne di *screening* o degli esami diagnostici previsti dai PDTA.

Il percorso verso questa prospettiva sarà favorito dal Progetto regionale Siss che prevede l'integrazione dei sistemi informativi di tutti gli attori del Sistema sanitario regionale (Asl, strutture di erogazione, farmacie territoriali, Mmg e Pls, etc.) e che è in fase avanzata di realizzazione.

#### 5.2. Il Piano di programmazione, il Bilancio riclassificato PAC e altri strumenti di comunicazione con gli attori del *welfare* locale

A partire dalla programmazione per l'anno 2006 la Regione Lombardia ha invitato le Asl a predisporre un documento programmatico denominato «Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari» finalizzato a promuovere da parte delle Asl un maggiore coinvolgimento nei confronti dei soggetti presenti nel territorio sulle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali.

Da allora, per ogni esercizio, nel mese di gennaio tutte le Asl lombarde sono chiamate a presentare a tutti gli attori del *welfare* locale e ad inviare alla Regione tale documento che costituisce la proposta di programmazione annuale dell'attività dell'Asl, con l'obiettivo di coinvolgere le amministrazioni comunali, le istituzioni territoriali e gli operatori sanitari nella rilevazione dei bisogni sanitari e nella definizione degli indirizzi di Programmazione acquisto e controllo dei servizi per

l'anno e nella costante verifica dei livelli di prestazioni rese.

Sulla base della conoscenza e dell'analisi dei bisogni sanitari e con il fondamentale supporto del Sistema informativo PAC, l'Asl propone le linee annuali di programmazione indicando gli obiettivi prioritari.

Il Piano di programmazione contiene un'analisi evidenziazione per distretto della domanda e del livello di servizio erogato ed esplicita, in particolare:

- il livello di servizio programmato e il servizio storicamente determinato;
- le risorse disponibili;
- le innovazioni di servizio proposte che saranno implementate nell'anno;
- il ruolo degli erogatori pubblici e privati;
- il collegamento tra i servizi al fine della continuità assistenziale;
- le priorità d'intervento.

Il Piano di programmazione rappresenta un primo momento di confronto e l'avvio di un sistema organico e permanente di collaborazione, anche tramite i luoghi di condivisione e incontro istituzionale, con il territorio, i medici e le strutture accreditate. Inoltre, costituisce un documento di pianificazione strategica su cui s'innesta il processo budgetario annuale e che deve essere oggetto di una periodica attività di valutazione degli stati di realizzazione e d'aggiornamento rispetto a nuove esigenze emergenti nel territorio e ad innovazioni scientifiche, tecnologiche e d'organizzazione della rete integrata d'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari.

L'Asl accompagna e sostiene quest'azione di programmazione sviluppando un efficace Piano dei controlli. In particolare il Piano socio-sanitario 2007-2009 individua nel Piano dei controlli dell'Asl «lo strumento di riferimento i cui devono essere evidenziate ed integrate tra loro le varie linee d'intervento previste per tutte le aree oggetto di controllo».

Il Piano dei controlli rappresenta un vero e proprio strumento operativo in grado di evidenziare le criticità del sistema locale ed approntare le contromisure per limitarle; a titolo d'esempio, per quanto concerne le verifiche sulle prestazioni ambulatoriali, il Piano dei controlli 2007 dell'Asl di Lodi prevede

l'utilizzo integrato e coordinato di strumenti quali il monitoraggio dei tempi di attesa, la rilevazione della *customer satisfaction* dell'assistito e la BDA per l'individuazione delle prestazioni critiche per quanto attiene la domanda e l'offerta sanitaria al fine della definizione dei *target* dei controlli.

Al fine di migliorare la capacità di comunicazione nei confronti delle istituzioni locali della dimensione economica complessiva dell'Azienda, aumentando la capacità di rappresentare la copertura dei fabbisogni di salute della popolazione assistita anche in termini di livelli d'assistenza, è stata predisposta a cura del Controllo di gestione una riclassificazione del bilancio di esercizio denominata «Bilancio riclassificato PAC».

Questa innovativa forma di rappresentazione dei valori economici aziendali ha lo scopo di presentare nel modo più sintetico ed efficace l'attività svolta dall'Asl della Provincia di Lodi nel corso dell'esercizio distinta per livello d'assistenza (prevenzione, territoriale, ospedaliera), per fabbisogno (anziani, disabili, ecc.) e modalità di gestione (PAC «Programmazione acquisto e controllo» e GD «Gestione diretta»).

La tradizionale modalità di rappresentazione dei valori economici del bilancio pone, infatti, l'enfasi sulla natura dei fattori produttivi (acquisti, noleggi, servizi, personale, ecc.) con un dettaglio, talvolta anche molto spinto, ma difficilmente riconducibile alla destinazione del loro utilizzo: l'unico dettaglio utile a tal fine è, di fatto, rappresentato dai tre sezionali di bilancio che lo scompongono in attività sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Tuttavia, anche per questa forma di scomposizione, occorre evidenziare come il criterio segua molto più la fonte del finanziamento rispetto alla tipologia dell'assistenza, ovvero, esemplificando, se un fattore produttivo è finanziato dalla quota capitaria sanitaria, allora finisce nel sezionale sanità, anche laddove fosse socio-sanitario, il criterio della tipologia dell'assistenza soccombe rispetto a quello della fonte di finanziamento.

Si capisce, quindi, come il bilancio rappresenti uno strumento abbastanza tecnico, difficilmente intelleggibile per chi non abbia una competenza tecnica sulla materia: vi si trovano molte informazioni, ma distribuite su parecchie tabelle; anche la relazione

sulla gestione o la nota integrativa al bilancio non sono certo documenti che consentono di fornire con un colpo d'occhio l'utilizzo complessivo delle risorse e le scelte di gestione.

L'idea, alla base della progettazione del Bilancio riclassificato PAC, risiede nella consapevolezza della necessità di uno strumento di rappresentazione, sintetica ma efficace, delle scelte di politica sanitaria adottate dalla Direzione strategica di un'Asl al fine di poterle comunicare agli attori istituzionali del proprio territorio e di rendere la programmazione e il controllo della gestione del sistema di *welfare* locale un percorso partecipato.

Proprio per questo, si è ritenuta la dimensione della natura dei fattori produttivi non idonea allo scopo e si è privilegiata la dimensione della destinazione dei fattori produttivi, ovvero della loro finalizzazione ad un determinato livello d'assistenza (prevenzione medica e veterinaria, assistenza distrettuale territoriale, assistenza ospedaliera per acuti).

In coerenza con l'assetto organizzativo previsto dal sistema sanitario lombardo per le Asl, il dettaglio con le specifiche forme d'intervento (ad esempio: *screening*, assistenza domiciliare, assistenza alla disabilità fisica e psichica) è ricondotto nelle colonne della matrice alle diverse modalità di gestione PAC, per le attività e prestazioni acquistate dall'esterno, e gestione diretta, per quelle erogate da articolazioni organizzative dell'Asl.

Per raggiungere quest'obiettivo, nel Bilancio riclassificato PAC vengono affiancati nello stesso schema di rendicontazione valori di bilancio con valori provenienti dalla contabilità analitica, in un approccio culturale che fa prevalere la finalità del dare la maggiore trasparenza possibile alle scelte aziendali, anche relative alle gestioni dirette, rispetto al criterio teorico di non accostare valori provenienti da diverse contabilità.

Questo nella convinzione che gli elementi a maggiore valenza informativa di tale modello di rendicontazione siano rappresentati, per gli interlocutori istituzionali delle Asl, in uno strumento sintetico, nei valori macro e nell'indicazione dei pesi percentuali dei diversi livelli d'assistenza indicati nello schema di bilancio riclassificato. Ciò consente una valutazione temporale tra le scelte di politica sanitaria, quindi con valori e pesi storici degli esercizi precedenti, e, con una

finalità di programmazione partecipata, con i valori e i pesi previsionali.

Come illustrato nella **figura 6**, proprio per aiutare a focalizzare l'attenzione del lettore sulle scelte strategiche di destinazione, i valori sono espressi in milioni di euro. I dati riferibili all'attività di gestione diretta sono dati originati dalla contabilità analitica, i ribaltamenti dei costi generali di azienda di cui alla colonna «CC» sono stati effettuati utilizzando come *driver* il costo del personale dipendente assegnato.

Il Bilancio riclassificato rappresenta un fondamentale strumento di programmazione strategica in quanto può essere utilizzato per segnalare scostamenti o andamenti temporali della vita aziendale e delle scelte programmatiche, segnando il passo della politica sanitaria tracciata dall'Azienda, può riassumere il quadro di tutte le scelte operate in diversi esercizi e, se utilizzato con valori preventivi, anche scelte prospettiche. In particolare per la gestione PAC, la colonna titolata «D» esprime la possibilità per le attività segnalate, di esplodere l'analisi e quindi l'attività di programmazione, acquisto e controllo:

- attraverso l'utilizzo del *data-warehouse* aziendale (DWA), sulle dimensioni distrettuali, anagrafiche dell'assistito (sesso, età, ecc.), sul medico curante e sulle strutture che hanno erogato la cura (anche per analisi della mobilità e il monitoraggio dei contratti);

- attraverso l'utilizzo della Banca-dati assistiti (BDA), sulla dimensione epidemiologica delle patologie principali e secondarie.

A partire dall'anno in corso, vista la valutazione positiva espressa dalle istituzioni locali riguardo l'efficacia di questo innovativo strumento di esprimere in modo chiaro, esauriente ma sintetico, le scelte di politica sanitaria proposte dall'Asl, il Bilancio riclassificato PAC, come illustrato nella figura, è stato utilizzato per presentare i valori di bilancio preventivo 2007 alla Conferenza dei sindaci.

### 5.3. Le schede di *budget* per la programmazione PAC e la negoziazione dei progetti con le strutture di erogazione

Con il processo di programmazione per l'anno 2007, il sistema di *budget* aziendale è

stato oggetto di un profondo intervento di riprogettazione finalizzato a valorizzare il suo ruolo di vero elemento d'integrazione all'interno di un'Asl con funzioni di Programmazione acquisto e controllo.

Tutti gli altri meccanismi operativi s'inestano nel processo di *budget* e trovano in esso, una loro coerenza complessiva e un'organicità sistemica.

Il sistema di *budget* adottato dall'Asl di Lodi è articolato per Dipartimenti/Distretti: in altre parole, gli obiettivi di attività e le correlate risorse, l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, sono definiti dal Direttore di dipartimento in accordo con il Direttore di distretto, e con il Direttore del dipartimento PAC per quanto riguarda il *budget* d'acquisto e controllo delle prestazioni.

Il sistema informativo rappresenta una fondamentale leva di gestione nel processo di programmazione aziendale, sia per la ricchezza del patrimonio informativo capitalizzato da strumenti di supporto alle decisioni quali il Sistema informativo PAC, sia per l'efficienza del sistema budgetario garantita dallo sviluppo *in house* di un applicativo di gestione dell'intero processo di *budget* realizzato in PHP e distribuito via *web*, con un meccanismo di amministrazione centralizzata.

La Scheda di *budget* rappresenta lo strumento tecnico di comunicazione a disposizione dei Direttori di dipartimento/distretto per esplicitare e dettagliare le proposte di *budget*; dal punto di vista tecnico, è completamente informatizzata e resa disponibile a tutti gli utenti del *budget* attraverso accessi profilati all'*intranet* aziendale.

La predisposizione delle proposte di *budget* segue un percorso logico guidato dalla struttura della scheda di *budget* che prevede le seguenti sezioni: *linee guida aziendali e piano di lavoro*; - *scheda strategia*; - *scheda obiettivi*; - *scheda progetti*; - *scheda PAC*; - *scheda beni strumentali*; - *scheda consulenze*; - *scheda manutenzioni*; - *scheda risorse umane*; - *scheda attività in gestione diretta (solo per i Centri di responsabilità (Cdr) con gestioni dirette)*; che si sviluppano secondo una logica che prevede che la definizione della strategia, degli obiettivi e dei progetti sia condizione per la richiesta delle correlate risorse.

Figura 6  
Bilancio riclassificato PAC (preventivo 2007)

| AREA DI ASSISTENZA                                 | INTERVENTO  | D | PAC          | GD          | CC          | 2007         |              |
|--|---|---|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| PREVENZIONE MEDICA E VETERINARIA                   | PREVENZIONE MEDICA  |   |              | 4,6         | 3,1         | 7,7          |              |
|  | VACCINI   |   | 0,8          |             |             | 0,8          |              |
|  | SCREENING   |   | 0,3          |             |             | 0,3          |              |
|  | PREVENZIONE VETERINARIA   |   |              | 3,9         | 2,3         | 6,2          |              |
|  | ABBATTIMENTO CAPI INFETTI E SERVIZI DIVERSI MEDICINA VETERINARIA            |   | 0,7          |             |             | 0,7          |              |
| <b>TOTALE PREVENZIONE</b>                          |   |   | <b>1,8</b>   | <b>8,5</b>  | <b>5,4</b>  | <b>15,7</b>  | <b>5,3%</b>  |
| ANZIANI  | SERVIZIO ADULTI E ANZIANI   |   |              | 0,7         | 0,6         | 1,3          |              |
|  | STRUTTURE DIURNE (CDI)  |   | 0,5          |             |             | 0,5          |              |
|  | STRUTTURE RESIDENZIALI (RSA)  |   | 16,4         |             |             | 16,4         |              |
|  |   |   | <b>16,9</b>  | <b>0,7</b>  | <b>0,6</b>  | <b>18,2</b>  | <b>6,1%</b>  |
| RIABILITAZIONE EXTRA OSPEDALIERA E HOSPICE         | RIABILITAZIONE EXTRA OSPEDALIERA  |   | 7,1          |             |             | 7,1          |              |
|  | HOSPICE   |   | 0,1          |             |             | 0,1          |              |
|  |   |   | <b>7,2</b>   |             |             | <b>7,2</b>   | <b>2,4%</b>  |
| PAZIENTI ANZIANI EX PSICHIATRICI                   | RSA DI CODOGNO IN GESTIONE DIRETTA  |   |              | 3,2         | 1,2         | 4,4          |              |
|  | PAZIENTI PRESSO ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI                                |   | 0,1          |             |             | 0,1          |              |
|  |   |   | <b>0,1</b>   | <b>3,2</b>  | <b>1,2</b>  | <b>4,6</b>   | <b>1,5%</b>  |
| ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)             | ADI E CURE PALIATIVE IN GESTIONE DIRETTA                                    |   |              | 2,3         | 1,2         | 3,5          |              |
|  | ADI DA EROGATORI PRIVATI (VOUCHER)  |   | 1,0          |             |             | 1,0          |              |
|  |   |   | <b>1,0</b>   | <b>2,3</b>  | <b>1,2</b>  | <b>4,5</b>   | <b>1,5%</b>  |
| DISABILITA' FISICA E PSICHICA                      | SERVIZIO DISABILITA' ED INTEGRAZIONE SOCIALE E CSE DI LODI                  |   |              | 0,5         | 0,3         | 0,8          |              |
|  | STRUTTURE DIURNE (CDD, CSE, CSS)  |   | 1,2          |             |             | 1,2          |              |
|  | STRUTTURE RESIDENZIALI (RSD, CRH, IEH)                                      |   | 2,2          |             |             | 2,2          |              |
|  |   |   | <b>3,4</b>   | <b>0,5</b>  | <b>0,3</b>  | <b>4,2</b>   | <b>1,4%</b>  |
| ALCOOL, TOSSICO E POLIDIPENDENZE                   | SERVIZI TERRITORIALI PER LE DIPENDENZE (SERT) IN GESTIONE DIRETTA           |   |              | 1,1         | 0,8         | 1,9          |              |
|  | STRUTTURE RESIDENZIALI (COMUNITA' TERAPEUTICHE)                             |   | 0,5          |             |             | 0,5          |              |
|  |   |   | <b>0,5</b>   | <b>1,1</b>  | <b>0,8</b>  | <b>2,4</b>   | <b>0,8%</b>  |
| FAMIGLIA, INFANZIA ED ETA' EVOLUTIVA               | SERVIZIO FAMIGLIA E CONSULTORI IN GESTIONE DIRETTA                          |   |              | 0,7         | 0,6         | 1,3          |              |
|  | CONSULTORI FAMILIARI PRIVATI  |   | 0,2          |             |             | 0,2          |              |
|  |   |   | <b>0,2</b>   | <b>0,7</b>  | <b>0,6</b>  | <b>1,5</b>   | <b>0,5%</b>  |
| ASSISTENZA FARMACEUTICA, INTEGRATIVA E PROTESICA   | FARMACI, OSSIGENO E GALENICI DISTRIBUITI DALLE FARMACIE, DALL'ASL E DALL'AO |   | 40,6         |             |             | 40,6         |              |
|  | FARMACI AD ALTO COSTO DISTRIBUITI DALL'ASL O DALL'OSPEDALE (FILE F)         |   | 7,9          |             |             | 7,9          |              |
|  | OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE E VENTILATORI POLMONARI                         |   | 0,5          |             |             | 0,5          |              |
|  | AUSILI PER DIABETICI  |   | 1,6          |             |             | 1,6          |              |
|  | PROTESICA MINORE  |   | 1,0          |             |             | 1,0          |              |
|  | PROTESICA MAGGIORE  |   | 0,8          |             |             | 0,8          |              |
|  | DIETETICA   |   | 0,5          |             |             | 0,5          |              |
|  |   |   | <b>52,9</b>  |             |             | <b>52,9</b>  | <b>17,8%</b> |
| ASSISTENZA SPECIALISTICA                           | AMBULATORIALE   |   | 33,0         |             |             | 33,0         |              |
|  | NEUROPSICHIATRIA INFANTILE  |   | 1,0          |             |             | 1,0          |              |
|  |   |   | <b>34,0</b>  |             |             | <b>34,0</b>  | <b>11,4%</b> |
| ALTRA ASSISTENZA DISTRETTUALE TERRITORIALE         | PSICHIATRIA TERRITORIALE  |   | 7,5          |             |             | 7,5          |              |
|  | IDROTERMALE   |   | 0,3          |             |             | 0,3          |              |
|  | MEDICI DI FAMIGLIA, PEDIATRI E GUARDIA MEDICA                               |   | 17,8         |             |             | 17,8         |              |
|  | CURE PRIMARIE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE                                   |   |              | 2,0         | 1,3         | 3,3          |              |
|  | TRASPORTO DIALIZZATI E CONTRIBUTI A CROCI                                   |   | 0,7          |             |             | 0,7          |              |
|  | RIMBORSI PER RICOVERI ALL'ESTERO E AI DIALIZZATI CON AUTO PROPRIA           |   | 0,1          |             |             | 0,1          |              |
|  | CONVENZIONE CON AO LODI PER SCREENING E ANALISI PER LE DIPENDENZE           |   | 0,3          |             |             | 0,3          |              |
|  |   |   | <b>26,7</b>  | <b>2,0</b>  | <b>1,3</b>  | <b>30,0</b>  | <b>10,1%</b> |
| <b>TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE TERRITORIALE</b> |   |   | <b>143,1</b> | <b>10,5</b> | <b>6,0</b>  | <b>159,6</b> | <b>53,6%</b> |
| ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI                   | RICOVERI  |   | 120,7        |             |             | 120,7        |              |
|  | CONTRIBUTI OBBLIGATORI L. 210/1992  |   | 0,3          |             |             | 0,3          |              |
|  | DIREZIONE SANITARIA E PAC AZIENDALE   |   |              | 0,8         | 0,7         | 1,5          |              |
| <b>TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>               |   |   | <b>120,9</b> | <b>0,8</b>  | <b>0,7</b>  | <b>122,4</b> | <b>41,1%</b> |
|  |   |   | <b>265,8</b> | <b>19,8</b> | <b>12,1</b> | <b>297,7</b> |              |
|  |   |   | <b>89%</b>   | <b>7%</b>   | <b>4%</b>   |              |              |

In primo luogo, secondo i principi mutuati dalla metodologia della *balanced scorecard*, al Direttore di dipartimento/distretto titolare del *budget* è richiesta l'esplicitazione della strategia dipartimentale/distrettuale in ordine alle prospettive economico-finanziaria, clienti interni/esterni, processi aziendali, apprendimento e crescita. Questa fase consente alla Direzione generale di valutare il livello di coerenza tra la strategia proposta dai Direttori di dipartimento/distretto e la strategia espressa dalle linee guida aziendali.

Conclusa questa fase, il Direttore di dipartimento/distretto propone gli obiettivi che intende perseguire (scheda *budget* degli obiettivi) ed i progetti che vuole sviluppare (scheda *budget* progetti) indicando i responsabili di Cdr cui affidare la responsabilità della realizzazione dell'obiettivo e/o progetto.

In particolare, la scheda *budget* progetti consente al Responsabile di Cdr di proporre in forma articolata proposte di azioni che, per la natura del loro contenuto, necessitano una definizione progettuale; esempi eclatanti di tale necessità sono stati soprattutto progetti pluriennali regionali.

Nell'esperienza dell'Asl di Lodi, i progetti hanno sempre rappresentato un forte stimolo all'integrazione delle competenze da parte delle varie professionalità coinvolte in azienda.

Per la programmazione dei livelli di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da acquisire, è stata realizzata una specifica scheda *budget* denominata scheda PAC, attraverso la quale il Direttore di dipartimento/distretto esplicita, per ogni area di attività PAC (ricoveri, specialistica, farmaceutica, ecc.), le azioni che intende mettere in atto nel corso dell'anno per governare le attività di programmazione, acquisto e controllo.

La descrizione del processo PAC è vincolante e propedeutica alla previsione dei costi articolati per area distrettuale che viene realizzata considerando la situazione consolidata con i valori preconsuntivi e i vincoli posti dalle regole di sistema.

Questa fase di programmazione per essere considerata conclusa richiede la validazione (approvazione) sia del processo sia dei valori economici del Direttore di dipartimento, Direttore di distretto e Direttore del PAC. La validazione da parte dei livelli di responsabilità indicati presuppone la reale messa in

atto di un percorso d'integrazione, condivisione e responsabilizzazione del processo di programmazione di tutti i soggetti che concorrono alla gestione aziendale. Sotto quest'aspetto la metodologia del *budget* e il supporto tecnico agevolano questo processo favorendo l'integrazione aziendale.

Con il processo di programmazione per l'anno 2007, si è anche ulteriormente rafforzato l'integrazione fra programmazione budgetaria e redazione del bilancio preventivo: mentre, infatti, il *budget* consolidato a livello aziendale da anni fornisce informazioni per i valori economici preventivi relativamente ai fabbisogni di beni strumentali, consulenze, personale, manutenzioni, formazione e altri servizi, a partire dal 2007 il contenuto delle schede *budget* PAC relative all'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie costituisce la base formativa per la definizione di questi fattori produttivi che rappresentano l'89% del bilancio preventivo di un'Asl lombarda.

In particolare, il contenuto di tali innovative schede è divenuto elemento portante della nota integrativa al bilancio preventivo, apportando informazioni importanti per comunicare agli *stakeholder* le leve che l'Azienda intende adottare per governare l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a favore del territorio e per esprimere le scelte di politica sanitaria adottate per l'esercizio.

Infine, per chiudere questo processo di programmazione, nell'ambito della contrattazione integrativa 2007 che definisce i rapporti con gli erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie di ricovero e/o ambulatoriali, l'Asl di Lodi ha stanziato una quota di risorse assegnate sulla base di specifici progetti finalizzati fondamentalmente a risolvere squilibri fra domanda offerta, criticità nei tempi d'attesa e nelle modalità d'accesso ai servizi sanitari e ad affrontare esigenze di tipo clinico-epidemiologico.

I progetti sono stati presentati e condivisi con gli erogatori in sede di conferenza della Direzione Asl con le strutture accreditate. Per ogni progetto è stata predisposta una scheda contenente: l'obiettivo atteso, l'azione da sviluppare, l'indicatore di valutazione dell'obiettivo concordato, le modalità di verifica e la valorizzazione cioè la quota delle risorse assegnate al progetto.



A titolo d'esempio, si riporta nel seguito il prospetto dei progetti di miglioramento previsti per l'Ao della Provincia di Lodi (si veda la figura 8): i progetti sono aggregati in aree, ad ogni area è stato attribuito un peso ed il corrispondente valore. L'erogazione della quota è subordinata alla realizzazione di tutti i progetti ricompresi nell'area.

A parere di chi scrive, i progetti di miglioramento devono sempre più costituire la cerniera fra il processo di lettura dei fabbisogni e di definizione della politica sanitaria da parte dell'Asl e il processo di programmazione budgetaria da parte delle strutture di erogazione del territorio; a tal fine, è necessario che contengano elementi sfidanti, ma siano al contempo in grado di confrontarsi con le reali capacità delle strutture di erogazione di poterli realizzare nel breve periodo.

Per questo pare opportuno adottare una certa gradualità nella definizione dei progetti e riproporre questi ultimi in più esercizi con valori-obiettivo sempre più performanti.

Nell'attuale assetto organizzativo del sistema socio-sanitario lombardo, i progetti di miglioramento rappresentano una delle leve più efficaci per far convergere l'operato delle strutture di erogazione sulle esigenze di accessibilità, continuità assistenziale, miglioramento dell'offerta espresse dai cittadini e sugli obiettivi d'appropriatezza prescrittiva e di razionale utilizzo delle risorse necessarie al sistema.

Ma, perché siano realmente efficaci, è necessario integrarli nel processo budgetario delle strutture di erogazione pubbliche sino ad arrivare al loro collegamento con il sistema incentivante del personale dipendente di queste ultime.

## 6. Considerazioni sulla necessità dello sviluppo di strumenti di gestione operativa per le strutture di erogazione pubbliche

Come affermato nella premessa della presente trattazione, le strutture di erogazione pubbliche si sono concentrate su strumenti di programmazione e controllo a valenza prevalentemente economica e su strumenti di controllo della qualità e di *risk management*, investendo poco in strumenti di gestione operativa.

Si è ritenuto importante riservare quest'ultima parte della trattazione all'illustrazione di brevi cenni sugli strumenti di gestione operativa nella convinzione che, senza una reale conoscenza dei processi di produzione delle strutture di erogazione sanitarie e senza lo sviluppo di strumenti per governarli, ogni tentativo di razionalizzazione delle risorse e di miglioramento della qualità del servizio offerto risulta scarsamente efficace.

Per approfondire gli aspetti applicativi di questa tematica, divenuta recentemente oggetto di ricerche e studi, si è avuta anche l'opportunità di conoscere direttamente le esperienze di alcune strutture sanitarie pubbliche e private.

La gestione operativa è un insieme di tecniche e strumenti per (Alesani, Barbieri, Lega, Villa, 2006):

- l'ottimizzazione della gestione delle risorse (programmazione dei blocchi operatori, gestione flessibile dei posti-letto, ecc.) secondo il modello «è il paziente che è del medico, la sala operatoria o il posto-letto sono dell'azienda, che le mette a disposizione del medico per l'assistenza al suo paziente»;
- l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti (*patient flow*) attraverso il cambiamento del *lay-out* e la localizzazione degli spazi nelle strutture, dell'organizzazione dei posti-letto e delle aree di degenza, della programmazione nell'utilizzo della capacità produttiva;
- la gestione delle code;
- il ri-disegno complessivo dell'assetto logistico-organizzativo dell'ospedale (ad es. ospedale per intensità di cura);
- l'analisi e *re-engineering* dei processi di supporto (ad esempio, logistica, approvvigionamenti, servizi di laboratorio e di diagnosi per immagini);
- il *re-engineering* della logistica dei materiali con particolare attenzione alla logistica del farmaco (dose unitaria, automazione del processo, distribuzione diretta).

L'applicazione della gestione operativa in sanità a livello italiano è nata dall'esperienza di aziende ospedaliere private dove questo modello è stato applicato in modo coerente: dal progetto architettonico alla distribuzione degli spazi interni, dall'organizzazione, alla gestione, al rapporto medico/paziente.

In alcune di queste realtà è stata realizzata una specifica unità organizzativa posta direttamente in staff alla Direzione generale, cui è stata affidata la direzione e la gestione di molti degli strumenti tipici della gestione operativa e che costituisce l'elemento organizzativo «originale» e centrale nel governo delle risorse che determinano la produzione.

Tale unità organizzativa funge, per esempio, da «regia» attribuendo alle varie unità operative gli spazi ed i tempi dell'utilizzo delle sale operatorie e dei posti-letto «fluttuanti».

La principale logica d'interazione è il coordinamento sequenziale dell'attività e coinvolge tutte le altre unità operative: Ufficio infermieristico, Direzione risorse umane, Servizio clienti, «Primari» Direttori di unità operativa.

Questo tipo d'assetto organizzativo, di fatto, rappresenta il centro nevralgico del sistema, con un riconoscimento sia formale che sostanziale a tutti i livelli di responsabilità del ruolo ricoperto dalla gestione operativa nell'organizzazione: gli operatori attribui-


scono, infatti, esplicitamente un ruolo strategico a tale funzione «vivendola» come un elemento di successo dell'organizzazione.

Il valore aggiunto della scelta organizzativa di porre il coordinamento di alcune funzioni di gestione operativa in capo ad una specifica unità organizzativa risiede, inoltre, nel fatto che una nuova tecnostruttura possa dedicarsi allo sviluppo e alla gestione di nuovi strumenti e, soprattutto, abbia il mandato dalla Direzione, la responsabilizzazione e la delega di potere decisionale necessari per compiere scelte operative di organizzazione delle modalità di erogazione e dei percorsi dei pazienti, nonché scelte di allocazione delle risorse ad utilizzo trasversale a livello aziendale.

La frammentazione degli ambiti decisionali e di responsabilizzazione rispetto alle funzioni e agli strumenti della gestione operativa costituisce, infatti, a parere di chi scrive, un punto di debolezza di molte strutture pubbliche, dove tali funzioni, pure se formalmente o anche concretamente in carico a diversi segmenti dell'organizzazione, faticano

**Figura 7**

Prospetto dei progetti di miglioramento per le strutture di erogazione

|  <b>Progetti di miglioramento 2007</b> |                                  |  |     | Peso |     | Area |     |
|---|----------------------------------|--|-----|------|-----|------|-----|
|   |                                  |  |     | AMB  | RIC | AMB  | RIC |
| COD   | Area                             | Finalità del progetto  | AMB | RIC  | AMB | RIC  |     |
| 1.01  | MIGLIORAMENTO OFFERTA            | Prevenzione/trattamento della insufficienza renale   | 25  | 10   |     | x    |     |
| 1.02  | MIGLIORAMENTO OFFERTA            | Incremento orario di attività  |     |      |     | x    |     |
| 1.03  | MIGLIORAMENTO OFFERTA            | Apertura ambulatori alzheimer  |     |      |     | x    |     |
| 1.04  | MIGLIORAMENTO OFFERTA            | Pacchetto prestazioni per pazienti diabetici   |     |      |     | x    |     |
| 1.05  | MIGLIORAMENTO OFFERTA            | Pacchetto prestazioni per pazienti ipertesi  |     |      |     | x    |     |
| 1.06  | MIGLIORAMENTO OFFERTA            | Applicazione degli standard JCI nella stesura della lettera di dimissione  |     |      |     |      | x   |
| 2.01  | MIGLIORAMENTO ACCESSIBILITA'     | Call center regionale  | 55  | 10   |     | x    |     |
| 2.02  | MIGLIORAMENTO ACCESSIBILITA'     | Rispetto tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio regionale                                |     |      |     | x    |     |
| 2.03  | MIGLIORAMENTO ACCESSIBILITA'     | Rispetto tempi d'attesa delle prestazioni di ricovero, Day H. e Day S. soggette a monitoraggio regionale                 |     |      |     |      | x   |
| 2.04  | MIGLIORAMENTO ACCESSIBILITA'     | Esecuzione prelievi ematici al sabato mattina  |     |      |     | x    |     |
| 3.01  | INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO | Continuità assistenziale.  |     | 45   |     | x    |     |
| 3.02  | INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO | Attuazione ROL   |     |      |     | x    |     |
| 4.01  | RAZIONALE UTILIZZO DELLE RISORSE | Razionale uso dei presidi per automonitoraggio del diabete in pazienti in terapia dietetica o con ipoglicemizzanti orali | 20  | 15   | x   | x    |     |
| 5.01  | APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.     | Incremento del primo ciclo terapeutico.Prescrizione principio attivo nella lettera di dimissione.                        |     | 20   |     | x    |     |
| 5.02  | APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA .    | Continuazione dell'applicazione del protocollo già concordato nel 2006 per la prescrizione cardiovascolare               |     |      |     | x    |     |
|   |                                  |  | 100 | 100  |     |      |     |

a trovare un loro momento di coordinamento e di creazione di elementi di coerenza.

Non si tratta di scavalcare gli ambiti di competenza tecnico-professionale, ma di trovare una struttura organizzativa che si prenda in carico alcune scelte di gestione operativa che spesso necessitano di un'articolazione organizzativa sufficientemente "esterna" e con un mandato forte, per decidere ciò che in un ambito di contrapposizioni di interessi serve all'azienda.

Un'unità organizzativa che, nel dialogo costante con tutti i livelli decisionali aziendali e con l'utilizzo della ricchezza di tutti gli apporti delle diverse competenze professionali, possa però assumere le decisioni della quotidiana operatività della gestione di una struttura sanitaria, attraverso criteri organizzativi, logistici ed economico-aziendali consolidati e portati a conoscenza, se non condivisi, da tutta l'azienda.

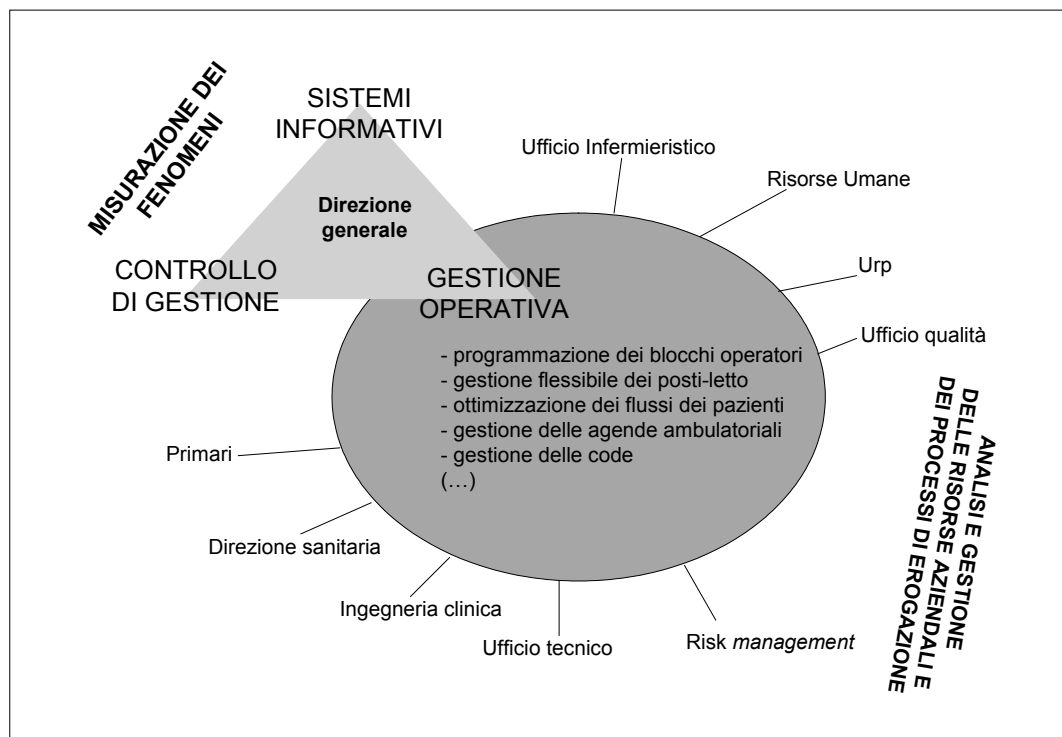
Concludendo questi brevi cenni sulla tematica della gestione operativa, certamente utili solo a richiamarne l'importanza ai fini della programmazione e controllo e, quindi, del governo dei processi in sanità, si evidenzia come il ruolo della gestione operativa sia fattore di successo in alcune aziende ospedaliere private italiane, ma sia anche legato a precise condizioni che rendono il modello organizzativo esportabile nelle strutture di erogazione pubbliche, ovvero:

– la presenza di un sistema informativo e di programmazione e controllo pervasivo di tutti i processi produttivi e fortemente orientato alla misurazione;

– lo studio sistematico dei meccanismi di fruizione dell'offerta e dei percorsi dei pazienti all'interno dell'azienda e sul territorio.

– lo studio sistematico dei meccanismi di fruizione dell'offerta e dei percorsi dei pazienti all'interno dell'azienda e sul territorio.

Come per il governo clinico del territorio, il Dipartimento PAC è stato uno strumento della progettazione organizzativa funzionale a coordinare e integrare competenze, conoscenze e strumenti, in parte già presenti nelle aziende sanitarie locali lombarde, ed a sviluppare meccanismi operativi innovativi, così la gestione operativa nelle aziende ospedaliere pubbliche nella veste organizzativa anche di unità operativa in staff alla Direzione strategica potrebbe essere, come nella **figura 8**, collettore di competenze, conoscenze e strumenti già presenti nelle organizzazioni (Direzione sanitaria aziendale e di presidio,



**Figura 8**  
Modello di gestione operativa per le strutture di erogazione pubbliche

Servizi infermieristici, Ingegneria clinica, Controllo di gestione, *Risk management*, Ufficio qualità, ecc.) ma, in molti contesti, non sufficientemente integrati e coordinati.

L'investimento nello sviluppo delle condizioni precedentemente richiamate per favorire l'esportabilità del modello non può, infine, prescindere da quello per lo sviluppo, anche nelle strutture di erogazione pubbliche, di una cultura organizzativa della programmazione e della misurazione diffusa e condivisa e da un forte mandato da parte della Direzione strategica alla gestione operativa.

### 7. Riflessioni conclusive

La produzione di questo lavoro nasce dalle stimolanti riflessioni svolte nel corso dei molteplici incontri con colleghi e professionisti sui sistemi di programmazione e controllo. Per quanto riguarda il governo clinico, si è constatata l'esistenza di esperienze importanti che, in molti casi, sono il risultato di un impegno individuale destinato a rimanere isolato dal sistema di governo aziendale. Per ragioni tecniche e culturali appaiono rare le situazioni in cui queste esperienze sono integrate nel sistema di programmazione e controllo aziendale. Per cui, nel descrivere la nostra esperienza, è stata data una particolare enfasi al processo d'integrazione, evidenziando sia i fattori che hanno facilitato questo risultato, sia il valore che capitalizza l'azienda, rappresentato dalla conoscenza della domanda sanitaria per il governo clinico e dalla possibilità di sviluppare azioni tangibili quali il PDTA, monitorando il fenomeno nel tempo.

Inoltre, l'introduzione dei sistemi di programmazione e controllo in sanità con una focalizzazione sulla dimensione economica ha dimostrato, nella pratica, la parzialità di uno strumento debole di supporto alla gestione, più consono a rappresentarne una dimensione di lettura dei fenomeni che una leva di governo della complessità dei processi sanitari.

Da tale considerazione è scaturita la spinta allo sviluppo degli strumenti descritti nella presente trattazione che richiama nelle sue conclusioni l'importanza del ri-orientamento dei sistemi di programmazione e controllo in sanità sul loro vero unico possibile *focus*: l'assistito.

Per rendere questa prospettiva realizzabile sono state proposte due direttrici, interconnesse e quindi sinergiche se correttamente integrate.

Si tratta, in ambito territoriale, dello sviluppo di strumenti di programmazione e controllo che favoriscano il coinvolgimento di tutti gli attori del *welfare* locale, antenna sul territorio dei bisogni della popolazione, in processi di programmazione partecipata. Strumenti, in particolare le architetture informative, fortemente integrati e basati sull'assistito, che consentano a livello epidemiologico analisi predittive dei fabbisogni della popolazione e un livello di profondità di analisi spinto sino al singolo percorso di cura per patologia, assistito e medico curante, al fine di monitorarne il corretto svolgimento, con altrettanta attenzione alla iperprescrizione, quanta alla ipoprescrizione, e agli esiti di salute.

Nell'ambito della singola struttura d'erogazione, si tratta dell'utilizzo della leva della gestione operativa per ri-orientarne competenze, conoscenze e strumenti già presenti nelle organizzazioni, dell'analisi e dell'eventuale ri-progettazione dell'assetto logistico e della gestione delle risorse aziendali e dei processi di erogazione.

Infine, si intende richiamare la necessità di favorire il presidio forte dei processi di cura all'interno delle strutture e dei percorsi diagnostico-terapeutici sul territorio, affinché i sistemi di programmazione e controllo possano riappropriarsi del loro ruolo, ri-orientandosi alla loro nativa finalità, ovvero il supporto dei processi decisionali relativi alla gestione, che per la sanità significa gestione dell'assistenza ai cittadini, e il monitoraggio dei suoi risultati, ovvero gli esiti di salute.

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

- ALESANI D., BARBIERI M., LEGA F., VILLA S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota», pp. 457-494, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (2006), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- AA.VV. (2005), «Strumenti manageriali per il governo della domanda sanitaria», *Mecosan*, 54, pp. 59-80.
- AA.VV. (2006), «Dipartimento SERT: il reporting direzionale», *Prospettive sociali e sanitarie*, 5, pp. 14-19.
- AA.VV. (2006), «Assistenza integrata del paziente diabetico nelle cure primarie lodigiane», *Occhio Clinico*, 8, pp. 28-32.
- FRIGNANI A., IMBALZANO G., NAVA A. (2005), «Il Data Warehouse a supporto delle decisioni in sanità. Il caso dell'ASL di Lodi», *Mecosan*, 49, pp. 85-98.
- REGIONE LOMBARDIA (2006), *Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009*.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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

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

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

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

#### Articoli in riviste

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

#### Rapporti/Atti

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

#### Non pubblicati

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

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

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

# La variabilità del tasso di ospedalizzazione nella Regione Veneto

N. MEZZOMO, C. CASSOL, A. NASCIMBEN, F. NIERO, F. SALA, P.P. FARONATO

*Standardized hospitalization rates for basic specialties show wide variations across different areas of Veneto, a large region located in the north east of Italy. The study analyses the phenomenon and tries to identify the main reasons behind such unexpected and unwanted result. For the different areas epidemiological conditions and mortality rates were studied but they were not able to justify the observed differences. Deeper analyses showed, instead, a clear influence of a DRG based financing system on hospitals behavior with consequences on admission rate for selected pathologies. The article presents the study and suggests the adoption of a Clinical Governance approach at all levels of the regional system.*

## Note sugli autori

Nicola Mezzomo è funzionario con funzioni di coordinamento del Servizio Controllo di gestione presso l'Ulss n. 2 Feltre

Claudia Cassol è collaboratore amministrativo presso Il Servizio Economico finanziario dell'Ulss n. 1 di Belluno

Alessandra Nascimben è collaboratore amministrativo presso Il Servizio Economico finanziario dell'Ulss n. 9 Treviso

Federica Niero è collaboratore amministrativo presso Il Servizio Controllo di gestione dell'Ulss n. 13 di Mirano

Federica Sala è assistente amministrativo presso il Servizio di Medicina legale dell'Ulss n. 7 Pieve di Soligo

Pietro Paolo Faronato è coordinatore delle Funzioni Distrettuali Ulss n. 9 di Treviso

## 1. Introduzione

Buona parte della fiducia che riponiamo nella pratica della medicina deriva dall'assunto che i medici prendano le loro decisioni sulla base di considerazioni obiettive sullo stato di salute del paziente loro affidato. In questo modo, le decisioni prese dovrebbero essere, in gran parte, indipendenti dal medico che le assume.

Sfortunatamente, pare che per la maggior parte della medicina non sia così, e la decisione clinica sembra, talvolta, più legata alle caratteristiche del professionista che la assume che alle reali condizioni cliniche del paziente.

Già negli anni '30 Glover (1938) iniziò, in modo pionieristico, ad esplorare questo problema, utilizzando dati amministrativi disponibili routinariamente. Studiando la variabilità dell'intervento di tonsillectomia fra diverse aree confinanti, giunse alla conclusione che questo era «un intervento profilattico rituale, eseguito senza particolari motivi e privo di significativi risultati».

Negli anni '90, Evans (1990), in un saggio provocatorio, scriveva:

*Il fatto più eclatante sulla vasta ed ampiamente documentata variabilità della pratica clinica presso i Paesi più sviluppati, è il minimo impatto che tale informazione ha avuto sulla politica e sulla programmazione sanitaria.*

Negli anni successivi, i molti studi condotti (Wennberg, Gittelsohn, 1973; McPherson, 1982), soprattutto nei Paesi anglosassoni, sulla variabilità del tasso di ospedalizzazione in aree confinanti, hanno dimostrato come la discrezionalità del medico condiziona, in modo importante, una grande varietà di ri-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il governo della domanda
3. Analisi socio-sanitaria
4. Materiali e metodi
5. Analisi e risultati
6. Conclusioni

coveri. Studi condotti negli Stati Uniti e in Inghilterra, inoltre, dimostrano come un numero notevole di ammissioni ospedaliere sia da considerarsi inappropriato, indipendentemente dal tasso di ospedalizzazione.

Ovviamente, molti sono i fattori che determinano variazioni nei tassi di ospedalizzazione, i principali dei quali sono l'età ed il sesso, ma la letteratura concorda sul fatto che, una volta standardizzati i dati per età e sesso, gli scostamenti oltre un certo livello esprimano la variabilità della pratica medica e della distribuzione della rete dei servizi piuttosto che reali diversità dei bisogni della popolazione.

Se definiamo appropriato quel servizio erogato solo per il paziente per cui è indicato, nel quale i benefici superano nel caso concreto i rischi, al momento giusto e al livello organizzativo ottimale (accessibile, efficace, sicuro, meno costoso), elevati tassi di inappropriatazza dei ricoveri costituiscono un rischio per la salute del paziente e un inutile spreco economico.

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di analizzare i tassi di ricovero per basse specialità nelle Aziende sanitarie del Veneto, cercando, mediante l'utilizzo di dati amministrativi correntemente disponibili (la scheda di dimissione ospedaliera) di misurarne e valutarne la variabilità e di proporre delle possibili spiegazioni ad essa.

Pur senza avere la pretesa di trarre conclusioni definitive, il lavoro offre importanti campi di riflessione e può aprire un dibattito che riteniamo possa essere utile per tutti coloro che sono chiamati ad una corretta allocazione delle risorse, in un'ottica di efficienza ed equità.

## 2. Il governo della domanda

### 2.1. Le problematiche

Nel settore socio-sanitario si devono tenere separati i concetti di bisogno, domanda e consumo (Berki, 1972; Becker, 2001).

Il bisogno si può definire come uno stato di necessità dell'individuo derivante da un malessere psicofisico, non sempre coerente al suo rischio sanitario individuale e alle conoscenze tecnico-sanitarie disponibili.

La domanda sanitaria è invece la consapevolezza dell'individuo del proprio stato di bisogno (Pierantoni, 1998).

I consumi socio-sanitari sono invece l'utilizzo di prestazioni e servizi da parte di un individuo.

Nella teoria delle scienze economiche ogni bisogno si trasforma in domanda che a sua volta attiva un'offerta e quindi un consumo (Wright, Williams, Wilkinson, 1998).

Nel mondo sanitario non tutti i bisogni si trasformano in una domanda e ciò può avvenire per molteplici motivi, anche interagenti tra loro, di natura sociale, giuridica, economica, personale o anche per la mancanza di erogazione a livello locale di prestazioni sanitarie pur disponibili sul mercato internazionale.

La relazione tra bisogno, domanda e consumo presenta nel settore sanitario una particolarità rilevante, che fonda e determina le caratteristiche del settore (Bariletti, 1982; Nobilio, Ugolini, 2001).

I bisogni che si trasformano in domanda attivano un processo fondante e peculiare del sistema sanitario. La persona, infatti, manifesta il suo bisogno ad un produttore (solitamente medico) che attraverso una serie di percorsi diagnostici individua il reale fabbisogno e quindi la domanda (Tedeschi, Tozzi, 2004).

Il medico assolve quindi la funzione di convertire il bisogno espresso in domanda, che poi l'offerta si incaricherà di soddisfare. Sono molteplici i fattori che condizionano il passaggio dal bisogno alla domanda formale di cure medico-sanitarie: l'ignoranza dell'assistito in fatto di patologia medica, ma anche le barriere che limitano l'accesso ai servizi sanitari, la mancanza di informazioni sul funzionamento dei servizi diagnostici e sulle varie alternative terapeutiche disponibili (Belleri, 2005).

Per questi motivi e, in particolare, per l'asimmetria di informazioni che caratterizza il rapporto tra medico ed assistito, il cittadino deve per forza rivolgersi ad un «agente» che ha la funzione di mediare tra bisogno avvertito e offerta di prestazioni. Vi è quindi un potere del medico di indurre domanda talvolta a prescindere dai reali bisogni dei cittadini, solo perché coerente alla propria capacità erogatrice. In molti casi vi è buona fede nel creare domanda indipendentemente dai biso-



gni, ma vi possono essere anche comportamenti opportunistici.

Roamer, con un'espressione provocatoria affermava: *un letto disponibile è un letto occupato*. Con questa frase intendeva indicare proprio la capacità di sfruttamento della domanda da parte dei medici o, in altri termini, il fatto che i medici, in virtù delle maggiori informazioni di cui dispongono rispetto ai pazienti, possono indurre la domanda.

Si determina così, spesso, un'apparente coerenza fra la struttura dell'offerta e il *mix* e il volume dei consumi: a ben vedere ciò non ci dà alcuna sicurezza sul grado di appropriatezza delle prestazioni, pur risultando i consumi coerenti con la domanda esplicita, la quale non è, però, necessariamente correlata con i bisogni o con la domanda implicita (Longo, 2001).

Diventa fondamentale, quindi, porre l'attenzione sul concetto di appropriatezza declinato nelle sue diverse dimensioni, ciascuna delle quali richiede una specifica definizione e applicazione operativa (Palmer, 1989, Gruppo di lavoro Pruo, 1994). L'appropriatezza si deve ricercare:

- nelle dotazioni infrastrutturali, con la presenza di un *mix* di dotazioni equilibrate fra le diverse tipologie di servizi;
- nella definizione di ambiti di cura a cui si invia il paziente (ospedale specialistico, servizi ambulatoriali, ecc.);
- nell'applicazione di percorsi clinico-terapeutici efficaci, derivanti da evidenze scientifiche internazionalmente riconosciute.

In una società dove aumenta la speranza di vita, dove il concetto di benessere si evolve fino ad interessare nuove sfere della vita della persona, risulta ovviamente molto più difficile tenere a freno l'aumento dei bisogni e quindi la loro distanza dalle risorse (Sirchia, 2004).

Il governo della domanda in sanità allora diventa cruciale e paradossalmente diventa il governo dell'offerta. *Nel sistema socio-sanitario, infatti, non è la domanda che crea l'offerta ma viceversa, attraverso l'orientamento dato ai cittadini dagli «intermediari» sanitari.*

Allora, governare la domanda significa non solo agire sugli utenti ma anche sulle

strutture erogatrici che la inducono, nel tentativo di rendere compatibili le dinamiche «bisogni – domanda – consumi» con «risorse – offerta – prestazioni», sia dal punto di vista clinico sanitario che economico finanziario (Ancona, 2005).

## 2.2. La variabilità nella pratica medica

L'interazione tra domanda indotta dall'offerta ed eccessive richieste da parte degli utenti «esigenti» può avere diversi effetti: rischio di iperconsumo, eccessiva variabilità delle prestazioni offerte dai medici, allungamento delle liste d'attesa, aumento della spesa, ingiustizia distributiva con conseguente disuguaglianza dell'accesso ai servizi.

Che esistano delle differenze nel trattamento medico di patologie apparentemente simili è un fatto noto (Pearson *et al.*, 1968; Bunker, 1970; McPherson *et al.*, 1982; Andersen, Madsen, Loft, 1987); in parte queste differenze dipendono dalla discrezionalità della pratica medica e in piccola parte anche dalla volontà dei pazienti (ovvero dalle loro preferenze o dalle aspettative che hanno nei confronti dei medici), ma non si deve trascurare che possa esserci un effetto non secondario collegato alla diversità di offerta dei servizi nei vari territori legata a scelte programmatiche, più o meno esplicite e motivate (Wennberg, Gittelshon, 1973).

Tali differenze possono tradursi in una sostanziale diversità della risposta assistenziale e quindi in possibili iniquità del sistema nei confronti dei cittadini.

Non bisogna dimenticare, infatti, che l'obiettivo di una politica sanitaria deve essere quello di promuovere la salute individuale e collettiva, concentrandosi sui bisogni della popolazione e non su quelli dei servizi (Celin, 2001).

Il problema diventa piuttosto complesso quando se ne vogliono analizzare le cause; nel tempo sono state sviluppate varie teorie:

- ipotesi dell'incertezza professionale. Secondo questa teoria, proposta da Wennberg (1984), quando le differenze tra aree geografiche non sono spiegabili con la diffusione di una determinata malattia o dalla disponibilità dei servizi sanitari e/o dal loro accesso, la variabilità sarebbe dovuta all'incertezza del professionista, intendendo per incertezza il

diverso valore che il singolo medico attribuisce a procedure terapeutiche alternative;

– ipotesi del disaccordo professionale. Secondo questa teoria, sostenuta da Evans (1990), i medici non sarebbero incerti su quanto praticano sul paziente, ma sarebbero in disaccordo tra loro su quel che sia meglio fare per il paziente;

– ulteriori elaborazioni. Altri autori (Mooney, Ryan, 1993) propongono altri tre elementi da approfondire: i medici potrebbero avere differenti obiettivi; i medici, pur avendo gli stessi obiettivi, si orienterebbero in modo diverso nella scelta dei trattamenti perché non sarebbero d'accordo sul metodo migliore per raggiungere l'obiettivo; i medici, pur avendo gli stessi obiettivi e basandosi sulle medesime informazioni, sarebbero in disaccordo sul metodo migliore da utilizzare perché usano differenti valori per interpretare l'informazione.

L'autonomia clinica dei medici è elemento caratterizzante nei processi di consumo delle risorse, e agire sull'autonomia clinica appare possibile solo nelle misure in cui si è in grado di proporre meccanismi di responsabilizzazione diffusi che spesso sono però di difficile realizzazione all'interno delle strutture sanitarie (Zangrandi, 1998).

### 2.3. Il governo dei produttori

Il governo della domanda in sanità è quindi un modo diverso di guardare al governo della produzione che parte dall'analisi dei bisogni e dei consumi, per indirizzare la produzione verso *output* ritenuti appropriati e socialmente prioritari (Longo, 2004b).

Le Regioni, nell'ultimo decennio, sono state sempre più coinvolte in questo percorso, sia in termini di responsabilità sul sistema di offerta (qualità, efficienza ed efficacia) che sulle risorse finanziarie (Jommi, Lecci, 2006), ed hanno avviato interventi di «avvicinamento» alla domanda sanitaria, quali il potenziamento dei distretti territoriali, la valorizzazione delle cure primarie, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e residenziale.

A questo va aggiunto il progressivo cambiamento dei bisogni della popolazione a causa di fenomeni quali l'incremento dell'età media della popolazione, molti studi

dimostrano come i consumi sanitari siano significativamente dipendenti dall'età (Cutler, Sheiner, 1998; Herwartz, Theilen, 2003), l'innalzamento della speranza media di vita, la modificazione della struttura familiare/sociale, lo sviluppo scientifico e tecnologico.

Per poter ragionare sul governo della domanda è necessario affrontare il tema del governo dei produttori. La sanità italiana si articola su più livelli istituzionali: a livello nazionale, il Ministero della salute è responsabile della pianificazione strategica di medio-lungo periodo, dell'allocazione dei finanziamenti statali alle regioni, della legislazione sanitaria nazionale; alle Regioni spetta la regolamentazione e la programmazione della produzione delle aziende ospedaliere pubbliche e private di medio-breve periodo (per es. con tetti alla spesa ospedaliera nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, nomenclatori tariffari ...); a livello locale, le aziende sanitarie sono responsabili dell'uso delle risorse per la tutela della salute, per il funzionamento e l'integrazione dell'assistenza.

Il punto di equilibrio riguardo al tema sul governo della domanda si colloca tra la tutela dell'autonomia aziendale da un lato e l'esercizio di prerogative di governo regionale dall'altro.

La Regione può esercitare un ruolo di *authority*, con funzione di regolazione di un sistema costituito da aziende indipendenti, o come *controller* di una rete di aziende autonome tra loro ma connesse oppure di *holding* con funzione di indirizzo strategico di aziende appartenenti ad un unico gruppo.

Non tutte le Regioni si comportano allo stesso modo; il Veneto, per esempio, ha un sistema di governo centralizzato e formalizzato, con una logica di tipo *top-down* della definizione degli obiettivi e un largo uso di automatismi (pareggio di bilancio, determinazione di *target* e standard di tipo strutturale e sulle attività). La Lombardia attua una programmazione «*top-down* partecipata»: gli obiettivi aziendali sono definiti dalla Regione ma attraverso un processo di mediazione e confronto con le direzioni aziendali.

Comunque, nelle varie realtà, l'azione della Regione risulta sempre concentrata sull'equilibrio economico finanziario a discapito, in parte, dell'*accountability* sui fini istituzionali (qualità e tutela della salute). È

fondamentale che le Regioni siano attente a integrare gli obiettivi aziendali di equilibrio economico finanziario con quelli istituzionali di tutela della salute, sostenendo lo sviluppo manageriale interno delle aziende, senza lederne l'autonomia, altrimenti il rischio è quello di un governo formale ed economico finanziario dei produttori anziché di un'azione di *governance*, che assegna risorse in funzione di obiettivi strategici condivisi.

La *Corporate Governance* fa riferimento a condizioni e meccanismi che assicurano (o dovrebbero assicurare) che il potere di gestione in azienda sia correttamente esercitato in funzione dei legittimi interessi istituzionali, con un chiaro riferimento al tema, quasi sovrapponibile, della *accountability* (Del Vecchio, 1998).

Se le Regioni non maturano un governo dell'offerta ospedaliera in termini di sua responsabilizzazione complessiva, continuerà ad essere elevato il rischio di dinamiche della domanda non controllabili (es. ospedali autoreferenziali che inducono domanda, domanda inappropriata per mancata integrazione tra livelli di cura, eccessi di domanda con saturazione di ospedali e quindi liste di attesa).

I principali strumenti in grado di influenzare la domanda di prestazioni sono:

- strumenti di pianificazione dei livelli di prestazioni (Livelli essenziali di assistenza ovvero il menù delle prestazioni offerte al di sotto del quale non si intende andare in termini di voci e qualità) e/o dei livelli di spesa (tetti di finanziamento, volumi di prestazioni);

- strumenti di programmazione e controllo regionale (piani sanitari regionali, contratti con produttori di prestazioni, accordi sindacali regionali con la medicina convenzionata, strumenti di governo clinico). Il piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione. Uno strumento specifico è costituito dai contratti interaziendali, quando la Regione non assume la configurazione di capogruppo operativa, ma lascia un ruolo centrale alle aziende, anche nella funzione di pianificazione;

- strumenti di compartecipazione alla spesa (ticket sui farmaci, diagnostica e specia-

listica). L'uso della leva prezzo per limitare l'eccesso di domanda trova però dei limiti legati all'inelasticità della curva della domanda sanitaria e al minore accesso alle cure di chi si trova in condizioni di bisogno;

- strumenti di regolazione di accesso alle prestazioni. Si tratta di strumenti diretti quali la prevenzione e la correzione degli stili di vita dannosi attraverso il *marketing* sociale per la salute (campagne di *screening*) e di strumenti indiretti quali nuove modalità di incentivazione e organizzazione delle cure primarie, criteri di orientamento e selezione della domanda. Per evitare che nel sistema ci sia autoreferenzialità è bene che il ruolo di trasformatore del bisogno in domanda sia diverso dal ruolo di produttore di prestazioni. I primi professionisti espliciteranno la loro bravura nel saper correlare bisogni alle domande mentre i secondi nel raggiungere livelli adeguati di prestazioni. Il sistema sanitario può scegliere di collocare il professionista che esplicita la domanda sia all'interno del sistema (es. unità di valutazione) oppure al di fuori (es. medico di medicina generale);

- strumenti di accreditamento di strutture e professionisti. L'accreditamento ovvero il riconoscimento di requisiti di qualità posseduti ha una funzione di protezione/tutela, garanzia e regolamentazione dell'accesso dei produttori idonei.

## 2.4. Creare un sistema

A chi compete la responsabilità del «controllo della domanda»?

A tutti gli attori coinvolti nella rete di relazioni che legano bisogno, domanda e offerta che è strettamente interconnessa e quindi difficilmente separabile in singole cause o responsabilità individuali.

Se il governo della domanda è la funzione incaricata di realizzare l'equilibrio tra il sistema dell'offerta ed il sistema della domanda che emerge dal processo di trasformazione esplicita del bisogno di salute, il Governo Clinico rappresenta la cornice strategica ideale da porre a servizio di questa funzione. La proposta di Governo Clinico mira al difficile tentativo di definire un sistema di responsabilizzazione integrato (Mercurio, Adinolfi, 2005) e collaborativo finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, garantire

l'eccellenza clinica ed elevati standard assistenziali.

Il principale contributo di una strategia di *Clinical Governance* al governo della domanda è il riconoscimento della centralità dei professionisti medici nella guida della dinamica «bisogni-domanda»: in particolare il *Clinical Governance* può essere visto come la cinghia di trasmissione che relaziona gli strumenti del governo della domanda con la variabile «professionista medico» (Di Stanislao, Noto, Deales, 2003).

La promozione del *Clinical Governance* non ha di per sé un effetto immediatamente operativo, in quanto rappresenta un passo propedeutico entro cui il sistema sanitario o l'azienda deliberano una strategia integrata di garanzia della qualità che implica una responsabilizzazione precisa del *top management* e dei professionisti, nel rispetto della reciprocità del ruolo e dell'autonomia professionale di entrambe le categorie.

Il riferimento originario ad un «sistema di *Clinical Governance*» è costituito dal documento «The new NHS: modern, dependable» del 1997, l'agenda per la modernizzazione del NHS inglese del *Department of Health* (DOH), che traccia le linee strategiche di un ambizioso piano di riforma del sistema sanitario britannico. Tale documento definisce il *Clinical Governance* come l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso cui le organizzazioni del NHS assumono diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per il mantenimento di elevati livelli di servizio, attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'espressione dell'eccellenza professionale (NICE – National Institute for Clinical Excellence of British National Health System, 1997).

Il sistema di *Clinical Governance* rappresenta il modo attraverso cui definire un nuovo sistema di responsabilità sull'efficacia e sull'appropriatezza dell'azione sanitaria concordato tra management e professionisti. A valle di questo accordo è quindi possibile definire un insieme di strumenti e sistemi aziendali a supporto degli obiettivi di una pratica clinica basata sulla evidenza clinica ed in linea con la missione aziendale, che garantisca l'appropriatezza clinica e l'uso razionale delle risorse e la promozione della sicurezza degli interventi.

Il concetto di *Governance* richiama la necessità di coinvolgere tutti i professionisti nella condivisione di un impegno di responsabilizzazione diffusa: i professionisti sono la risorsa che guida il sistema dell'offerta, determinando il livello di risposta e le risorse impiegate; essi sono dotati di una elevata autonomia nella definizione del bisogno dell'utente e nell'attivazione delle modalità di risposta più opportune. Emerge l'esigenza di sviluppare modalità alternative per assicurare la realizzazione dell'obiettivo comune – il miglioramento della qualità dell'assistenza, grazie agli attori coinvolti nel sistema di gestione.

In particolare la responsabilizzazione dei professionisti si declina su quattro dimensioni:

- verso i pazienti, come responsabilità legata all'erogazione di cure efficaci e di qualità, improntata alle migliori evidenze scientifiche;
- verso i colleghi, come autodisciplina, ovvero volontà e disponibilità del medico di discutere dei propri errori, di valutare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi professionali e la capacità di confrontarsi all'interno di una *équipe*;
- verso la società, in termini di efficienza allocativa, come responsabilità nell'erogazione di prestazioni sanitarie compatibili, anche in termini di equità, con la distribuzione delle risorse disponibili all'interno della comunità;
- verso gli amministratori, come uso efficiente delle risorse a disposizione.

La promozione di un sistema di *Clinical Governance* rappresenta esplicitamente uno strumento per sistematizzare un insieme di strategie, interventi e meccanismi operativi che complessivamente garantiscono «qualità» (Cosmi, 2004).

La *clinical governance* non è quindi «il governo sui clinici» e neppure «il governo da parte dei clinici», ma è «il governo con i clinici»: un terreno dove i diversi professionisti e le organizzazioni sanitarie possono mettere in pratica le loro competenze (*evidence-based*) (Cochrane, 1972), sviluppare i loro rispettivi ambiti di autonomia e dove devono rispondere ai diversi portatori di interessi

delle loro scelte e del loro modo di operare (Wright, Hill, 2003).

### 3. Analisi socio-sanitaria

#### 3.1. Analisi socio-sanitaria nella Regione Veneto

La scarsità di risorse che il sistema sanitario si trova a dover affrontare impone riflessioni e ricerche di nuove strategie per riorganizzare il sistema e farlo funzionare coniugando al meglio i criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

Se nella disciplina economica il concetto di domanda e di offerta sono definiti e chiari universalmente, in sanità i due termini acquistano un senso più sfumato poiché molto spesso la domanda, come visto precedentemente, è indotta dall'interpretazione di un bisogno del singolo ad opera di un professionista. In questo rapporto peculiare che si instaura tra paziente e medico è stato dimostrato come a volte non sia la domanda a determinare l'offerta, ma l'offerta a produrre la domanda corrispondente (Loiudice, 2001).

I dati desunti dalla prassi regionale, concordi con la letteratura internazionale, indicano l'aumento progressivo della domanda di salute espressa direttamente dal cittadino, che vede la prevalenza di cause quali: l'invecchiamento della popolazione, la maggiore incidenza delle malattie cronic-degenerative, lo sviluppo e la diffusione di prestazioni ad alto contenuto tecnologico, che provocano, in un contesto di risorse limitate, ripercussioni negative sulla corretta erogazione delle cure con sovrapposizioni di interventi, allungamento delle liste di attesa, effettuazione di ricoveri impropri, non efficace continuità assistenziale, carenza di sistemi informativi ed educativi appropriati (Relazione socio-sanitaria del Veneto, 2002).

Solo recentemente, consapevoli della scarsità di risorse, si è compreso come lo squilibrio tra domanda ed offerta implichi la necessità di operare un razionamento delle prestazioni.

Uno dei settori dove lo si opera sono le strutture erogatrici di ricoveri ospedalieri. Dall'istituzione del Ssn nel 1978 passando per il D.L.vo 502/92 e proseguendo soprattutto con gli ultimi accordi Stato-Regioni<sup>1</sup>, il legislatore ha puntato sempre più alla riconversione e all'accorpamento di strutture di piccole dimensioni. Così nel Veneto il numero di presidi ospedalieri nel 2003 ammontava a 90 (**figura 1**), tre strutture in meno rispetto al 2000, quando nel 1995 erano 102 (Visentini, 2004). I posti-letto sono passati da 22.062 nel 2003 agli attuali 21.023 stabiliti con del. G. reg. Veneto n. 751/05 (Regione Veneto, 2005).

Per quanto riguarda la ridefinizione della rete ospedaliera, occorre sottolineare come la finalità strategica della programmazione socio-sanitaria regionale consista nel promuovere l'evoluzione del modello veneto affinché essa sia guidata dai reali bisogni e non da quanto indotto dalla disomogeneità dell'offerta e da situazioni non sufficientemente presidiate (Relazione socio-sanitaria del Veneto, 2002).

La contrazione interessa i posti-letto per degenza ordinaria, più marcata nei presidi pubblici che in quelli privati (**grafico 1**). I posti-letto per ricovero diurno, invece, negli anni più recenti sono in aumento, secondo la politica di favorire tale tipo di ricovero per un miglior utilizzo delle strutture sanitarie (al ricovero diurno nel 2003 è dedicato quasi l'11% dei posti-letto).

Limitando l'analisi temporale ai posti-letto per degenza ordinaria, per cui è possibile ricostruire una serie storica di medio periodo, emerge con evidenza il netto ridimensionamento, a partire dall'avvio della riforma

| 2002                | Aziende Ospedaliere | Presidi Ospedalieri Ulss | IRCCS | Case di Cura Presidio di Ulss | Case di Cura Private | Ospedali classificati |
|---------------------|---------------------|--------------------------|-------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|
|                     | 0                   | 1                        | 3     | 4                             | 5                    | 8                     |
| Presidi Ospedalieri | 2                   | 61                       | 0     | 7                             | 16                   | 4                     |

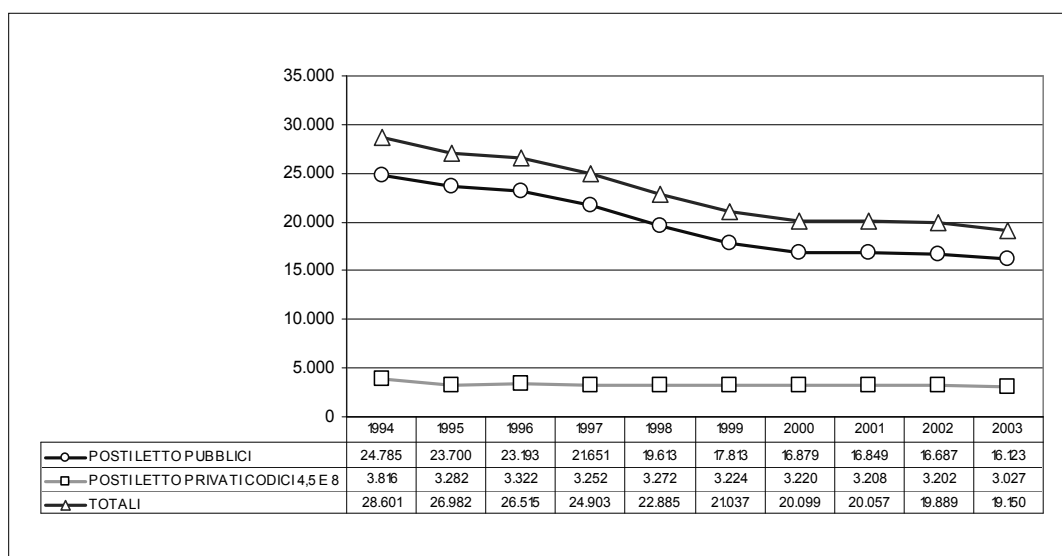
  

| 2003                | Aziende Ospedaliere | Presidi Ospedalieri Ulss | IRCCS | Case di Cura Presidio di Ulss | Case di Cura Private | Ospedali classificati |
|---------------------|---------------------|--------------------------|-------|-------------------------------|----------------------|-----------------------|
|                     | 0                   | 1                        | 3     | 4                             | 5                    | 8                     |
| Presidi Ospedalieri | 2                   | 61                       | 1     | 7                             | 15                   | 4                     |

**Figura 1**  
Presidi ospedalieri nel Veneto anni 2002-2003

**Grafico 1**

Trend temporale dei posti-letto per degenza ordinaria anni 1994-2003 - Regione Veneto



del Ssn, dei posti-letto complessivi attivi in Veneto: dal 1994 al 2000 diminuiscono di 8.500 unità (- 30%).

Tale andamento è la risultante di dinamiche differenziate, in particolare:

- ha interessato prevalentemente il settore pubblico (- 32%) e solo marginalmente il settore privato (- 15%);

- si è sviluppato in modo continuo lungo tutto il periodo e in misura relativamente costante, anche se si osserva una maggiore accelerazione in corrispondenza degli atti programmatici regionali in materia: del. G. reg. Veneto n. 3223/02 (Regione Veneto, 2002) e in particolare del. G. reg. Veneto n. 740/99 (Regione Veneto, 1999)<sup>2</sup>.

Il processo di riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse strutturali si realizza anche favorendo lo sviluppo del ricovero diurno. In questo senso mentre il dato riguardante le strutture pubbliche è aumentato di circa 2 punti percentuali nel corso degli anni 2000-2001, raggiungendo così l'11,6% dei posti-letto totali, nelle strutture private questa tendenza non è confermata perdendo nello stesso periodo più di 2 punti percentuali e posizionandosi così attorno all'attuale 5,5%.

Aumentano i ricoveri di tipo chirurgico mentre calano quelli di tipo medico, in ragione anche di una maggiore presa in carico da parte dei servizi territoriali. Più nello specifi-

co, per quanto riguarda i ricoveri ordinari, sia i ricoveri di tipo medico che chirurgico sono in progressiva ma evidente diminuzione, al contrario si assiste ad un costante aumento dei ricoveri diurni di tipo chirurgico (figura 2, grafico 2 e 3), segno di un più diffuso ricorso a interventi di *day surgery*, in conformità alle linee-guida nazionali e regionali (Visentini, 2004).

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione residente esprime la domanda di ricovero ospedaliero da parte dei cittadini residenti in un determinato territorio che ha trovato soddisfazione, indipendentemente dal luogo in cui la risposta sia avvenuta, all'interno o all'esterno della regione.

Nel triennio 2002-2004, nella nostra regione, si sono registrati dei tassi di ospedalizzazione tendenzialmente decrescenti, al netto della mobilità extraregionale, di circa 185 ricoveri per mille abitanti nel 2002, di 179,5 ricoveri per mille abitanti nel 2003 e di 181 ricoveri per mille abitanti nel 2004 (grafico 4), ma ancora al di sopra dell'obiettivo fissato nel 160 per mille come previsto dalla L. reg. 39/93, approvata in attuazione della L. 412/91.

Anche se, come detto, l'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha fissato l'obiettivo nazionale a 180 ricoveri per mille abitanti.

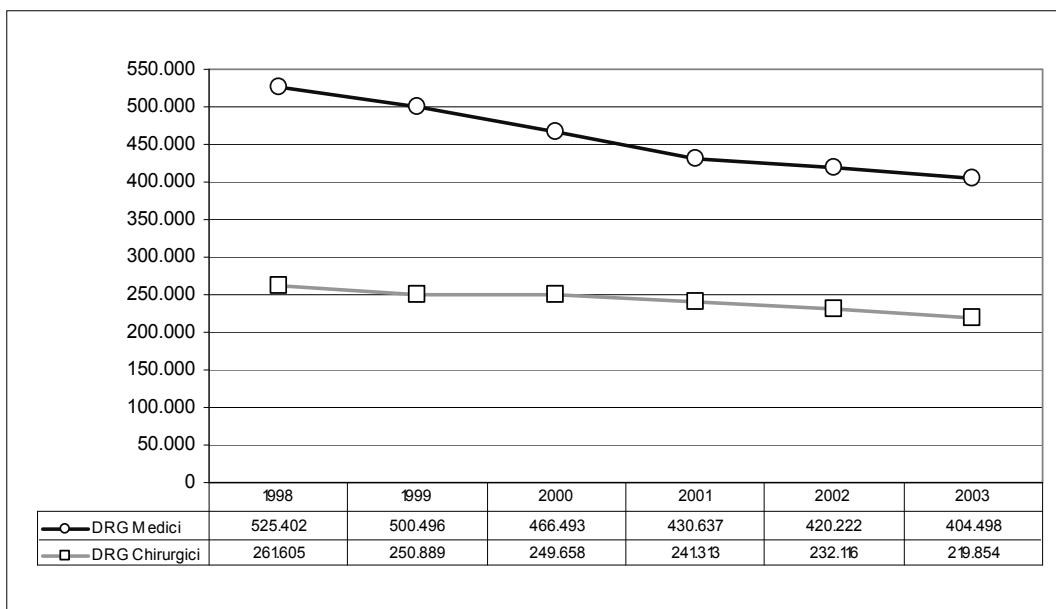
Alcuni studi hanno evidenziato come l'erogazione di talune prestazioni sanitarie non siano appropriate dal punto di vista or-

|                                | 1999         | 2000          | 2001          | 2002          |
|--------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>TASSI RICOVERI ORDINARI</b> | <b>9,50</b>  | <b>-9,80</b>  | <b>-5,00</b>  | <b>-7,74</b>  |
| <b>TREND DI DIMINUZIONE</b>    | <b>5,62%</b> | <b>-6,14%</b> | <b>-3,34%</b> | <b>-5,35%</b> |

|                              | 1999           | 2000          | 2001          | 2002         |
|------------------------------|----------------|---------------|---------------|--------------|
| <b>TASSI RICOVERI DIURNI</b> | <b>-16,60</b>  | <b>-2,60</b>  | <b>5,28</b>   | <b>2,97</b>  |
| <b>TREND DI EVOLUZIONE</b>   | <b>-24,41%</b> | <b>-5,06%</b> | <b>10,81%</b> | <b>5,49%</b> |

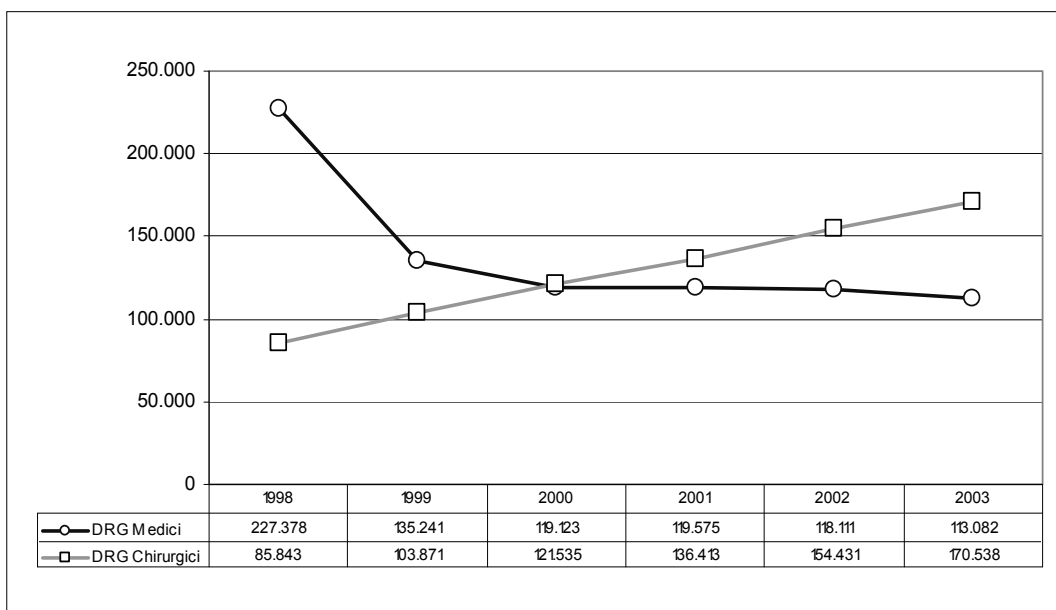
**Figura 2**

Trend temporale ricoveri diurni e ordinari anni 1999-2002 – Regione Veneto



**Grafico 2**

Trend temporale ricoveri ordinari anni 1998-2003 – Regione Veneto

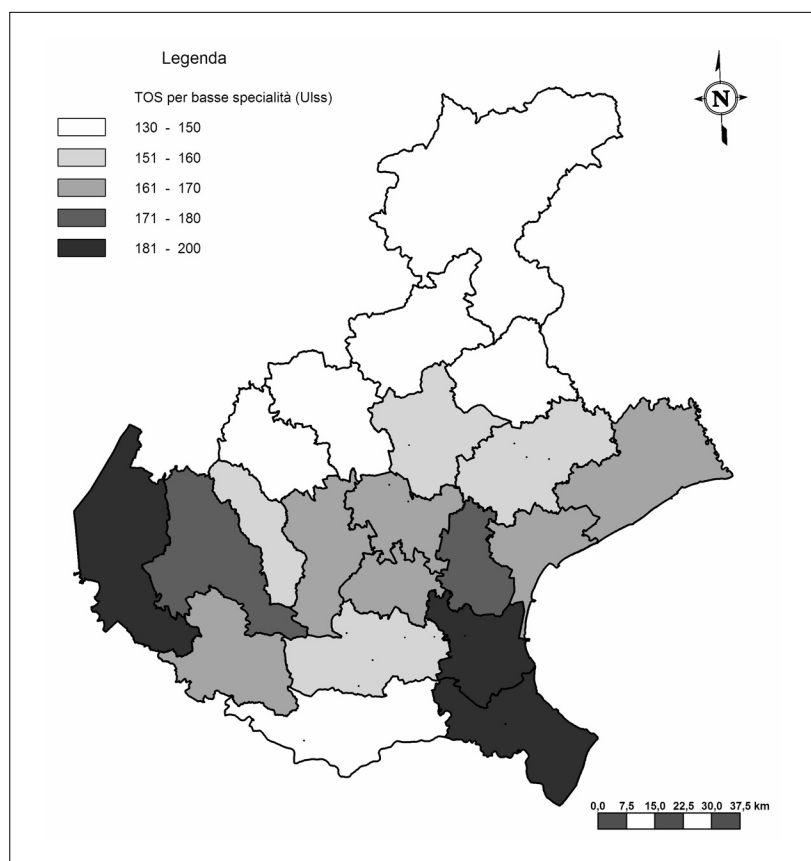
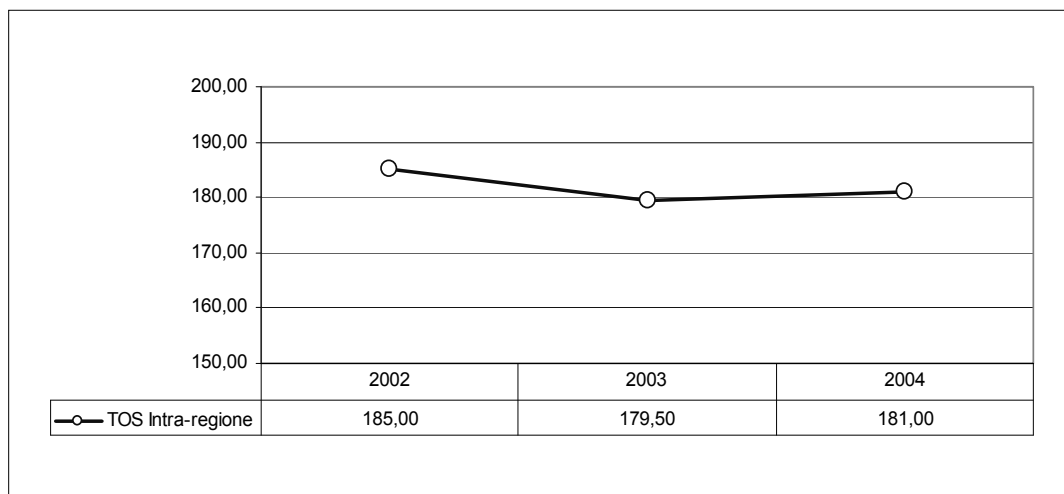


**Grafico 3**

Trend temporale ricoveri diurni anni 1998-2003 – Regione Veneto

**Grafico 4**

Trend temporale Tos su ricoveri intra-regione anni 2002-2004 – Regione Veneto

**Figura 3**

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per le Ulss del Veneto anno 2004 basse specialità

ganizzativo, ossia appropriatezza delle giornate di degenza o dei livelli di erogazione, oppure dal punto di vista clinico, ossia appropriatezza diagnostica e terapeutica. Alcuni autori (Vasara, 2004) hanno poi cercato di quantificare i costi dell'inappropriatezza

definiti come il risparmio ottenibile non erogando prestazioni inappropriate. Interessante è allora notare come nella nostra Regione ci siano tassi di ospedalizzazione molto diversi tra loro e quindi probabilmente portatori al loro interno di diversi gradi di inappropriatezza (**figura 3**). Ma da cosa dipende questa variabilità dei tassi di ospedalizzazione?

Quasi certamente non è data da motivi epidemiologici in quanto come precisato nella Relazione socio-sanitaria anno 2002 della Regione Veneto:

*L'evoluzione del quadro epidemiologico veneto, durante il XX secolo, ha comportato una drastica riduzione delle malattie infettive e la diffusione delle patologie non-trasmissibili, in particolare delle patologie neoplastiche e cardiovascolari, che da sole coprono oltre il 70% delle cause di morte dei residenti nel Veneto. Nonostante l'epidemia di AIDS iniziata a metà anni '80, i decessi per malattie infettive sono stati ridotti da quasi 12.000 all'inizio degli anni '30 a poco meno di 300 alla fine degli anni '90. La mortalità ed anche la morbosità per malattie infettive immunizzabili dell'infanzia ha raggiunto frequenze molto basse in conseguenza degli elevati tassi di copertura vaccinale degli interventi di profilassi introdotti negli ultimi 50 anni in Italia e nel Veneto. Inoltre, l'epidemia di AIDS è evoluta positivamente negli ultimi 5 anni e ciò è conseguenza dei progressi terapeutici ottenuti con i farmaci anti-retrovirali e della riduzione della trasmissione tra i tossicodipendenti, il gruppo più colpito nella nostra regione.*



La popolazione del Veneto continua a godere di buone condizioni di salute, migliori che in passato. I progressi sono stati ottenuti in tutte le classi d'età anche se hanno riguardato prevalentemente l'età infantile e le donne in età fertile. Tra il 1955 e il 2000, la speranza di vita alla nascita si è allungata di 17 anni per gli uomini e di 20 anni per le donne: risultando leggermente più alta di quella nazionale.

L'aumento della speranza di vita riflette una riduzione della mortalità anche delle età più avanzate: la speranza di vita degli ultra sessantenni solo nell'ultimo decennio è aumentata per ciascuno dei due sessi di oltre due anni.

L'ultima Relazione socio-sanitaria del Veneto anno 2004 (dati 2002-2003) riconferma che:

*La speranza di vita alla nascita continua ad aumentare nella nostra Regione per entrambi i sessi. Ciò evidenzia un ulteriore miglioramento dello stato di salute dei cittadini veneti rispetto al recente passato che si riflette in una minore mortalità anche nelle età avanzate. Tale diminuzione si rileva tuttavia su tempi lunghi, superiori al decennio.*

Nella medesima Relazione viene ribadito che la longevità attuale della popolazione veneta risulta la migliore di sempre e ciò grazie alla riduzione della mortalità soprattutto tra gruppi vulnerabili quali donne e bambini.

Per una valutazione globale dello stato di salute della popolazione, però, non è sufficiente considerare indicatori oggettivi calcolati sulla base di informazioni riferite all'assenza di malattia o al benessere fisico, come i tassi di ospedalizzazione o le giornate di degenza distinte per fasce di età e con riferimento alle patologie più frequenti, bensì diventa non indifferente cogliere anche gli aspetti più soggettivi, collegati alla capacità di percepirsi in una situazione di «benessere fisico, mentale e sociale», secondo la più ampia definizione di salute accolta dall'OMS nella dichiarazione della conferenza internazionale di Alma Ata nel 1978.

I differenziali di salute all'interno della popolazione di una regione sono dovuti a cause diverse:

- di origine geografica come popolazione residente, densità abitativa, presenza di comunità montane, distanze medie percorribili in auto tra i vari comuni;

- di origine demografica come gli indici di vecchiaia, di dipendenza, di natalità, di mortalità;

- di origine socio-economica come l'indice sintetico di deprivazione<sup>3</sup> o il numero di famiglie presenti sul territorio;

La percezione soggettiva di benessere così inteso, deriva perciò non solo dalla capacità di autodefinirsi in buone condizioni di salute fisica, ma anche in equilibrio con se stessi e con il contesto in cui si vive, cioè dalla capacità di avvertire che l'ambiente circostante è in grado di dare risposte ai bisogni di salute e a quelli, più generali, di qualità di vita e di relazione (Regione Valle d'Aosta, 2004).

Secondo i dati Istat, la percentuale di cittadini del Veneto che considerano il proprio stato di salute buono o ottimo è superiore al 70% e non presenta particolari differenze fra le diverse province.

Le Relazioni socio-sanitarie della Regione Veneto, considerate ai fini dello studio, non evidenziano particolari fenomeni di natura socio-economica o epidemiologica tali da giustificare l'ampia variabilità riscontrata nel numero di ricoveri fra le diverse Ulss del Veneto, soprattutto se si considera che i ricoveri analizzati si riferiscono alle basse specialità.

Con questo non si esclude, comunque, come lo studio possa essere ulteriormente approfondito e l'analisi ulteriormente affinata considerando anche ulteriori cause che incidono sulla domanda di salute della popolazione, come quelle sopra esposte.

L'ipotesi che la presenza di strutture ospedaliere in un territorio influenzi la domanda (e forse il bisogno del singolo) e quindi faccia aumentare il tasso di ospedalizzazione ci ha indotto ad analizzare i dati ricavati dalle Sdo 2004 provenienti da tutte le strutture regionali.

Nei successivi capitoli si approfondiscono i metodi, gli strumenti, i materiali usati per l'analisi dei dati e la conclusione a cui essa ci ha condotto.

## 4. Materiali e metodi

### 4.1. Materiali utilizzati nell'analisi del progetto

L'oggetto di questo lavoro si fonda sull'analisi della Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo)<sup>4</sup>. Tale documento è molto ricco di informazioni che si prestano a molteplici chiavi di lettura non solo di tipo clinico. Le informazioni contenute nella Sdo sono raggruppabili in 5 categorie:

- dati socio demografici sul paziente (età, sesso, data di nascita, comune di nascita, comune di residenza);
- dati relativi al reparto di ricovero, agli eventuali trasferimenti (fino a quattro) e al reparto di dimissione, tutti associati alle relative date;
- dati relativi alle diagnosi classificate in diagnosi principale e diagnosi concomitanti o secondarie (fino a tre);
- dati relativi agli interventi chirurgici o alle principali procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate;
- stato alla dimissione del paziente ed eventuale suo trasferimento ad altro istituto.

Questo insieme di informazioni soddisfa i requisiti informativi minimi stabiliti dalla Comunità europea nelle EMBDS<sup>5</sup> previste per ogni episodio di ricovero in regime ospedaliero e tali da soddisfare le principali esigenze di gestione degli ospedali e di ricerca epidemiologica e clinica.

Della struttura della scheda, che prevede la compilazione di circa 70 campi, sono state selezionate solo alcune tipologie di informazioni utili al fine dello studio: l'Azienda Ulss di provenienza, l'Azienda erogatrice della prestazione, il codice identificativo dell'istituto che ha prodotto il ricovero, il Drg<sup>6</sup>, il codice regime di ricovero, l'età e il comune di residenza del paziente.

I dati 2004 relativi alle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), disponibili presso la Direzione delle risorse socio-sanitarie della Regione Veneto, sono stati ricavati dal *data-warehouse* regionale.

Inoltre importante strumento di analisi nell'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero risulta essere la del. G. reg. Veneto n. 751/05 (Regione Veneto, 2005), con

la quale la Regione Veneto ha adeguato il sistema di cura ospedaliera al cambiamento e alla diversificazione dei bisogni di salute ed ha realizzato una più efficiente distribuzione delle risorse a fronte di più efficaci modelli di gestione delle medesime. Le schede di dotazione ospedaliera definiscono la dotazione strutturale delle Aziende Ulss e delle Aziende ospedaliere, nonché delle strutture private preaccreditate, e specificano la destinazione funzionale degli ospedali, indicando altresì l'ammontare dei posti-letto complessivi e dei posti-letto per aree funzionali omogenee e delle apicalità. In particolare all'allegato B di tale documento viene definita la rete ospedaliera pubblica prevedendo la dotazione di posti-letto, funzioni e apicalità delle strutture a gestione pubblica, per ogni singola Azienda Ulss della Regione Veneto, mentre all'allegato C viene definita la dotazione dei posti-letto delle strutture a gestione privata.

La Regione Veneto, sempre nell'ottica di un governo dell'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero volto a garantire a tutti i cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, ha provveduto ad ampliare l'elenco dei 43 Drg ad «alto rischio di inappropriatazza» (Regione Veneto, 2004) e con la del. G. reg. Veneto n. 2227/02 (Regione Veneto, 2002), ha identificato, sulla base delle rilevazioni regionali, i valori percentuali/soglia per l'erogazione in regime ordinario dei 43 Drg indicati nel DPCM del 2001, più ulteriori 9 Drg ad alto rischio di inappropriatazza.

Inoltre, ai fini dell'analisi del presente lavoro è stato necessario analizzare la popolazione suddivisa per fasce d'età e per comune di residenza, appartenente ad ogni singola Azienda Ulss al 31/12/2004. Tale dato costituisce un allegato al Bilancio economico preventivo che ogni Azienda sanitaria deve redigere e inoltrare alla Regione Veneto.

È stata oggetto della nostra analisi anche la del. G. reg. Veneto n. 1371/04 (Regione Veneto, 2004) che descrive i criteri e le modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici per gli anni 2003 e 2004.

In tale delibera viene programmata l'erogazione da parte dei soggetti pubblici e privati preaccreditati, con oneri a carico del Ssr, delle prestazioni in regime di ricovero ospe-

daliero e definita l'insieme di regole e criteri relativi al meccanismo di remunerazione tariffarie delle prestazioni stesse.

Obiettivo di tale delibera è il governo dell'offerta delle prestazioni ospedaliere (come previsto dal D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche) attraverso il contenimento del tasso di ospedalizzazione.

#### 4.2. Metodologia ed indicatori utilizzati nello sviluppo del progetto

Il progetto ha richiesto l'utilizzo integrato di molteplici fonti informative esistenti, come già evidenziato nel paragrafo relativo ai materiali utilizzati. Seguendo un preciso percorso metodologico tali informazioni sono state unificate in un unico *database* Access contenente gli archivi strutturati in modo specifico al fine di procedere all'elaborazione di dati sintetici che potessero validare gli obiettivi del progetto stesso.

##### *Archivi utilizzati*

L'archivio principale utilizzato per lo studio è stato quello delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo).

L'archivio contenente le Sdo è stato strutturato come segue:

- *identificazione dei ricoveri di bassa specialità*: sono state escluse dall'analisi le Sdo contenenti Drg classificati di alta specialità<sup>7</sup> e i neonati sani<sup>8</sup>;

- *distinzione dei ricoveri in ordinari e diurni*: nel *database* il differente regime di ricovero è identificato dal campo «Codice regime ricovero» (1 = ricovero ordinario, 2 = ricovero diurno);

- *distinzione dei ricoveri in medici e chirurgici*: nel *database* la tipologia di ricovero è identificata dal campo «Tipo ricovero» (M = medico, C = chirurgico);

- *identificazione dei ricoveri con Drg potenzialmente inappropriato*: tali ricoveri sono stati evidenziati nel *database* tramite una specifica tabella denominata «Drg potenzialmente inappropriati»;

- *distinzione dei ricoveri in base alla tipologia di struttura di offerta*: ogni struttura erogatrice è stata classificata secondo la del. G. reg. Veneto n. 751 (Regione Veneto, 2005).

Tali strutture sono state inserite nella tabella «Codifica ospedali». La distinzione tra i vari istituti di ricovero è stata determinata sulla base della modalità di finanziamento in vigore: finanziamento a prestazione per le aziende ospedaliere, le sperimentazioni gestionali e le strutture private preaccreditate e finanziamento a quota capitaria per gli ospedali capoluogo di provincia, gli ospedali di rete, gli ospedali integrativi della rete e i centri sanitari polifunzionali.

Il secondo archivio utilizzato è stato quello della popolazione residente in Veneto al 31/12/2004.

L'archivio è stato strutturato creando una tabella contenente la popolazione raggrupata per fasce di età e classificata in base al comune di residenza (individuato secondo la codifica Istat dei Comuni d'Italia). Ad ogni Comune del Veneto è stata, inoltre, associata l'azienda Ulss di riferimento.

Nel terzo archivio sono state inserite, invece, le strutture di ricovero ospedaliero del Veneto suddivise fra strutture finanziate a prestazione e strutture finanziate a quota capitaria e associando a ciascuna di queste il comune nel quale ha sede la struttura stessa.

##### *Indicatori utilizzati*

Per la nostra analisi abbiamo utilizzato due indicatori di attività, scelti fra quelli comunemente impiegati nell'analisi dei dati di ospedalizzazione. Si espongono di seguito le modalità di calcolo ed il loro significato sanitario.

Come primo indicatore è stato usato il *Tasso di ospedalizzazione standardizzato*. L'indicatore di attività «tasso di ospedalizzazione» esprime una media dei ricoveri in un dato periodo per 1000 abitanti e rappresenta la più comune misura dell'impatto esercitato da una causa di ricovero sulla popolazione (Regione Valle d'Aosta, 2002).

Il Tasso di ospedalizzazione standardizzato (Tos)<sup>9</sup> è una media ponderata dei tassi specifici di ospedalizzazione per età, in cui per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento (Regione Emilia-Romagna, 2000). Nel caso specifico la popolazione tipo utilizzata è quella regionale al 31/12/2004. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa com-

posizione per età delle popolazioni su cui è calcolato e della diversa densità abitativa (si veda la **figura 4**), rendendo così possibile il confronto tra tassi riferiti a popolazioni differenti.

Come già accennato in precedenza, nella nostra analisi sono stati elaborati gli archivi presenti nel *database* Access incrociando i dati relativi alle Sdo 2004 intra/extra-regionali con la popolazione residente in Regione Veneto al 31/12/2004. Da tali elaborazioni sono stati prodotti i seguenti Tos:

- Tos per pazienti residenti in Veneto e ricoverati in strutture sanitarie regionali venete (Tos intra-regionale);
- Tos per pazienti residenti in Veneto e ricoverati in strutture sanitarie extraregionali (Tos extra-regionale);

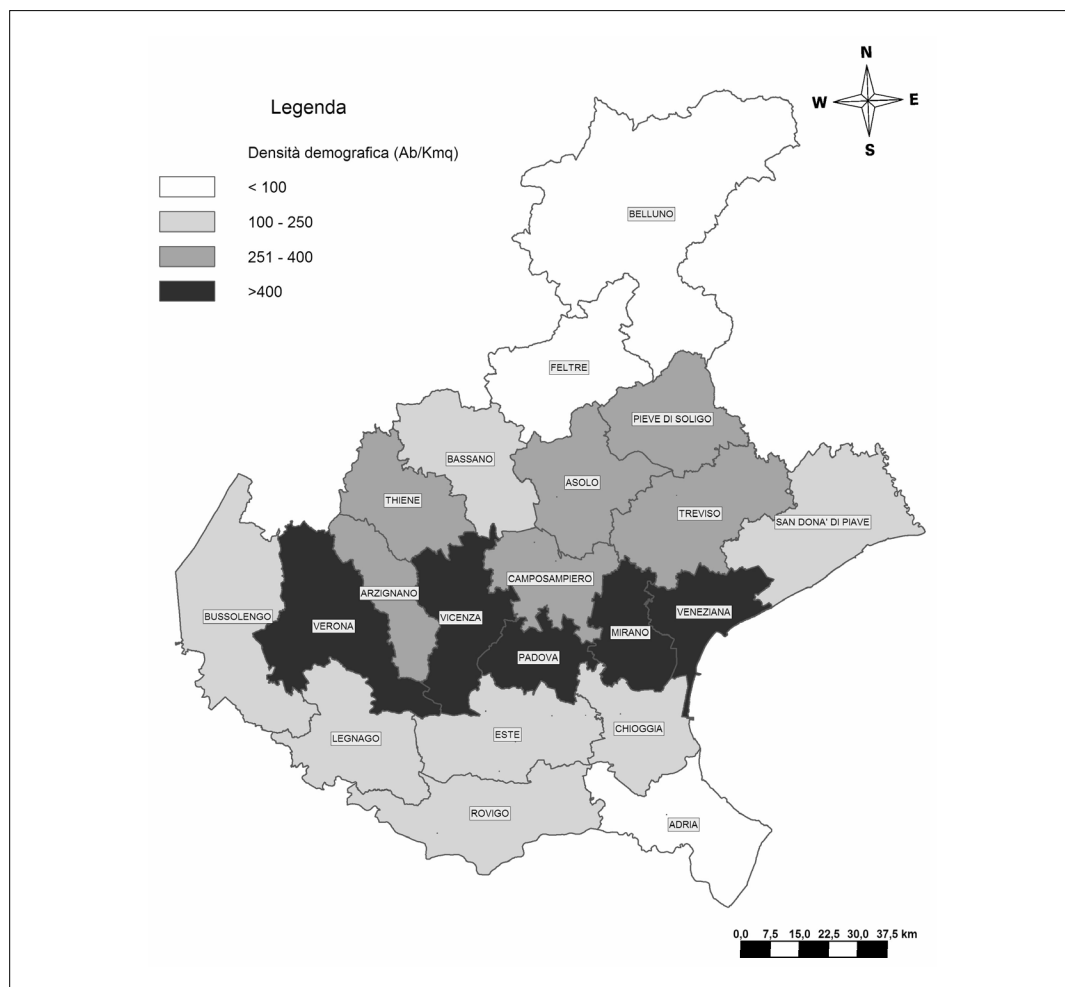
- Tos totale per pazienti residenti in Veneto (Tos intra-regionale + Tos extra-regionale).

I Tos specifici sono stati calcolati seguendo i criteri di seguito sintetizzati:

- ricoveri ordinari e diurni di bassa specialità, inclusi i casi con degenza pari a 0-1 giorno, esclusi i neonati sani, i ricoveri effettuati da alcune specifiche unità operative e alcuni specifici Drg che identificano «l'alta specialità» (7);
- ricoveri ordinari e diurni classificati per classi di età secondo la classificazione regionale;
- ricoveri riferiti all'area geografica (Provincia/Ulss/Comune) di effettiva residenza

**Figura 4**

Popolazione residente per Km<sup>2</sup> Regione Veneto anno 2004



del paziente, prescindendo da dove sia stato effettuato il ricovero.

Successivamente, sulla base dei criteri esposti, sono stati calcolati diversi tipi di Tos utili ai fini della nostra ricerca, con riferimento all'Ulss/comune di residenza del paziente<sup>10</sup>.

Il secondo indicatore utilizzato è stato l'*indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere*.

L'Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere (Idps)<sup>11</sup> esprime, percentualmente, a quali strutture/aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera. Da un altro punto di vista, tale indice esprime in che percentuale le diverse strutture/aziende contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione delle Aziende Usl.

Nella nostra analisi l'Idps è stato costruito prima con riferimento ad ogni singola Ulss e poi raggruppando le varie aziende Ulss oggetto di studio in «area vasta» secondo la del. G. reg. Veneto n. 3456/04 (Regione Veneto, 2004), identificata come la provincia di appartenenza.

Tale indice è stato calcolato seguendo due criteri:

- Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere dell'Ulss o della Provincia: percentuale di ricoveri effettuati sui residenti nell'area da strutture ospedaliere dell'area stessa;

- Indice di dipendenza della popolazione da strutture finanziate a prestazione dell'Ulss o della Provincia: percentuale di ricoveri effettuati sui residenti nell'area da strutture private dell'area stessa.

#### *Strumenti di analisi*

Il metodo da noi usato, per correlare i dati raccolti e rielaborati, è quello dell'*analisi di regressione semplice*. Questo sistema consiste nello sviluppo di un modello statistico che possa essere usato per prevedere i valori di una variabile che chiameremo dipendente, sulla base di valori di almeno una variabile che chiameremo esplicativa o indipendente (Berenson, Levine, 2001).

L'analisi di correlazione ci ha permesso invece di misurare l'intensità dell'associa-

zione tra le due variabili considerate. L'intensità della relazione viene misurata dal coefficiente di determinazione  $R^2$  che misura la proporzione della variazione che viene spiegata dalla variabile indipendente per il modello di regressione. Quando questo coefficiente assume un valore uguale ad 1 allora è massima l'intensità della relazione fra le due variabili<sup>12</sup>.

Nell'analisi di regressione i valori delle variabili dipendente ed indipendente sono stati segnati su un diagramma bidimensionale, chiamato diagramma a dispersione.

Lo studio può essere ulteriormente approfondito e la ricerca ulteriormente affinata utilizzando analisi statistiche multivariate che ricerchino degli ulteriori rapporti di causa-effetto considerando anche variabili cliniche (severità, presenza di malattie, livello di autosufficienza) e variabili socio-demografiche (condizioni familiari, età, istruzione). I risultati dello studio ci fanno supporre, però, come l'attenzione vada posta, forse, più sull'appropriatezza delle prestazioni erogate che non sulla ricerca di concause di tipo clinico o socio-demografico, supportati su questa ipotesi anche dai dati esposti nelle Relazioni socio-sanitarie della Regione Veneto da noi considerate.

Le *rappresentazioni cartografiche* del Veneto sono state realizzate con il supporto del programma GeoMedia versione 5.2: sistema informativo geografico (G.I.S.) operante in ambiente *Windows* progettato per l'elaborazione integrata di basi dati geografiche.

## **5. Analisi e risultati**

### 5.1. Il Tasso di ospedalizzazione standardizzato calcolato per le Ulss del Veneto

Obiettivo della nostra analisi è stato quello di studiare i rapporti fra distribuzione spaziale nel territorio veneto delle strutture di offerta di prestazioni di ricovero e tasso di ospedalizzazione nelle varie Ulss (Petrelli *et al.*, 2005).

L'analisi ha fatto riferimento alle basse specialità, poiché questa tipologia di ricoveri, erogabili in tutte le strutture ospedaliere della Regione, dovrebbero essere prodotti principalmente dalle strutture di ricovero situate nel territorio dell'Ulss di appartenenza

del cittadino così da garantire equità nell'accesso alle strutture ospedaliere.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per le basse specialità (Tos) presenta un'ampia dispersione fra le 21 Aziende sanitarie del Veneto (grafico 5).

Il grafico 6, riporta i valori del Tos per le basse specialità, raggruppati in sette classi di frequenza di eguale ampiezza. Il Tos si distribuisce in modo normale, con il valore

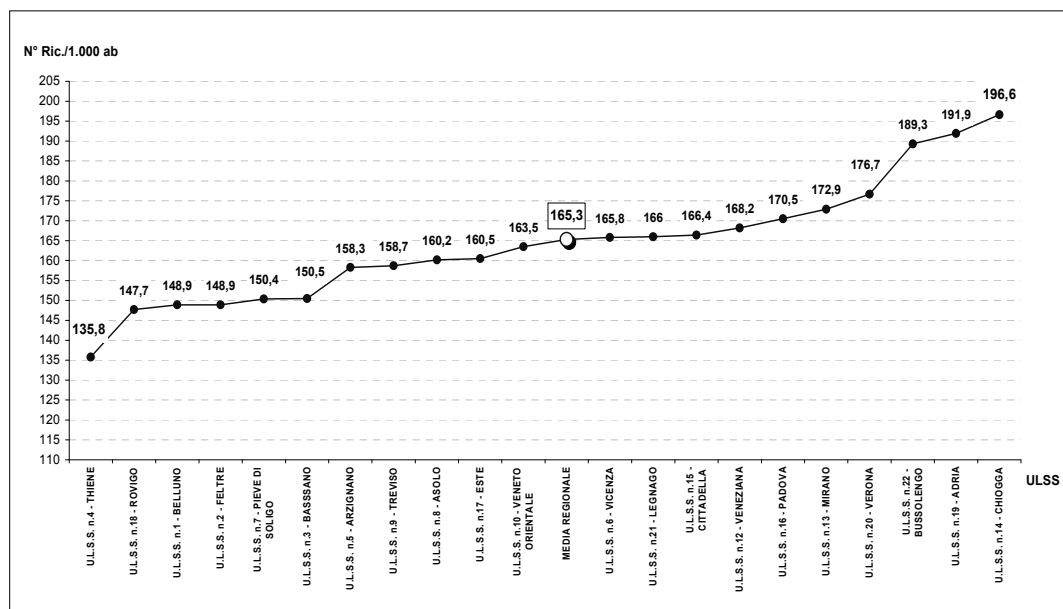
medio regionale (165,3 ric. ‰ ab) posizionato nella classe centrale, contraddistinta con il colore più scuro.

Il grafico 7 mette in relazione il Tos con il numero di posti-letto presenti nelle diverse Aziende (tabella 1), come previsto dalla del. G. reg.Veneto n. 3223/02 (Regione Veneto, 2002).

Data l'impossibilità di identificare i posti-letto dedicati alle alte e alle basse specialità,

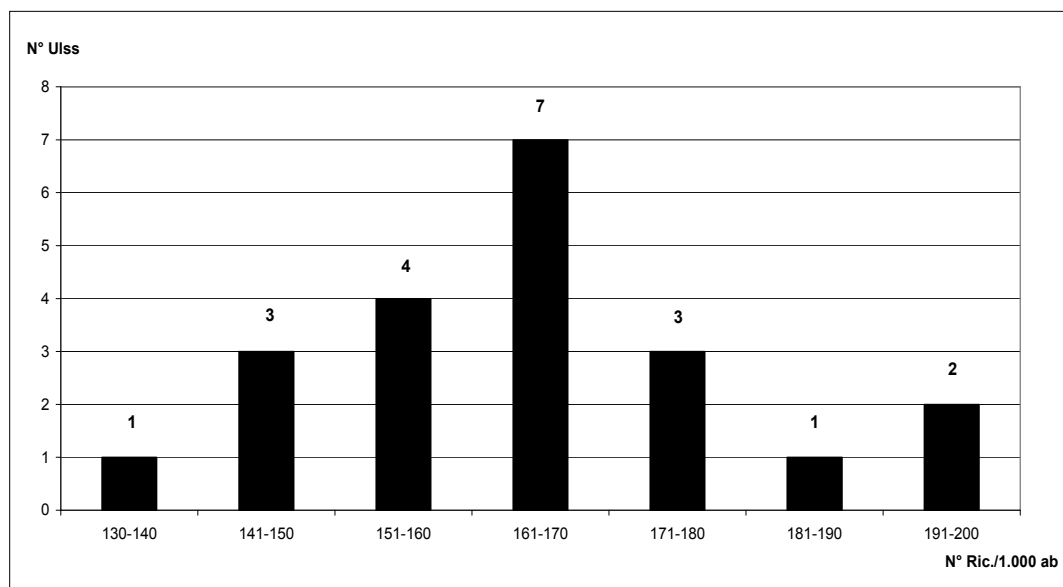
**Grafico 5**

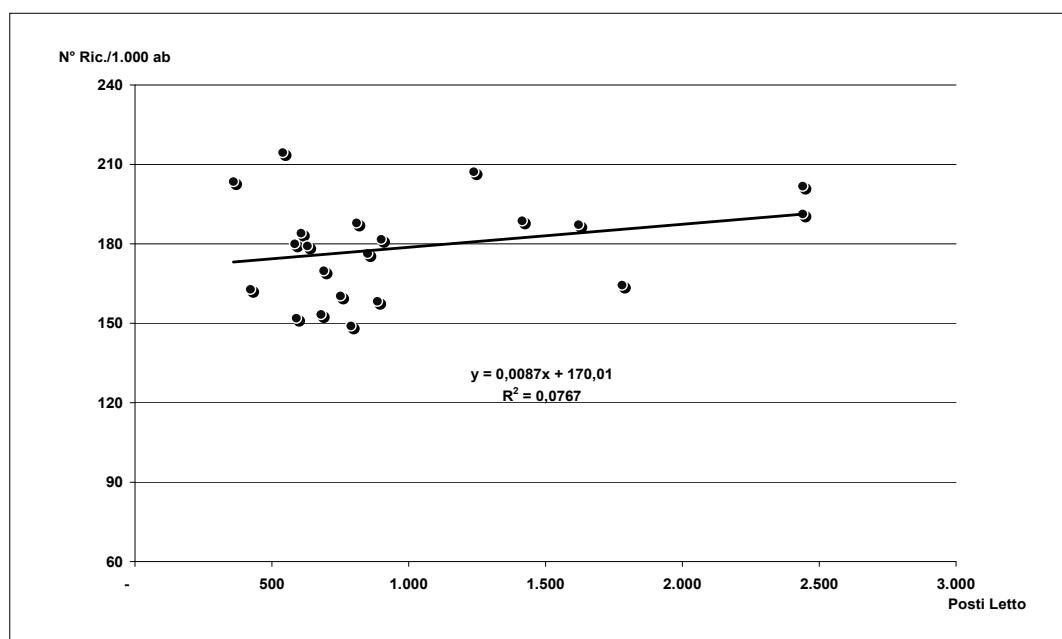
Tasso di ospedalizzazione standardizzato per Ulss (basse specialità)



**Grafico 6**

Classi di frequenza delle Ulss raggruppate in base al tasso di ospedalizzazione standardizzato (basse specialità)





**Grafico 7**  
Correlazione fra tasso di ospedalizzazione standardizzato e posti-letto (per Ulss, intra-regione)

**Tabella 1**  
Tos intra-regione e posti-letto delle Ulss del Veneto

abbiamo utilizzato il Tos intra-regione complessivo (alte più basse specialità).

La correlazione emersa è risultata statisticamente poco significativa e questo farebbe ritenere che il numero globale di posti-letto presenti nelle Aziende sanitarie del Veneto non influenzi significativamente il loro Tos.

Per valutare l'effetto del sistema di finanziamento sul Tos, abbiamo, quindi, analizzato le diverse tipologie di strutture di offerta presenti nel territorio della Regione Veneto: strutture di ricovero pubbliche, sperimentazioni gestionali, strutture di ricovero private preaccreditate e aziende ospedaliere, per valutare se la presenza o la vicinanza di determinate strutture di offerta potesse incrementare la domanda di ricoveri sul territorio oltre i valori medi regionali, influenzando il tasso di ospedalizzazione.

Per ciascuna azienda è stato calcolato il Tos intra-regione per le basse specialità e poi un Tos intra-regione per le basse specialità che considerasse solo i ricoveri prodotti da strutture di offerta finanziate a prestazione (privati preaccreditati, aziende ospedaliere ecc.) (tabella 2).

Il grafico 8 mostra i risultati di questa analisi.

Per ognuna delle 21 Ulss venete sono indicati in ordinata i valori del Tos intra-regione

| Descrizione U.I.s.s.              | Tos intra-regione | Posti-letto |
|-----------------------------------|-------------------|-------------|
| U.I.s.s. n. 1 - Belluno           | 153,3             | 680         |
| U.I.s.s. n. 2 - Feltre            | 162,8             | 422         |
| U.I.s.s. n. 3 - Bassano           | 169,8             | 690         |
| U.I.s.s. n. 4 - Thiene            | 151,9             | 590         |
| U.I.s.s. n. 5 - Arzignano         | 180               | 584         |
| U.I.s.s. n. 6 - Vicenza           | 188,7             | 1.415       |
| U.I.s.s. n. 7 - Pieve di Soligo   | 158,3             | 886         |
| U.I.s.s. n. 8 - Asolo             | 176,3             | 850         |
| U.I.s.s. n. 9 - Treviso           | 164,4             | 1.780       |
| U.I.s.s. n. 10 - Veneto Orientale | 160,3             | 751         |
| U.I.s.s. n. 12 - Veneziana        | 187,2             | 1.621       |
| U.I.s.s. n. 13 - Mirano           | 181,7             | 900         |
| U.I.s.s. n. 14 - Chioggia         | 214,5             | 540         |
| U.I.s.s. n. 15 - Cittadella       | 187,9             | 810         |
| U.I.s.s. n. 16 - Padova           | 191,3             | 2.440       |
| U.I.s.s. n. 17 - Este             | 179,2             | 630         |
| U.I.s.s. n. 18 - Rovigo           | 149               | 789         |
| U.I.s.s. n. 19 - Adria            | 203,5             | 360         |
| U.I.s.s. n. 20 - Verona           | 201,8             | 2.440       |
| U.I.s.s. n. 21 - Legnago          | 184               | 607         |
| U.I.s.s. n. 22 - Bussolengo       | 207,2             | 1.238       |

ne per le basse specialità e in ascissa il Tos intra-regione per le basse specialità relativo ai ricoveri prodotti dalle sole strutture finanziate a prestazione. L'analisi di regressione evidenzia come la distribuzione dei dati sia

| Descrizione U.I.s.s.              | Tos   | Tos da strutture finanziate a prestazione |
|-----------------------------------|-------|---|
| U.I.s.s. n. 1 - Belluno           | 132,8 | 14,1                                      |
| U.I.s.s. n. 2 - Feltre            | 142,4 | 5,6                                       |
| U.I.s.s. n. 3 - Bassano           | 145   | 11,1                                      |
| U.I.s.s. n. 4 - Thiene            | 130,5 | 11,2                                      |
| U.I.s.s. n. 5 - Arzignano         | 154,6 | 15,3                                      |
| U.I.s.s. n. 6 - Vicenza           | 159,9 | 35,3                                      |
| U.I.s.s. n. 7 - Pieve di Soligo   | 137,3 | 27  |
| U.I.s.s. n. 8 - Asolo             | 154,6 | 8,9                                       |
| U.I.s.s. n. 9 - Treviso           | 150,1 | 35,4                                      |
| U.I.s.s. n. 10 - Veneto Orientale | 139,5 | 26,8                                      |
| U.I.s.s. n. 12 - Veneziana        | 161   | 44,5                                      |
| U.I.s.s. n. 13 - Mirano           | 169,3 | 21,6                                      |
| U.I.s.s. n. 14 - Chioggia         | 192,5 | 30,4                                      |
| U.I.s.s. n. 15 - Cittadella       | 163,4 | 25,4                                      |
| U.I.s.s. n. 16 - Padova           | 165,4 | 116,3                                     |
| U.I.s.s. n. 17 - Este             | 154,5 | 27,8                                      |
| U.I.s.s. n. 18 - Rovigo           | 128,4 | 25,5                                      |
| U.I.s.s. n. 19 - Adria            | 182,7 | 67,5                                      |
| U.I.s.s. n. 20 - Verona           | 169,6 | 130,6                                     |
| U.I.s.s. n. 21 - Legnago          | 156,9 | 45,7                                      |
| U.I.s.s. n. 22 - Bussolengo       | 178,9 | 121,3                                     |

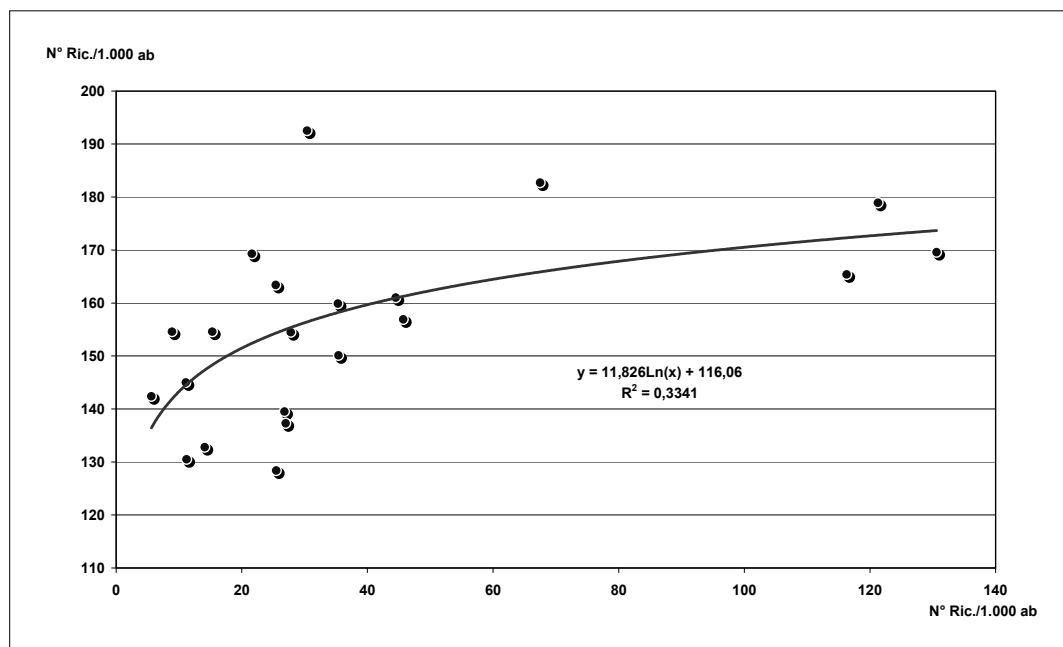
**Tabella 2**

Tos e Tos calcolato su ricoveri prodotti da strutture finanziate a prestazione (per Ulss, basse specialità intra-regione)

compatibile con una funzione logaritmica, con un coefficiente di determinazione  $R^2$  uguale a 0,3341. Tale livello di correlazione è da considerarsi significativo, ed evidenzia

**Grafico 8**

Correlazione fra tasso di ospedalizzazione standardizzato e tasso di ospedalizzazione standardizzato calcolato su ricoveri prodotti da strutture finanziate a prestazione (per Ulss, basse specialità intra-regione)



come la presenza, all'interno di una Ulss, di strutture erogatrici finanziate a Drg conduca ad un aumento del Tos.

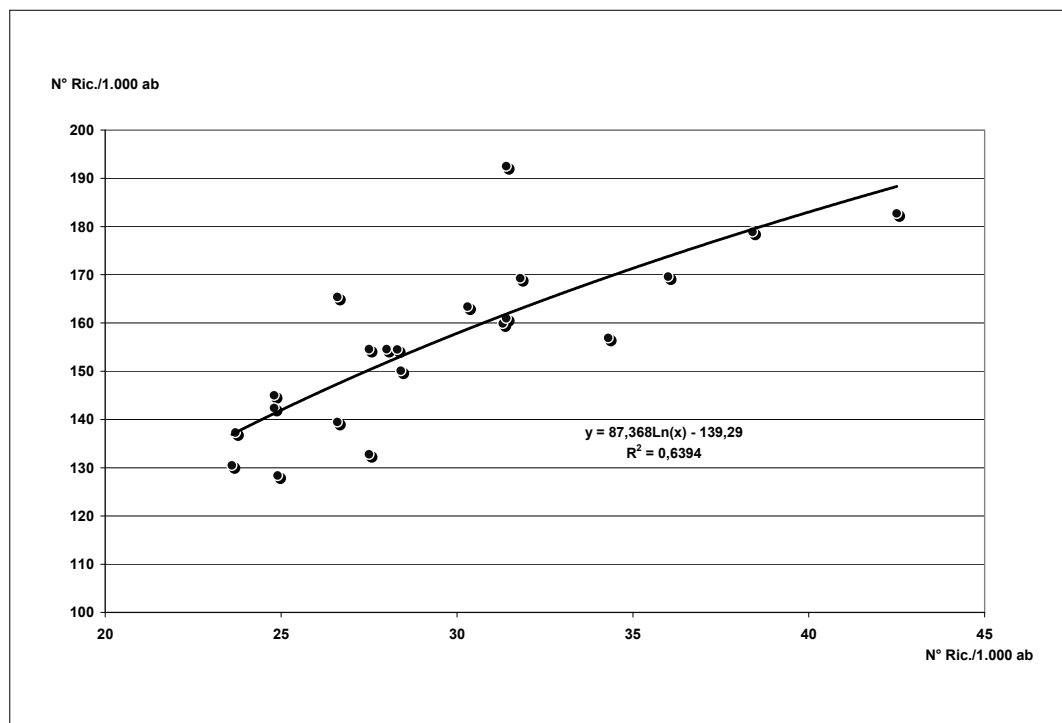
Un'altra variabile che potenzialmente potrebbe incidere sul Tos intra-regione per le basse specialità, da noi considerata nello studio, è quella dei ricoveri potenzialmente inappropriati.

Questi ricoveri, i 43 Drg definiti dal D.P.C.M. del 2001 più i 9 Drg aggiunti dalla Regione Veneto, perché considerati ad «alto rischio di inappropriatezza», rientrano tutti nelle basse specialità che sono state definite nella parte dedicata ai materiali e metodi. Questa tipologia di ricoveri ospedalieri effettuati per problemi clinici che si potrebbero affrontare, con pari efficacia, con minor rischio di erogare terapie mediche improprie o eccessive (iatrogenesi) e maggior economicità nell'impiego delle risorse, ad un livello di assistenza meno intensivo, si definiscono inappropriati dal punto di vista organizzativo.

Il grafico 9 mostra la correlazione, nelle singole Ulss, fra Tos intra-regione calcolato sui ricoveri potenzialmente inappropriati (in ascissa) e Tos intra-regione per le basse specialità (in ordinata) (tabella 3).

L'elevato indice di correlazione rilevato ( $R^2 = 0,6394$ ) consente di ipotizzare che ad





**Grafico 9**

Correlazione fra tasso di ospedalizzazione e tasso di ospedalizzazione calcolato su ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza (per Ulss, basse specialità intra-regione)

**Tabella 3**

Tos e Tos calcolato su ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza (per Ulss, basse specialità intra-regione)

elevati Tos corrispondano elevati livelli di potenziale inappropriatezza dei ricoveri.

Si potrebbe obiettare come la del. G. reg. Veneto n. 2227/02 (Regione Veneto, 2002), avendo indicato, sulla base delle indicazioni regionali, solamente i valori percentuali/soglia per l'erogazione in regime ordinario dei 52 Drg a rischio di inappropriatezza, non incida di fatto sulla formazione del Tos.

A supporto della nostra analisi sosteniamo, però, come la disponibilità di nuove tecnologie sanitarie, lo sviluppo della pratica medica e del management ospedaliero, rendano attuabile il trasferimento non solo in regime diurno di molte prestazioni effettuate in regime di ricovero ordinario, ma anche il trasferimento in regime specialistico/ambulatoriale di prestazioni attualmente erogate in regime di ricovero diurno: inserzione di cristallino, legatura e *stripping* di vene, liberazione del tunnel carpale, così come indicato dalla del. G. reg. Veneto n. 2883/03 (Regione Veneto, 2003).

I primi risultati dello studio hanno in parte confermato la nostra ipotesi di partenza: esiste una correlazione positiva fra Tos per le basse specialità e presenza/vicinanza di de-

| Descrizione U.I.s.s.              | Tos   | Tos su ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza |
|-----------------------------------|-------|---|
| U.I.s.s. n. 1 - Belluno           | 132,8 | 27,5  |
| U.I.s.s. n. 2 - Feltre            | 142,4 | 24,8  |
| U.I.s.s. n. 3 - Bassano           | 145   | 24,8  |
| U.I.s.s. n. 4 - Thiene            | 130,5 | 23,6  |
| U.I.s.s. n. 5 - Arzignano         | 154,6 | 28  |
| U.I.s.s. n. 6 - Vicenza           | 159,9 | 31,3  |
| U.I.s.s. n. 7 - Pieve di Soligo   | 137,3 | 23,7  |
| U.I.s.s. n. 8 - Asolo             | 154,6 | 27,5  |
| U.I.s.s. n. 9 - Treviso           | 150,1 | 28,4  |
| U.I.s.s. n. 10 - Veneto Orientale | 139,5 | 26,6  |
| U.I.s.s. n. 12 - Veneziana        | 161   | 31,4  |
| U.I.s.s. n. 13 - Mirano           | 169,3 | 31,8  |
| U.I.s.s. n. 14 - Chioggia         | 192,5 | 31,4  |
| U.I.s.s. n. 15 - Cittadella       | 163,4 | 30,3  |
| U.I.s.s. n. 16 - Padova           | 165,4 | 26,6  |
| U.I.s.s. n. 17 - Este             | 154,5 | 28,3  |
| U.I.s.s. n. 18 - Rovigo           | 128,4 | 24,9  |
| U.I.s.s. n. 19 - Adria            | 182,7 | 42,5  |
| U.I.s.s. n. 20 - Verona           | 169,6 | 36  |
| U.I.s.s. n. 21 - Legnago          | 156,9 | 34,3  |
| U.I.s.s. n. 22 - Bussolengo       | 178,9 | 38,4  |

terminate tipologie di strutture di offerta sul territorio.

## 5.2. Analisi comparativa fra alcune Ulss della Regione Veneto con riferimento ai tassi di ospedalizzazione standardizzati

Per approfondire meglio tale fenomeno, abbiamo effettuato un'analisi comparata di otto aziende, quattro delle quali con un Tos calcolato sui ricoveri di bassa specialità superiore alla media regionale e quattro con un Tos inferiore alla media.

Nella parte in alto della **tabella 4**, sono stati inseriti per ciascuna delle otto aziende, tutti i ricoveri per bassa specialità distinti in sette gruppi, in relazione alla tipologia e al posizionamento sul territorio delle strutture di offerta:

- strutture di erogazione pubbliche dell'Ulss;
- strutture di erogazione finanziate a prestazione dell'Ulss;
- strutture di erogazione pubbliche extra Ulss;
- strutture di erogazione finanziate a prestazione extra Ulss;
- Aziende ospedaliere sul territorio dell'Ulss;
- Aziende ospedaliere extra Ulss;
- erogatori extra-regione pubblici e privati.

Nella seconda parte della tabella 4, abbiamo invece riportato dei valori, per ciascuna azienda, che rappresentano l'incidenza percentuale dei ricoveri, contenuti in ognuna delle sette categorie elencate, sul totale dei ricoveri per bassa specialità di ogni singola azienda. Nella terza parte, infine, abbiamo raggruppato le sette categorie in tre macro gruppi:

- 1) strutture pubbliche finanziate con quota capitaria;
- 2) strutture finanziate a prestazione;
- 3) strutture extra-regione.

Anche in quest'ultimo caso sono state calcolate le percentuali di incidenza dei ricoveri, contenuti in queste tre categorie, sul totale dei ricoveri per le basse specialità.

Dall'analisi dei dati riportati in tabella 4 emerge come all'aumentare della percentuale dei ricoveri effettuati da strutture finanziate a prestazione, aumenti anche il tasso di ospedalizzazione. In questo caso il dato è ancora più evidente avendo confrontato le aziende che si trovano agli estremi della curva dei Tos calcolati per le varie Ulss.

Al contrario, si può notare come all'aumentare della percentuale dei ricoveri effettuati da strutture pubbliche finanziate con quota capitaria diminuisca anche il tasso di ospedalizzazione.

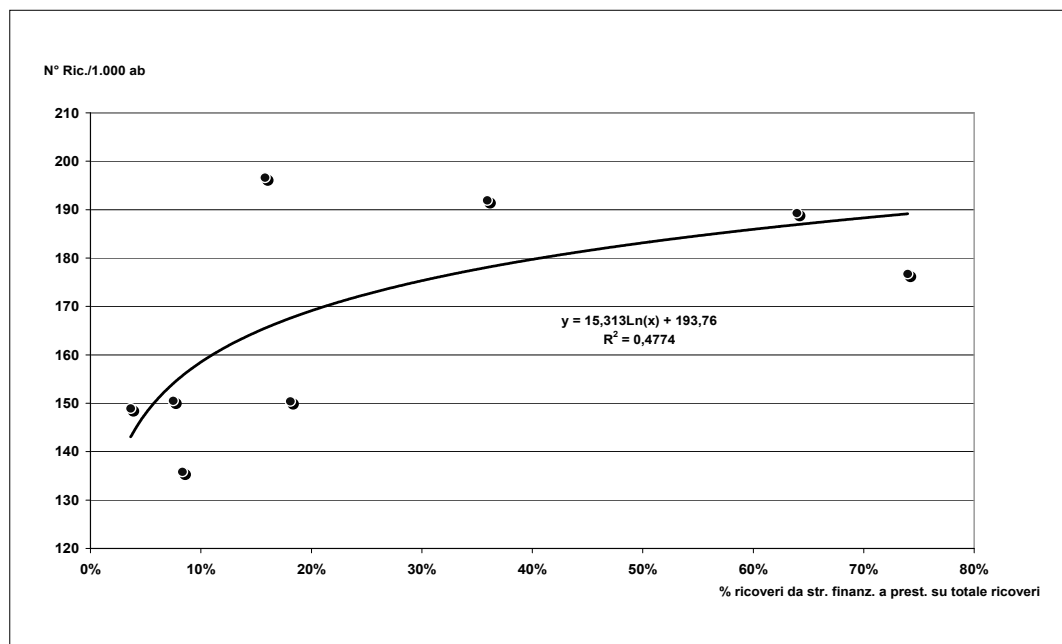
**Tabella 4**

Confronto fra alcune Ulss con riferimento al tasso di ospedalizzazione standardizzato per basse specialità

| PROVENIENZA DEI RICOVERI N°     | ULSS A        | ULSS B        | ULSS C        | ULSS D        | ULSS E        | ULSS F        | ULSS G        | ULSS H        |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ricoveri da Pubblico Ulss       | 9.168         | 17.124        | 18.779        | 21.416        | 17.309        | 6.624         | 11.078        | 13.848        |
| Ricoveri da Privato Ulss        | -             | -             | -             | 4.518         | -             | 4.376         | 4.394         | 20.549        |
| Ricoveri da Pubblico extra Ulss | 2.789         | 5.113         | 2.387         | 2.337         | 3.359         | 2.338         | 6.696         | 711           |
| Ricoveri da Privato extra Ulss  | 258           | 1.049         | 1.143         | 834           | 1.697         | 496           | 15.026        | 1.362         |
| Ricoveri da AO in terr. Ulss    | -             | -             | -             | -             | -             | -             | 39.895        | -             |
| Ricoveri da AO fuori Ulss       | 205           | 827           | 867           | 510           | 2.286         | 546           | 330           | 8.650         |
| Ricoveri Extra Regione          | 539           | 928           | 951           | 2.775         | 540           | 700           | 3.201         | 2.670         |
| <b>Totale ricoveri</b>          | <b>12.959</b> | <b>25.041</b> | <b>24.127</b> | <b>32.390</b> | <b>25.191</b> | <b>15.080</b> | <b>80.620</b> | <b>47.790</b> |

| PROVENIENZA DEI RICOVERI % | ULSS A      | ULSS B      | ULSS C      | ULSS D      | ULSS E      | ULSS F      | ULSS G      | ULSS H      |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Pubblico Ulss              | 71%         | 68%         | 78%         | 66%         | 69%         | 44%         | 14%         | 29%         |
| Privato Ulss               | 0%          | 0%          | 0%          | 14%         | 0%          | 29%         | 5%          | 43%         |
| Pubblico extra Ulss        | 22%         | 20%         | 10%         | 7%          | 13%         | 16%         | 8%          | 1%          |
| Privato extra Ulss         | 2%          | 4%          | 5%          | 3%          | 7%          | 3%          | 19%         | 3%          |
| AO in terr. Ulss           | 0%          | 0%          | 0%          | 0%          | 0%          | 0%          | 49%         | 0%          |
| AO fuori Ulss              | 2%          | 3%          | 4%          | 2%          | 9%          | 4%          | 0%          | 18%         |
| % Extra Regione            | 4%          | 4%          | 4%          | 9%          | 2%          | 5%          | 4%          | 6%          |
| <b>Totale ricoveri</b>     | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

| PROVENIENZA DEI RICOVERI %           | ULSS A       | ULSS B       | ULSS C       | ULSS D       | ULSS E       | ULSS F       | ULSS G       | ULSS H       |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Strutture pubbliche                  | 92%          | 89%          | 88%          | 73%          | 82%          | 59%          | 22%          | 30%          |
| Strutture finanz. a prestazione      | 4%           | 7%           | 8%           | 18%          | 16%          | 36%          | 74%          | 64%          |
| % Extra Regione                      | 4%           | 4%           | 4%           | 9%           | 2%           | 5%           | 4%           | 6%           |
| <b>TOS (totale basse specialità)</b> | <b>148,9</b> | <b>150,5</b> | <b>135,8</b> | <b>150,4</b> | <b>196,6</b> | <b>191,9</b> | <b>176,7</b> | <b>189,3</b> |



**Grafico 10**  
Correlazione fra tasso di ospedalizzazione standardizzato totale per basse specialità e incidenza % di ricoveri da strutture finanziate a prestazione

Il **grafico 10**, riporta un modello statistico di regressione fra Tos totale per basse specialità e la percentuale di incidenza dei ricoveri.

Anche questa seconda parte dell'analisi, centrata sul *benchmark* fra alcune Aziende sanitarie, ci conferma come il Tos calcolato sulle basse specialità sia positivamente correlato con la presenza sul territorio di strutture di ricovero finanziate a prestazione.

### 5.3. Tasso di ospedalizzazione standardizzato calcolato per comuni della Regione Veneto

Per ottenere ulteriori conferme all'ipotesi di una correlazione fra Tos e presenza di strutture finanziate a prestazione, abbiamo analizzato il Tos per le basse specialità in ogni singolo comune del Veneto.

Pur consapevoli delle criticità presenti nella standardizzazione del Tos in comuni con pochi abitanti e, quindi, con un piccolo numero di ricoveri nelle diverse fasce d'età, abbiamo ritenuto che il metodo utilizzato, dato l'elevato numero di comuni della Regione, potesse essere una buona approssimazione della realtà veneta.

Il **grafico 11** evidenzia la grande variabilità che esiste fra i vari comuni della Re-

gione Veneto per quanto concerne il tasso di ospedalizzazione standardizzato per le basse specialità, con comuni che mostrano Tos 2,5 volte maggiori rispetto ad altri.

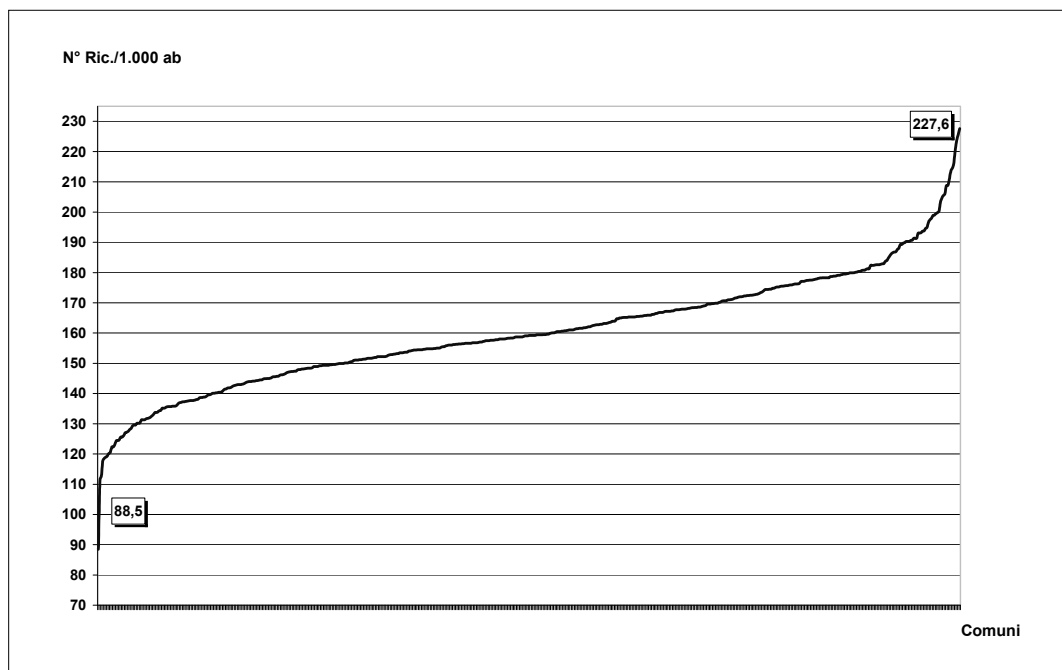
Il **grafico 12** raggruppa in quindici classi di frequenza di eguale ampiezza i comuni del Veneto in relazione al valore assunto dal Tos per le basse specialità. I valori rilevati tendono a collocarsi all'interno delle classi secondo una distribuzione normale, con al centro, nella classe più numerosa (151 ric. ‰ ab – 160 ric. ‰ ab), il maggior numero di comuni. La media regionale si colloca all'interno della classe (161 ric. ‰ ab – 170 ric. ‰ ab).

I 581 comuni del Veneto sono stati raggruppati in quattro categorie:

- 1) comuni che non hanno alcuna struttura di ricovero nel proprio territorio;
- 2) comuni che hanno solamente una struttura di ricovero pubblica nel proprio territorio (finanziata a quota capitaria);
- 3) comuni che hanno o una sola struttura di ricovero privata (finanziata a prestazione) o una struttura di ricovero pubblica (finanziata a quota capitaria) e una privata nel proprio territorio;
- 4) comuni che hanno nel proprio territorio strutture pubbliche (finanziate a quota capita-

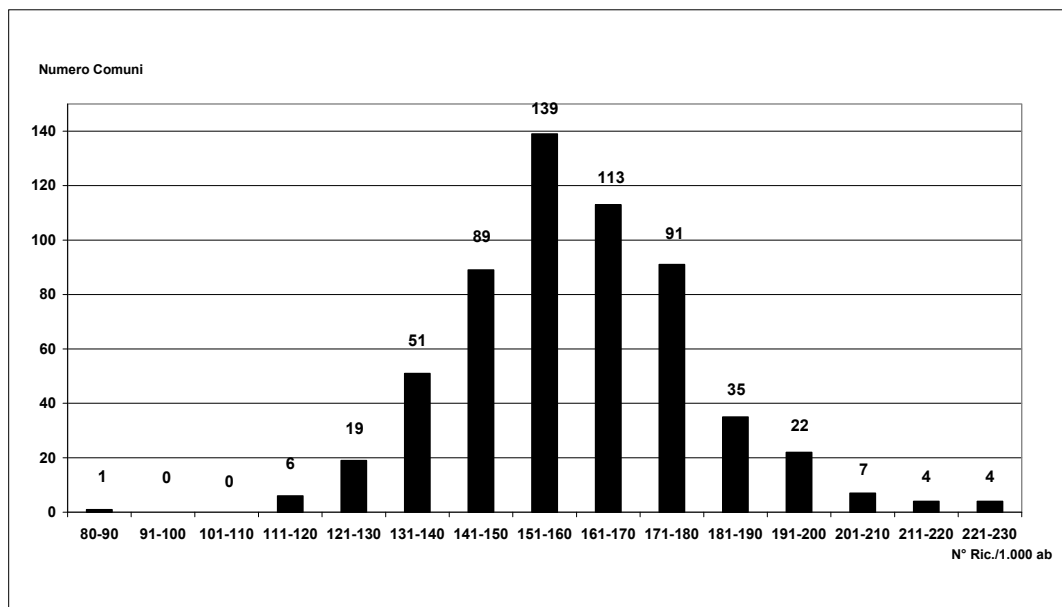
**Grafico 11**

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per comune con riferimento alle basse specialità



**Grafico 12**

Classi di frequenza dei comuni con riferimento al tasso di ospedalizzazione standardizzato per le basse specialità



ria), strutture private preaccreditate e aziende ospedaliere (finanziate a prestazione).

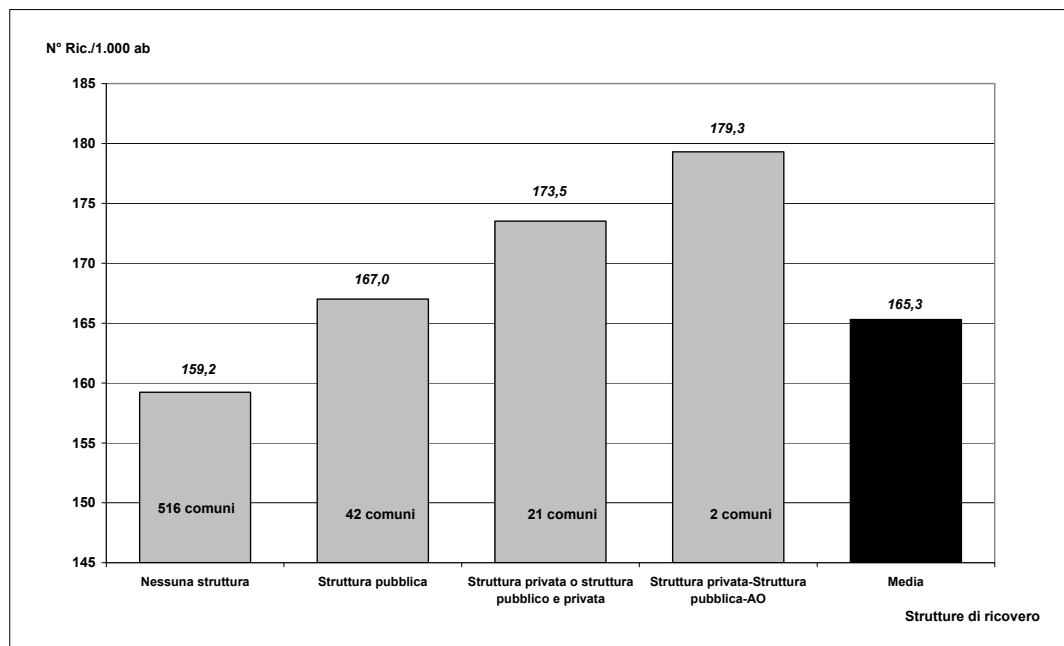
Per ciascuna delle quattro categorie nelle quali sono stati raggruppati i comuni, è stato calcolato il Tos totale medio per le basse specialità.

Il **grafico 13** mostra come il Tos sia mediamente più alto nei comuni che hanno nel proprio territorio delle strutture di ricovero. In particolare, i comuni che non hanno strutture di ricovero sul territorio hanno un Tos complessivo mediamente più basso, mentre i comuni che hanno, nel loro territorio, tutte e

tre le tipologie di strutture presentano il Tos più alto.

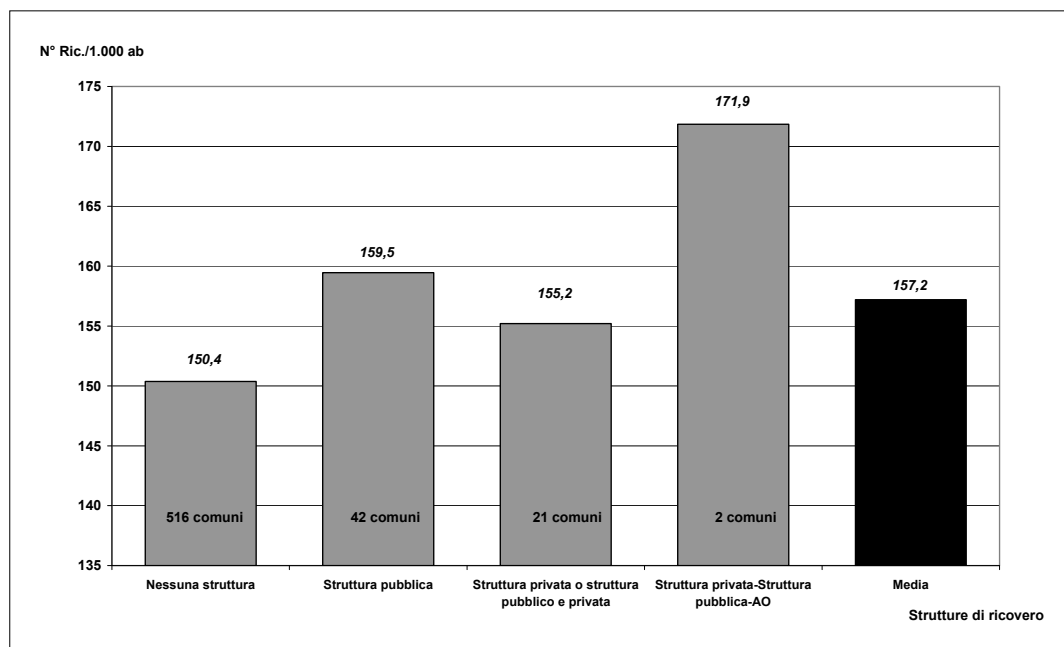
Il **grafico 14** riporta la stessa analisi del grafico 13, ma fa riferimento solamente ai ricoveri intra-regione. A prima vista, sembrerebbe che la dinamica crescente del Tos, in relazione alla presenza di strutture sul ter-

ritorio vista in precedenza, presenti un punto di discontinuità nel terzo raggruppamento di comuni. In realtà, una analisi più approfondita evidenzia come questa classe, composta da 21 Comuni, ne comprenda 5 (Cortina, Malcesine, Peschiera del Garda, Occhiobello, Motta di Livenza) situati in zone di con-



**Grafico 13**

Tasso di ospedalizzazione standardizzato medio totale per le basse specialità in relazione alla presenza di strutture di offerta di ricovero nei comuni



**Grafico 14**

Tasso di ospedalizzazione standardizzato medio intra-regione per le basse specialità in relazione alla presenza di strutture di offerta di ricovero nei comuni

fine con altre Regioni e quindi storicamente caratterizzate da una mobilità extra-regione elevata, data la possibilità del cittadino di scegliere liberamente la struttura nella quale farsi ricoverare.

Il **grafico 15** rappresenta il Tos medio complessivo per le basse specialità, scomposto nelle sue componenti intra ed extra-regionale.

Anche per i dati disaggregati per comune è stata condotta un'analisi delle correlazioni fra il Tos intra-regione per le basse specialità e le seguenti variabili:

- Tos intra-regione per le basse specialità calcolato sui ricoveri prodotti da strutture di offerta finanziate a prestazione;
- Tos intra-regione calcolato sui ricoveri potenzialmente inappropriati;
- Tos intra-regione per le basse specialità calcolato sui ricoveri diurni;
- Tos intra-regione per le basse specialità calcolato sui ricoveri medici.

Il **grafico 16** rappresenta un modello statistico di regressione fra il Tos intra-regione per le basse specialità, in ordinata, ed il Tos intra-regione per le basse specialità calcolato sui ricoveri prodotti da strutture di offerta finanziate a prestazione, in ascissa.

Il valore assunto dal coefficiente di determinazione  $R^2$  (0,2279) evidenzia una correlazione positiva fra le due variabili.

Il **grafico 17**, illustra un modello di regressione lineare fra il Tos intra-regione calcolato sui ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza e il Tos intra-regione per le basse specialità. È evidente l'elevatissima correlazione fra le due variabili.

Anche per questo modello, valgono le precisazioni riportate nel commento alla **figura 12**<sup>13</sup>.

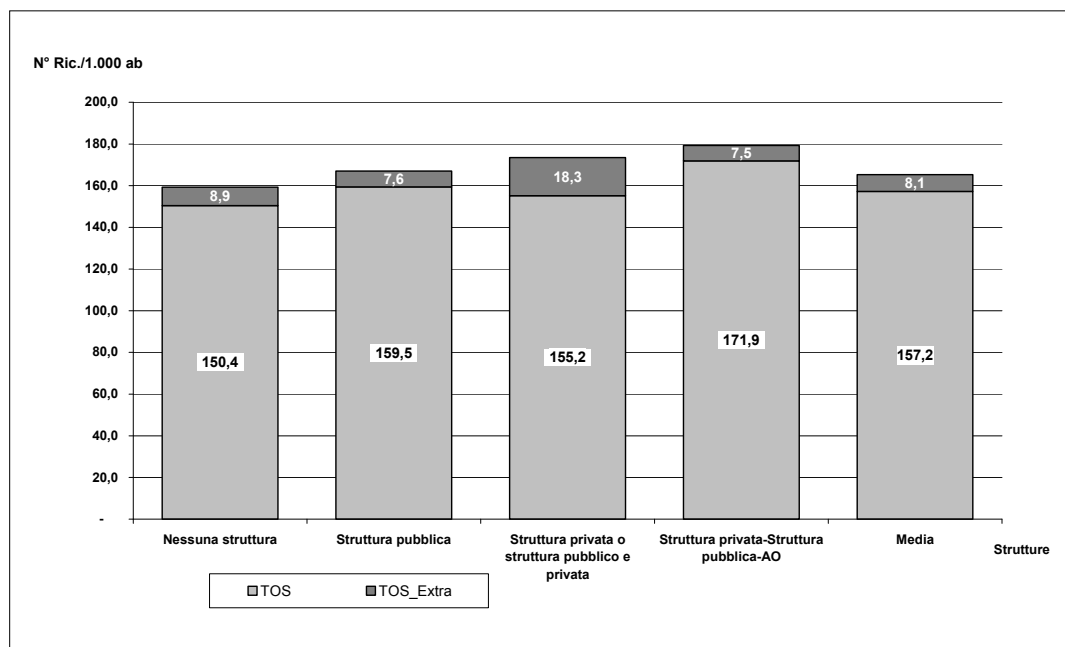
Poiché negli ultimi anni è stato introdotto dalla Regione Veneto con del. G. reg. Veneto n. 4807/99 e 4090/03 (Regione Veneto, 2003) un sistema di controlli sull'attività ospedaliera e specialistica ambulatoriale che ha lo scopo di evidenziare le prestazioni sanitarie non appropriate o erogabili in forme assistenziali meno intensive e dispendiose, abbiamo ritenuto interessante analizzare due ulteriori variabili: i ricoveri diurni e i ricoveri con Drg medico.

Il **grafico 18** evidenzia la stretta correlazione fra il Tos intra-regione per le basse specialità calcolato sui ricoveri diurni e il Tos intra-regione per le basse specialità ( $R^2 = 0,5984$ ).

Il **grafico 19** mostra, invece, l'elevata correlazione ( $R^2 = 0,8047$ ) osservata fra il

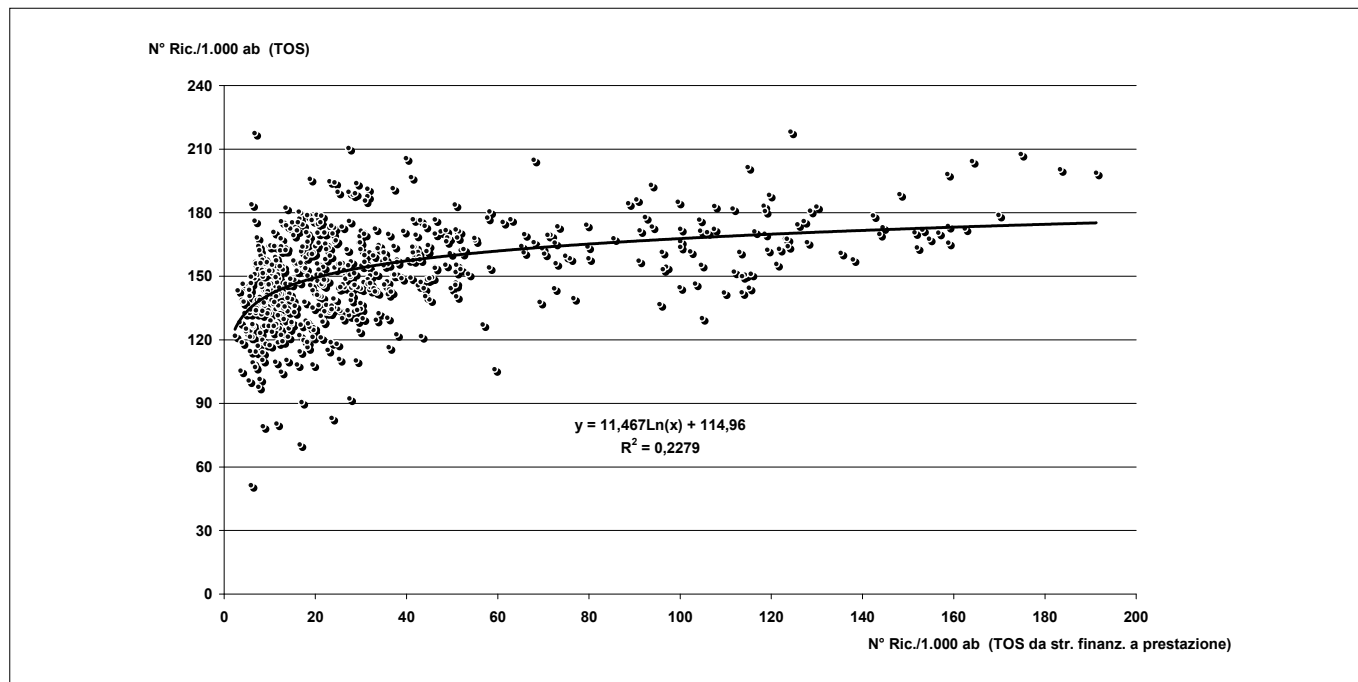
### Grafico 15

Tasso di ospedalizzazione standardizzato medio totale per le basse specialità in relazione alla presenza di strutture di offerta di ricovero nei comuni



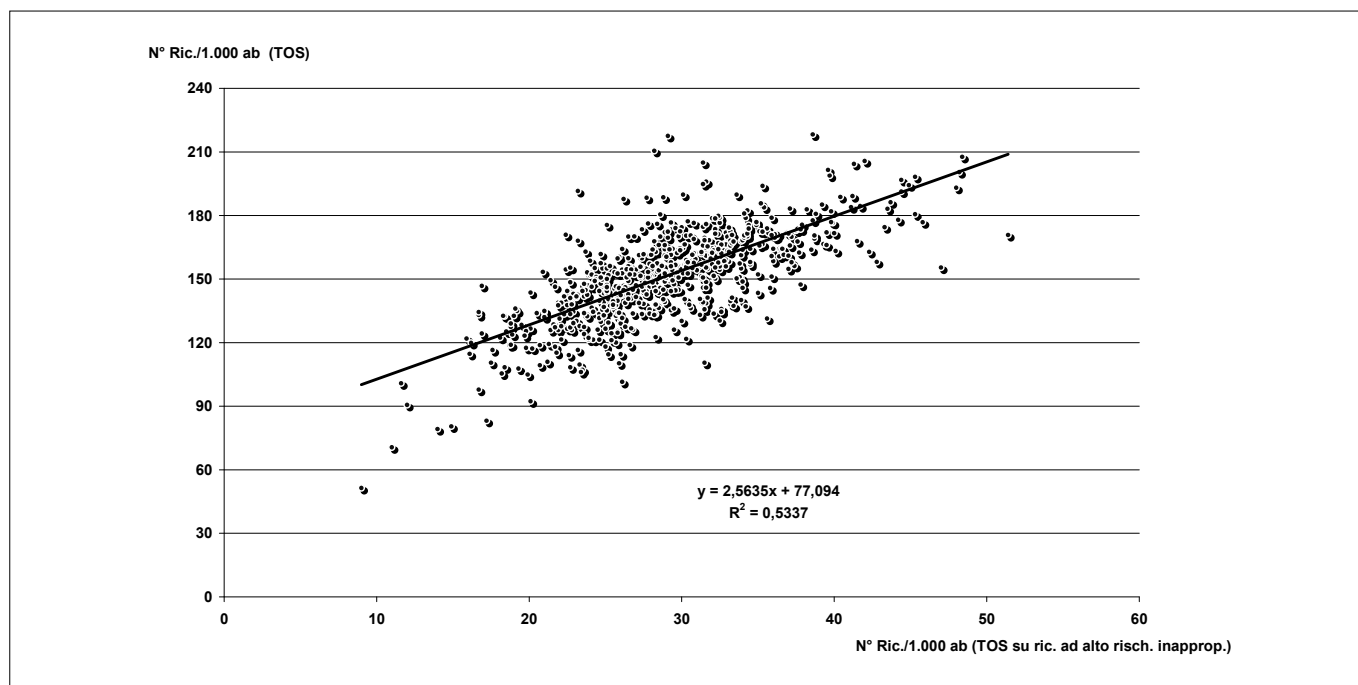
**Grafico 16**

Correlazione fra tasso di ospedalizzazione standardizzato e tasso di ospedalizzazione su ricoveri prodotti da strutture finanziate a prestazione (per comune, basse specialità, intra-regione)



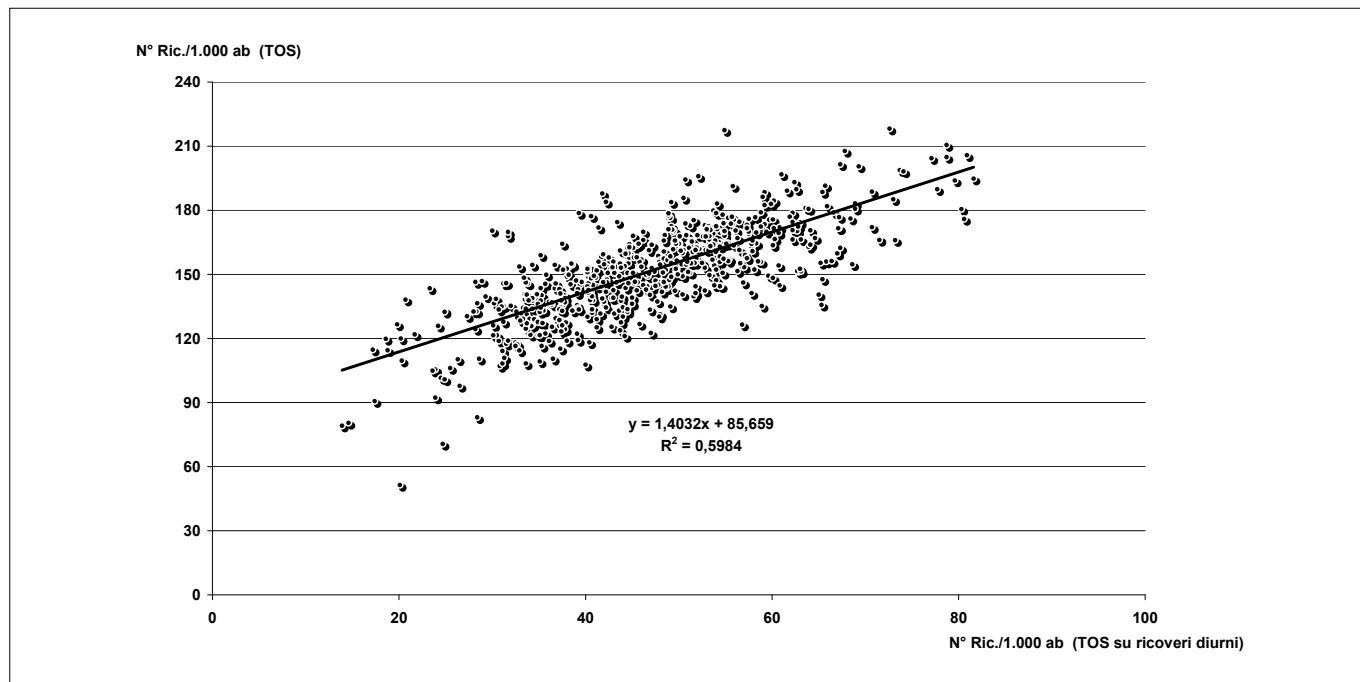
**Grafico 17**

Correlazione fra tasso di ospedalizzazione standardizzato e tasso di ospedalizzazione standardizzato su ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza (per comune, basse specialità intra-regione)

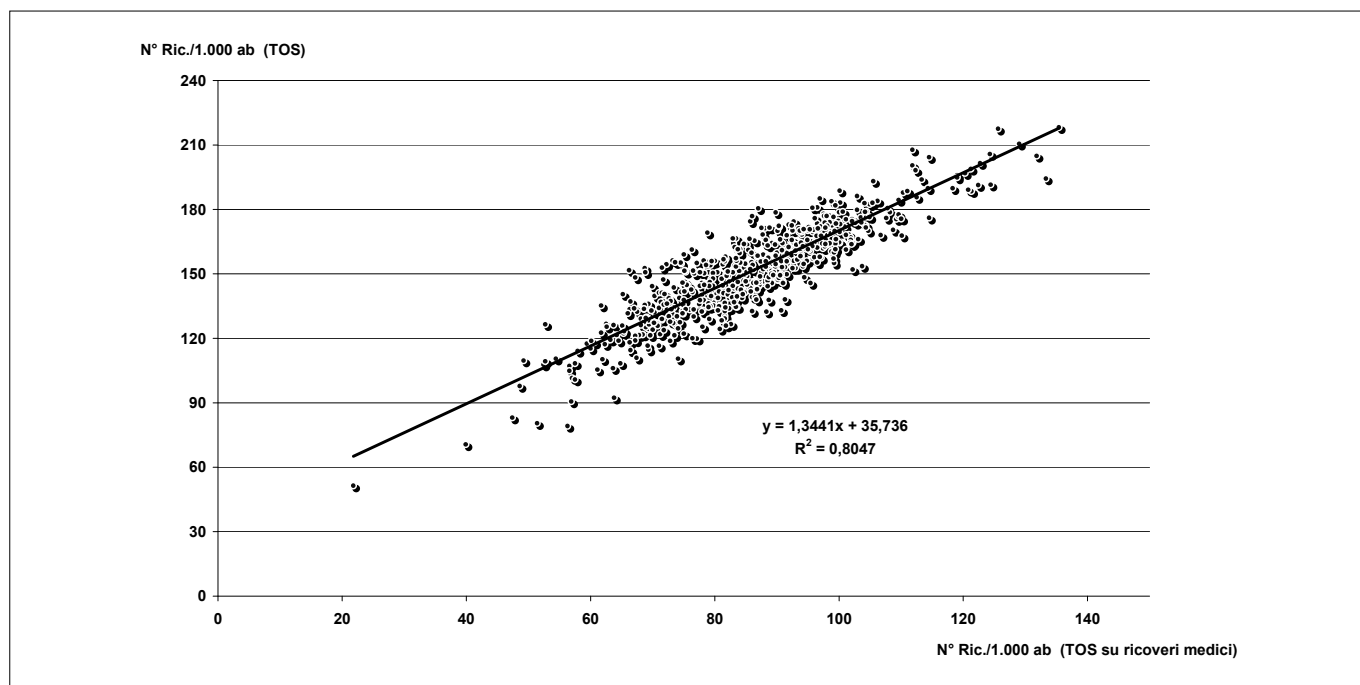


**Grafico 18**

Correlazione fra tasso di ospedalizzazione standardizzato e tasso di ospedalizzazione standardizzato su ricoveri diurni (per comune, basse specialità intra-regione)

**Grafico 19**

Correlazione fra tasso di ospedalizzazione standardizzato e tasso di ospedalizzazione standardizzato su ricoveri medici (per comune, basse specialità intra-regione)





tasso totale di ospedalizzazione e il tasso di ospedalizzazione per Drg medici.

Va detto, però, come la trasferibilità verso forme di assistenza meno intensive e dispendiose, e quindi direttamente collegate al tasso di ospedalizzazione, dei ricoveri erogati in regime diurno o dei Drg di tipo medico, sia influenzata da aspetti clinici (severità, compresenza di altre malattie, livello di autosufficienza) e da aspetti socio-demografici (condizione familiare e supporto del volontariato, età avanzata, livello di istruzione). Questi fattori, che non sono oggetto di approfondimento del nostro studio, sono in grado di influenzare l'adesione ai trattamenti, l'efficacia dell'assistenza, l'assorbimento di risorse assistenziali e, in ultima analisi, il ricorso a modalità assistenziali più intensive (Regione Valle d'Aosta, 2004).

#### 5.4. Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere

Nell'ultima parte di analisi, è stato analizzato l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere. Questo indicatore (Regione Emilia-Romagna, 2002) esprime percentualmente a quali strutture/Aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera. Da un altro punto di vista, tale indice esprime in che percentuale le diverse strutture/Aziende di un determinato territorio contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione, calcolato sulla popolazione residente su territorio stesso.

L'indicatore è stato calcolato prendendo come popolazione di riferimento quella dell'Ulss.

La **tabella 5** evidenzia il valore assunto dall'indicatore calcolato per ciascuna Ulss, sia con riferimento a tutte le strutture ospe-

| Descrizione U.I.s.s.              | Popolazione 31/12/2004 | Tos base specialità | Indice di dipendenza della popolazione da strutture di ricovero finanziate a prestazione | Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture di ricovero |
|-----------------------------------|------------------------|---------------------|--|--|
| U.I.s.s. n. 1 - Belluno           | 129.290                | 148,9               | 3,9%   | 73,4%  |
| U.I.s.s. n. 2 - Feltre            | 82.400                 | 148,9               | 0,0%   | 70,7%  |
| U.I.s.s. n. 3 - Bassano           | 171.840                | 150,5               | 0,0%   | 68,5%  |
| U.I.s.s. n. 4 - Thiene            | 181.660                | 135,8               | 0,0%   | 77,8%  |
| U.I.s.s. n. 5 - Arzignano         | 173.817                | 158,3               | 0,0%   | 72,4%  |
| U.I.s.s. n. 6 - Vicenza           | 304.909                | 165,8               | 15,9%  | 78,0%  |
| U.I.s.s. n. 7 - Pieve di Soligo   | 212.054                | 150,4               | 13,9%  | 80,1%  |
| U.I.s.s. n. 8 - Asolo             | 236.618                | 160,2               | 0,0%   | 74,2%  |
| U.I.s.s. n. 9 - Treviso           | 290.941                | 158,7               | 15,7%  | 76,6%  |
| U.I.s.s. n. 10 - Veneto Orientale | 205.231                | 163,5               | 16,3%  | 69,3%  |
| U.I.s.s. n. 12 - Veneziana        | 304.047                | 168,2               | 19,5%  | 74,8%  |
| U.I.s.s. n. 13 - Mirano           | 249.825                | 172,9               | 0,0%   | 69,3%  |
| U.I.s.s. n. 14 - Chioggia         | 131.393                | 196,6               | 0,0%   | 68,7%  |
| U.I.s.s. n. 15 - Cittadella       | 234.307                | 166,4               | 0,0%   | 70,6%  |
| U.I.s.s. n. 16 - Padova           | 403.643                | 170,5               | 66,6%  | 83,9%  |
| U.I.s.s. n. 17 - Este             | 180.934                | 160,5               | 0,0%   | 60,0%  |
| U.I.s.s. n. 18 - Rovigo           | 172.041                | 147,7               | 9,3%   | 70,5%  |
| U.I.s.s. n. 19 - Adria            | 75.003                 | 191,9               | 29,0%  | 72,9%  |
| U.I.s.s. n. 20 - Verona           | 451.088                | 176,7               | 54,9%  | 68,75  |
| U.I.s.s. n. 21 - Legnago          | 146.389                | 166                 | 4,7%   | 63,2%  |
| U.I.s.s. n. 22 - Bussolengo       | 262.948                | 189,3               | 43,4%  | 72,4%  |

**Tabella 5**  
Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere calcolato per Ulss

daliere presenti sul territorio dell'Azienda sia con riferimento alle sole strutture di ricovero finanziate a prestazione.

Il **grafico 20** mostra la correlazione, attraverso un modello di regressione lineare, fra la variabile dipendente tasso di ospedalizzazione per le basse specialità (ordinate) e la variabile indipendente indice di dipendenza (ascisse), calcolato solo sulle strutture finanziate a prestazione.

Questa analisi consente di determinare se il numero di ricoveri per le basse specialità è più alto in quelle Ulss dove più alta è la percentuale di ricoveri effettuata dalle strutture finanziate a prestazione presenti sul territorio stesso. Il coefficiente di determinazione calcolato ( $R^2 = 0,1902$ ), evidenzia come, fra le due variabili, ci sia una correlazione debolmente positiva.

La **tabella 6** riporta il valore assunto dall'indicatore calcolato per ciascuna provincia, sia con riferimento a tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio provinciale sia con riferimento alle sole strutture di ricovero finanziate a prestazione.

Il **grafico 21** mostra l'elevata correlazione esistente ( $R^2 = 0,8816$ ) a livello provinciale, fra tasso di ospedalizzazione per le basse specialità e l'indice di dipenden-

za, calcolato solo sulle strutture finanziate a prestazione.

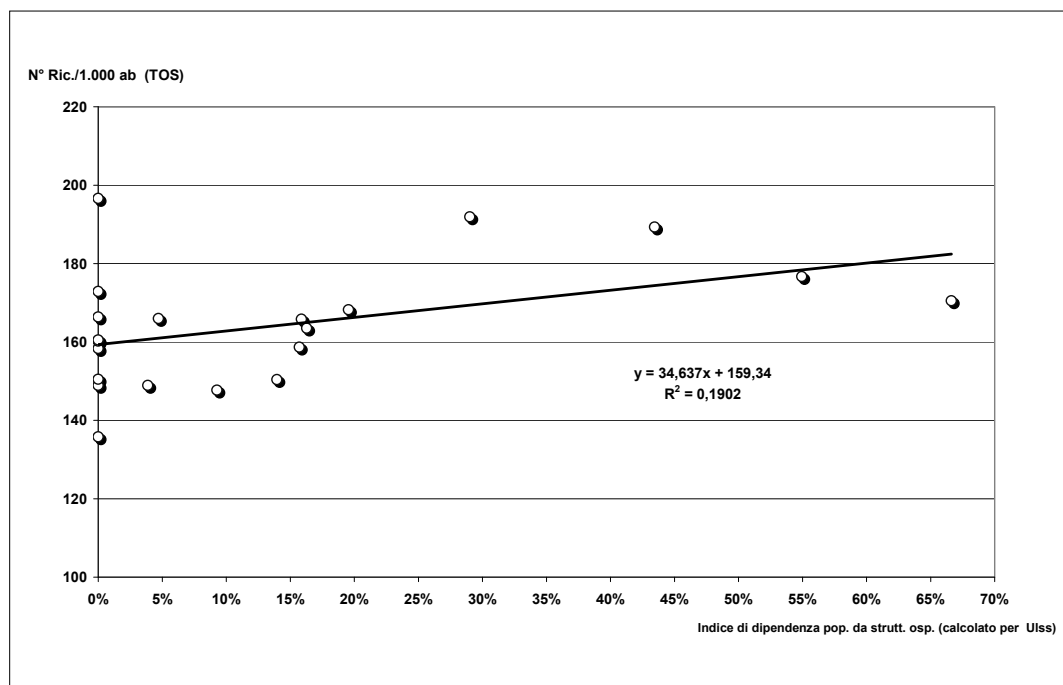
La differenza assunta dall'indice di correlazione, nel trasferire l'attenzione dell'analisi dall'Ulss alla Provincia, può essere spiegata con il fatto che alcune strutture finanziate a prestazione, come ad esempio le Aziende ospedaliere, esercitano la propria capacità attrattiva sulla popolazione in termini di ricoveri ben oltre il bacino di utenza caratterizzato dall'Ulss di appartenenza. Questo in realtà diventa un elemento distorsivo del sistema di programmazione sanitaria della Regione, poiché, trattandosi di basse specialità, i ricoveri dovrebbero essere fatti principalmente dalle strutture di ricovero situate nel territorio dell'Ulss di appartenenza del cittadino.

## 5. Conclusioni

Lo studio ha preso origine dall'osservazione della forte variabilità che esiste fra i tassi di ospedalizzazione standardizzati delle diverse Ulss della Regione Veneto. Questa variabilità si può notare anche in figura 3, nella quale sono riportati i tassi di ospedalizzazione standardizzati per ciascuno dei Comuni della Regione.

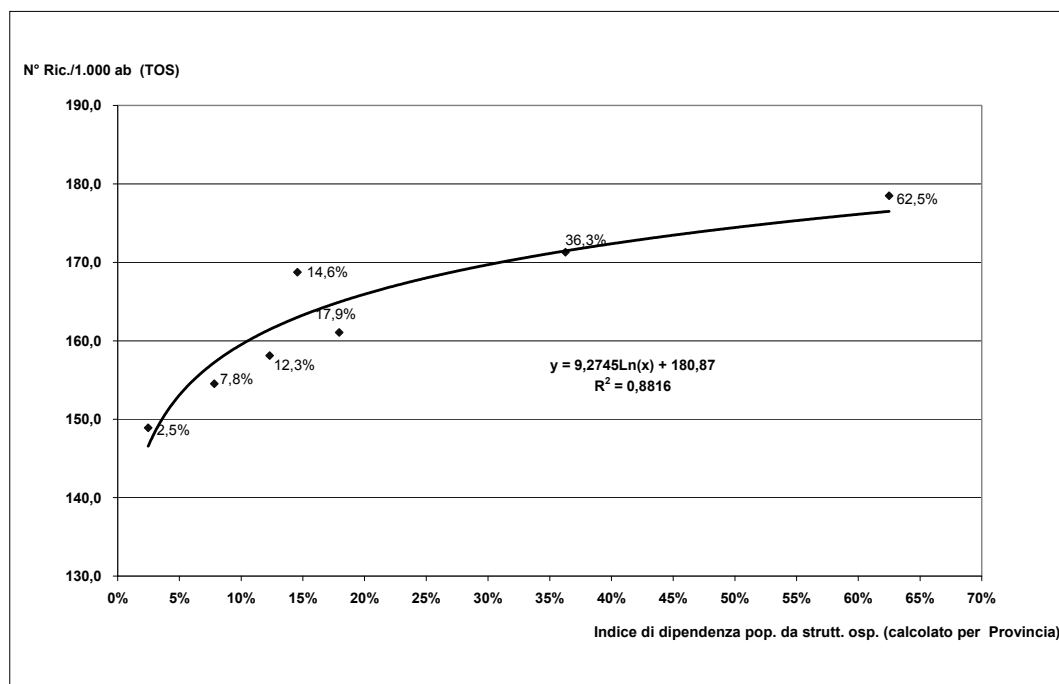
### Grafico 20

Correlazione fra indice di dipendenza della popolazione dalle strutture finanziate a prestazione e Tasso di ospedalizzazione standardizzato per la bassa specialità (analisi su base Ulss)



| Descrizione Provincia (Area vasta) | Popolazione 31/12/2004 | Tos basse specialità | Indice di dipendenza popolazione da strutture di ricovero finanziate a prestazione | Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture di ricovero |
|------------------------------------|------------------------|----------------------|--|--|
| Belluno                            | 211.690                | 148,9                | 2,5%   | 82,7%  |
| Vicenza                            | 832.226                | 154,5                | 7,8%   | 85,0%  |
| Treviso                            | 839.613                | 158,1                | 12,3%  | 83,9%  |
| Venezia                            | 759.103                | 168,7                | 14,6%  | 78,7%  |
| Padova                             | 950.277                | 171,3                | 36,3%  | 87,1%  |
| Rovigo                             | 247.044                | 161,1                | 17,9%  | 77,1%  |
| Verona                             | 860.425                | 178,5                | 62,5%  | 93,1%  |

**Tabella 6**  
Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere calcolato per Provincia



**Grafico 21**  
Correlazione fra Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture finanziate a prestazione e Tasso di ospedalizzazione standardizzato per bassa specialità (analisi su base Provinciale)

Nel corso dell'analisi, non avendo riscontrato particolari cause di carattere epidemiologico o di mortalità nel territorio veneto, tali da poter giustificare questa ampia variabilità nel Tos fra Ulss, si è cercato di studiare alcune variabili che potessero spiegare il fenomeno.

Trattandosi di una analisi sulle basse specialità le prestazioni ospedaliere dovrebbero essere erogate in maniera uniforme sul territorio regionale, non prevedendo esse interventi o cure esclusivamente di competenza delle strutture di eccellenza Questa conside-

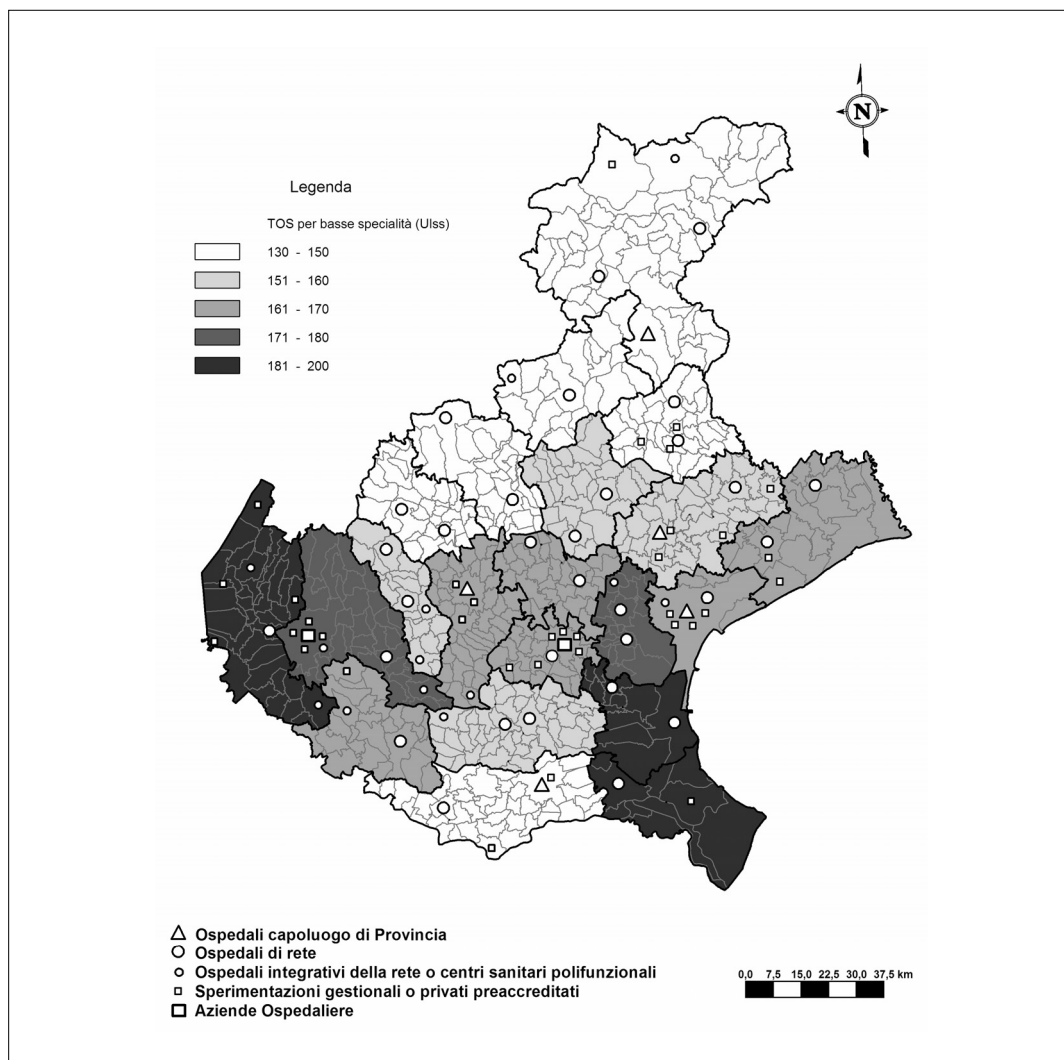
razione diventa importante se si vuole garantire equità nell'accesso alle strutture ospedaliere da parte di tutti i cittadini indipendentemente dalle loro condizioni economiche e sociali.

La figura 5, riporta in un unico grafico il Tos per Ulss riferito alle basse specialità e la distribuzione sul territorio veneto delle strutture di ricovero ospedaliero.

Dalle diverse analisi fatte emerge come il criterio di finanziamento dei ricoveri a Drg possa far aumentare gli episodi di ricovero

**Figura 5**

Popolazione residente per Km<sup>2</sup> Regione Veneto anno 2004



spingendo, inoltre, le strutture ospedaliere a specializzarsi e a selezionare le tipologie di Drg erogati.

Mentre le Ulss sono finanziate a quota capitaria, e con queste risorse devono garantire i livelli essenziali di assistenza previsti dal Ssn, alcuni produttori di servizi sanitari sono finanziati in base al tipo ed al volume delle prestazioni, secondo una tariffa predeterminata. Il finanziamento a Drg dovrebbe stimolare la concorrenza fra le strutture e portare ad una massimizzazione dell'efficienza operativa dei singoli produttori: a parità di tariffa produrre a costi minori mantenendo inalterati i livelli qualitativi.

Il sistema, tuttavia, non è esente da possibili distorsioni, prima fra tutte la possibilità

che il produttore non si accolli i rischi ed i costi della propria inefficienza operativa, ma li scarichi o sul committente (azienda Ulss) o sull'utente finale (paziente).

Taroni (Taroni, Nonis, 1996), riassume i rischi e le opportunità del sistema di finanziamento a Drg, nei seguenti punti:

– i rischi sono quelli di aumento di ricoveri non necessari, selezione dei pazienti, dimissioni precoci, riduzione dei servizi necessari, trasferimenti impropri e selezione dei ricoveri;

– le opportunità sono, invece, la riduzione delle liste di attesa, la specializzazione dell'attività, riduzione delle degenze medie, aumento dell'appropriatezza, integrazione

dei servizi e sviluppo di livelli alternativi di assistenza.

La forte correlazione che è emersa fra il Tos per le basse specialità e i ricoveri potenzialmente inappropriati ci fa pensare che questa grande variabilità nei tassi di ospedalizzazione fra Ulss nasconda una parte di prestazioni sanitarie non appropriate. Il riferimento è sia all'appropriatezza organizzativa, ossia all'appropriatezza delle giornate di degenza o dei livelli di erogazione (domicilio, ambulatorio, *day-hospital*, ricovero, ...), sia all'appropriatezza clinica, ossia alla misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. Le prestazioni inappropriate hanno un costo, poiché tali prestazioni impegnano risorse potenzialmente liberabili e utilizzabili per erogare prestazioni più necessarie.

Diventa importante, quindi, in un'ottica di programmazione ospedaliera regionale e nella definizione dei bisogni di assistenza ospedaliera nelle singole realtà locali, l'integrazione tra soggetti erogatori pubblici e privati in modo da limitare potenziali comportamenti opportunistici che il sistema di finanziamento a Drg può determinare.

Nel progettare una moderna rete integrata di servizi non si può prescindere dalla collaborazione e dalla complementarietà dei «produttori» di offerta sanitaria pubblici e privati, pur ribadendo il principio che il Ssn deve rimanere pubblico (...). Un patto efficace tra pubblico e privato dovrà essere caratterizzato da una forte attività di pianificazione che determini le regole all'interno delle quali il privato possa muoversi rischiando e cercando remunerazione, senza tuttavia generare aree di de-responsabilizzazione rispetto alla compatibilità dell'intero sistema. (Toniolo, 2005).

Da un altro punto di vista, il programma di investimenti per la riorganizzazione e ristrutturazione della rete dei presidi ospedalieri deve accompagnarsi e deve essere complementare allo sviluppo del processo di deospedalizzazione, assicurato organizzando il principio della continuità del percorso assistenziale nelle sedi territoriali e domiciliari attraverso due strumenti:

– lo sviluppo delle cure primarie nelle forme residenziali e semiresidenziali a carattere

sanitario (ospedali di comunità e centri residenziali per le cure palliative);

– la continuità delle cure attraverso l'utilizzo integrato delle altre strutture residenziali a carattere socio-sanitario e socio-assistenziale, dei servizi ambulatoriali di diagnosi e cura e di quelli di riabilitazione.

L'obiettivo della ricerca era quello di capire se la presenza di strutture di offerta sul territorio veneto potesse influenzare il tasso di ospedalizzazione con riferimento alle basse specialità. Possiamo concludere, considerando le nostre analisi, come esista una correlazione positiva fra le due variabili, Tos per basse specialità e presenza di strutture sul territorio, ancora più evidente se consideriamo solo le strutture remunerate con il sistema a Drg.

Va, tuttavia, sottolineato come questa non sia l'unica variabile che possa incidere sul tasso di ospedalizzazione. L'ospedalizzazione dipende dalla propensione al ricovero di una data popolazione e dalla struttura dell'offerta sanitaria, ospedaliera e non ospedaliera presente su un dato territorio, in termini di consistenza, qualità ed organizzazione dei servizi disponibili. A questo proposito, come esposto in precedenza, si può affermare come lo studio si presti ad ulteriori approfondimenti, anche utilizzando analisi statistiche multivariate che ricerchino degli ulteriori rapporti di causa-effetto considerando anche variabili cliniche (severità, compresenza di malattie, livello di autosufficienza) e variabili socio-demografiche (condizioni familiari, età, istruzione).

Un'analisi approfondita delle principali tipologie di ricovero, in termini clinici, numerici ed economici, effettuata sui propri residenti, accompagnata da un'analisi delle strutture nelle quali i cittadini dell'Azienda vengono ricoverati e da un'attenta disamina della propria capacità e qualità di offerta sanitaria, può diventare elemento determinante per le Ulss che hanno un alto tasso di ospedalizzazione per rientrare negli obiettivi assegnati dalla Regione (Pontoni *et al.*, 1996).

La *Clinical Governance*, come detto in precedenza, rappresenta sicuramente la cornice strategica entro cui le aziende e la programmazione sanitaria regionale dovranno muoversi per garantire l'equilibrio fra «biso-

gni - domanda - consumi» e «risorse - offerta - prestazioni».

Il sistema di *Clinical Governance* rappresenta il modo attraverso cui definire un nuovo sistema di responsabilità sull'efficacia e sull'appropriatezza dell'azione sanitaria concordato tra management e professionisti. A valle di questo accordo è quindi possibile definire un insieme di strumenti e sistemi aziendali a supporto degli obiettivi di una pratica clinica basata sulla evidenza clinica, ed in linea con la missione aziendale, che garantisca l'appropriatezza clinica e l'uso razionale delle risorse e la promozione della sicurezza degli interventi.

### Note

1. L'accordo Stato-Regioni del 23/3/2005 all'art. 4 prevede che le Regioni si impegnino a:
  - adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti-letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti-letto per mille abitanti. Il raggiungimento dello standard deve avvenire entro l'anno 2007;
  - adottare, entro il 30 settembre 2005, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro il 2007, il mantenimento dei TO per ricoveri ordinari e diurni entro il 180 per mille abitanti residenti.
2. Con queste due del G. reg. Veneto la Regione del Veneto ha provveduto ad una riorganizzazione e ad una razionalizzazione delle strutture di ricovero e dei posti-letto.
3. Variabili che compongono l'indice: percentuali di abitazioni senza bagno interno, percentuali di abitazioni in case d'affitto, percentuale di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione, densità abitativa (numero di occupanti per stanza), percentuale di popolazione senza titolo di studio o con licenza elementare, percentuali di famiglie mono-parentali con figli dipendenti conviventi.
4. Tale scheda è stata istituita con decreto del Ministero della sanità del 28 dicembre 1991 ed è lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero sia pubblici che privati. È inoltre parte integrante della cartella clinica e pertanto assume la medesima valenza di carattere medico-legale.
5. *European Minimum Basic Data Set*.
6. I *Diagnosis Related Groups* (Drg) sono stati sviluppati negli Stati Uniti e costituiscono il sistema attraverso il quale viene misurata l'attività di ricovero. Tale sistema permette di misurare il numero e la durata dei ricoveri, di classificare la casistica trattata in termini di complessità, di introdurre misure di comparazione dell'efficienza tra le strutture che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero e di misurare il valore economico degli episodi di ricovero stessi.
7. La Deliberazione della Giunta regionale n. 1371 del 7/5/2004 «Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici per gli anni 2003 e 2004» individua i ricoveri di alta specialità quando sono riferiti a pazienti dimessi da determinate Unità operative (Cardiologia pediatrica, Cardiologia, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare con eccezione del Drg 119, Ematologia, Malattie infettive, Unità spinale, Neurochirurgia, Grandi ustioni, Nefrologia [trapianti], Terapia intensiva, Unità coronarica, Oncoematologia pediatrica, Oncoematologia, Radioterapia, Terapia intensiva neonatale, Neuroriabilitazione) o riferiti a specifici Drg (103, 112, 124, 125, 302, 480, 495).
8. Si intendono i neonati sani presenti in ospedale a causa dell'evento «nascita» ed afferenti al Drg 391.
9. Il TOS è espresso come numero di ricoveri per 1000 abitanti.
 
$$TOS = 1000 * (\sum_e (Ps,e * De,x / Pe,x)) / \sum_e (Ps,e)$$
 De,x = dimessi di età e, residenti nella popolazione x, al 31/12/aa  
 Pe,x = popolazione x di età e, al 31/12/aa  
 Ps,e = popolazione regionale di età e, al 31/12/aa.
10. Tasso di ospedalizzazione standardizzato calcolato sui ricoveri con Drg medico, sui ricoveri con Drg chirurgico, sui ricoveri ordinari, sui ricoveri diurni, sui ricoveri potenzialmente inappropriati, sui ricoveri prodotti da strutture finanziate a quota capitolata, sui ricoveri prodotti da strutture finanziate a prestazione.
 
$$IDPS = 100 * (Dx,y / Dx)$$
 Dx,y = dimessi dalla struttura y residenti nella popolazione x al 31/12/aa  
 Dx = dimessi residenti nella popolazione x al 31/12/aa.
12. L'intensità di una relazione tra due variabili viene misurata dal coefficiente di correlazione  $R^2$ , i cui valori variano da - 1 per una perfetta correlazione negativa a + 1 per una perfetta correlazione positiva. Qualora non vi sia alcuna correlazione,  $R^2$  è uguale a 0.
12. Se è vero che la del. G. reg. Veneto n. 2227/02 (avendo indicato, sulla base delle delibere regionali, solamente i valori percentuali/soglia per l'erogazione in regime ordinario dei 52 Drg a rischio di inappropriata non incide di fatto sulla formazione del Tos, si deve anche considerare come la disponibilità di nuove tecnologie sanitarie, lo sviluppo della pratica medica e del management ospedaliero rendano attuabile il trasferimento non solo in regime diurno di molte prestazioni effettuate in regime di ricovero ordinario, ma anche il trasferimento in regime specialistico/ambulatoriale di prestazioni attualmente erogate in regime di ricovero diurno. In pratica all'aumentare del numero dei ricoveri potenzialmente inappropriati aumenta anche la possibilità di spostare l'erogazione di ricoveri diurni in regime ambulatoriale.

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

- ACCORDO STATO-REGIONI (2001), Integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 e il 22 marzo 2001 in materia sanitaria, Roma, agosto.
- ACCORDO STATO-REGIONI (2003), Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, Roma, marzo.
- ANCONA A. (2005), «Diritto alla salute e politiche di solidarietà, Regione Toscana, Razionalizzazione dell'offerta e semplificazione dell'accesso», *Monitor*, 15.
- ANDERSEN T.F., MADSEN M., LOFT A. (1987), «Regionale variationer i anvendelsen af hystreksomY (Regional Variations in hystreksomY rates)», *Ugeskrift for Lager*, 36(149), pp. 2415-2419.
- BARILETTI A. (1982), «Nozioni di domanda e bisogno sanitario», *Economia pubblica*, 1-2.
- BECKER G.S. (2001), *Social Economics: market behaviour in a social environment*, Harvard University Press.
- BELLERI G. (2005), «Domanda di salute: le difficoltà di governarla», *Medicinae Doctor*, 18.
- BERKI R.N. (1972), «Marcuse and the Crisis of the New Radicalism: From Politics to Religion?», *The Journal of Politics*, Vol. 34 (1), pp. 56-92.
- BUNKER P. (1970), «Surgical manpower. A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales», *New England Journal of Medicine*, 282(3), pp. 941-973.
- CELIN D. (2001), «Determinanti della variabilità clinica ed appropriatezza delle cure», supplemento alla rivista *Forum Trends in Experimental and Clinical Medicine*.
- COCHRANE A.L. (1972), *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*, Nuffield Provincial Hospital Trust, London.
- COSMI L. (2004), «Introduzione al Clinical Governance: definizione, sviluppi e contenuti operativi», in P. Tedeschi, V. Tozzi (a cura di) (2004).
- CUTLER D.M., SHEINER L. (1998), «Demographics and medical care spending: standard and non-standard effects», *NBER*, Working paper series 6866.
- DEL VECCHIO M. (1998), «Corporate Governance: documenti e riflessioni dal NHS», *Mecosan*, 26, pp. 59-68.
- DI STANISLAO F., NOTO G., DEALES A. (2003), «Dai profili di assistenza alla Clinical Governance. L'esperienza della regione Marche», *Mecosan*, 47, pp. 135-148.
- EVANS R.G. (1990), «The dog in the night-time: medical practice variations and health policy», in T.F. Andersen, G. Mooney (a cura di), *The Challenges of Medical Practice Variations*, London, McMillan.
- GLOVER A.J. (1938), «The incidence of tonsillectomy in schoolchildren», *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 31, pp. 1219-1236.
- GRUPPO DI LAVORO PRUO (1994), «La valutazione dell'uso dell'ospedale: quadro di riferimento, strumenti di misurazione ed esperienze italiane», *Ricerca & Pratica*, 58, pp. 99-117.
- HERWARTZ H., THEILEN B. (2003), «The determinants of health care expenditure: testing pooling restrictions in small samples», *Health Economics*, 12, pp. 113-124.
- JOMMI C., LECCI F. (2006), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2006, Egea, Milano.
- LOIUDICE M. (2001), «Domanda e offerta in sanità», *Care I*.
- LONGO F., VENDRAMINI E. (2001), «Analisi dello scenario strategico per il governo della domanda. Logiche e strumenti possibili per le aziende UsI», *Prospettive sociali e sanitarie*, 4.
- LONGO F. (2004), «Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo in sanità», (pp. 1-14), in Tedeschi P., Tozzi V. (a cura di) (2004).
- MARK L. BERENSON, DAVID M. LEVINE (2001), *Statistica per le scienze economiche*, Edizione Zanichelli, Bologna.
- MCPHERSON K., WENBERG J.E., HOVIND O., CLIFFORD P. (1982), «Small area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway», *New England Journal of Medicine*, 307, pp. 1310-1314.
- MERCURIO R., ADINOLFI P. (2005), «La Clinical Governance, possibile soluzione ai fabbisogni di integrazione nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 53.
- MOONEY G., RYAN R. (1993), «Agency in health care: getting beyond first principles», in *Journal of Health Economics*, 12(2), pp. 125-135.
- NOBILIO L., UGOLINI C. (2001), «Gravità e complessità aziendale della casistica trattata mediante indice di rischio: un'applicazione empirica», *Mecosan*, 39.
- PALMER R.H. (1989) *La valutazione degli interventi sanitari*, atti del convegno organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, 26-30 giugno, Roma.
- PEARSON R.J.C., SMEDBY B., BERTENSTAM R., LOGAN R.F., BURGESS A.M., PETERSON O.L. (1968), «Hospital caseloads in Liverpool, New England and Uppsala: an international comparison», *The Lancet*, 7, pp. 559-566.
- PETRELLI A., PICARIELLO R., RUSCIANI R., GNAVI R., COSTA G. (2005), *Eterogeneità geografica e associazione fra domanda e offerta di assistenza ospedaliera in Piemonte*, atti del convegno nazionale organizzato dall'AIES tenutosi a Genova il 10-11 novembre 2005.
- PIERANTONI I. (1998), «Bisogno e domanda di salute: probabilità, percezioni soggettive e valori monetari», *Economia pubblica*, Vol. 28, 2, pp. 53-86.
- PONTONI H., BARBIERI P., MAISTRELLO M., MINERVA M., REBORA E. (1996), «Analisi della domanda e dell'offerta di prestazioni ospedaliere in una Azienda UsI attraverso l'impiego delle schede di dimissione», *Mecosan*, 17, pp. 76-90.
- TEDESCHI P., TOZZI V. (a cura di) (2004), *Il governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, Edizione Mc Graw-Hill, Milano.

- REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA (2004), *Immagini di salute nei distretti socio-sanitari della Valle d'Aosta*, Aosta, Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali.
- REGIONE VENETO (2005), *L.R. n. 5 del 3 marzo 1996, art. 14. Modifica attinente ad aspetti gestionali e strutturali, delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla legge regionale 39/1993, approvata con DGR n. 3223 dell'8 novembre 2002*, delibera n. 751 del 11 marzo 2005 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2002), *Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. n. 39/93, in attuazione del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405 (Legge regionale n. 5/1996 art. 14)*, delibera n. 3223 del 8 novembre 2002 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (1999), *Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. n. 39/93, in attuazione del D.L. 17 maggio 1996, n. 280, convertito nella legge 18 luglio 1996, n. 382 e della legge 23 dicembre 1996, n. 662 (legge regionale n. 5/1996 art. 14)*, delibera n. 740 del 19 marzo 1999 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2004), *Allegato 2C del D.P.C.M. 29 novembre 2001 sui Lea - DGR «ad alto rischio di inappropriatazza»*, Nota prot. n. 579874/50.08.00 del 2 settembre 2004.
- REGIONE VENETO (2004), *Assistenza ospedaliera: criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori pubblici per gli anni 2003 e 2004*, delibera n. 1371 del 7 maggio 2004 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2004), *D.P.C.M. 29 novembre 2001: «Definizione dei livelli essenziali di assistenza». Disposizioni applicative. Secondo provvedimento*, delibera n. 2227 del 9 agosto 2002 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2004), *Linee di indirizzo per la costituzione dell'area vasta*, delibera n. 3456 del 5 novembre 2004 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2003), *Modifiche al nomenclatore tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale (D.G.R. n. 4776/97 e successive modifiche ed integrazioni) ed utilizzo diverso regime erogativi (D.P.C.M. 29 novembre 2001)*, delibera n. 2883 del 3 ottobre 2003 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2003), *Aggiornamento sistema dei controlli sull'attività di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale. Istituzione del coordinamento regionale per l'appropriatezza delle prestazioni e il controllo dell'attività sanitaria*, delibera n. 4090 del 30 dicembre 2003 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (1999), *Controlli sull'appropriatezza dell'attività sanitaria della Regione Veneto. Approvazione del documento tecnico organizzativo per la verifica ed il controllo dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri*, delibera n. 4807 del 28 dicembre 1999 della Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2002), *Relazione socio-sanitaria anno 2002 (dati 2000-2001)*, Venezia, Giunta Regionale del Veneto.
- REGIONE VENETO (2004), *Relazione socio-sanitaria anno 2004 (dati 2002-2003)*, Venezia, Giunta Regionale del Veneto.
- ROSITO A.M., DEGAETANO A., BALZAN M., RAVANELLO F., FABRIS F., MARTELLO T., PERINA F., VILLONE G., GREGORIO P. (2002), «La variabilità della pratica medica», *Tendenze nuove*, 2, nuova serie.
- SIRCHIA G. (2004), «Adeguare il sistema ai nuovi bisogni», *MONITOR*, 11.
- SITO INTERNET DELLA REGIONE VALLE D'AOSTA, *Cause di ricovero in Valle d'Aosta* (2002), [http://www.regione.vda.it/sanita/oreps/publicazioni/relazione\\_cause\\_ricovero\\_i.asp](http://www.regione.vda.it/sanita/oreps/publicazioni/relazione_cause_ricovero_i.asp)
- SITO INTERNET DELL'AGENZIA SANITARIA REGIONE DELL'EMILIA-ROMAGNA: *Glossario degli indicatori*, [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/econ\\_salute/prest\\_osp/sez2.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/econ_salute/prest_osp/sez2.htm).
- TARONI F., NONIS M. (1996), «Il pagamento a prestazione: introduzione al sistema di classificazione dei ricoveri per Rod/Drg e impatto sul Ssn», *I quaderni di Mecosan*, Contributi per una gestione manageriale della sanità, Roma.
- TONIOLO F. (2005), «Pubblico-privato, le condizioni per un patto efficace», *Il Sole 24 Ore - Sanità*, 41.
- VANARA F. (2004), «Appropriatezza e risorse potenzialmente liberabili», in N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vasara (a cura di), *L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Edizioni Il Mulino, Bologna.
- VISENTINI N. (2004), «L'assistenza sanitaria», in *Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto*, Giunta regionale del Veneto, Venezia.
- WENNBERG J.E., GITTELSON A. (1973), «Small area variations in health care delivery: a population based health information system can guide planning and regulatory decision making», *Science*, 182, 110208.
- WENNBERG J.E. (1984), «Dealing with medical practice variations: a proposal for action, in *Health Affairs*», 3, pp. 6-32.
- WRIGHT J., HILL P. (2003), *Clinical Governance*, Elsevier Science Limited, Oxford, UK, (traduzione italiana: *La governance clinica*, edizione McGraw-Hill, Milano, 2005).
- WRIGHT J., WILLIAMS R., WILKINSON J.R. (1998), «Development and importance of health needs assessment», *Br Med J*, 326, pp. 1155-6.
- ZANGRANDI A. (1998), «I sistemi di contratti in sanità», *Mecosan*, 26.



# Interazione/integrazione tra pubblico e privato per l'erogazione di servizi sanitari: il caso delle Medicine non convenzionali

CLAUDIA TACCHINO

*The article presents main findings of a research carried out by Bocconi School of Management, which aimed to verify the relationship between TM (Traditional Medicine) and CAM (Complementary and Alternative Medicine) on one hand and private health care system on the other hand. In particular, it observes non profit funds and for profit insurances in order to analyze the level of complementarity versus overlapping between public and private Italian health care systems. After a recognition of main funds and insurance organizations operating in Italy, firstly the article focuses on those including one ore more TM / CAM in their refundable services. Secondly, a benchmark analysis is made on some crucial issues: prices of TM/CAM services; percentage of refund; maximum rate of refund, etc. among private funds on one side and between private and public systems on the other side. The article shows that, at the moment, the two systems are quite overlapping and that the public one is considered by private organizations as the first driver of inclusion of TM and CAM (like other innovations) in global health care system.*

## Note sull'autore

Claudia Tacchino (claudia.tacchino@unibocconi.it) è docente presso la SDA Bocconi e professore a contratto presso l'Università Commerciale L. Bocconi di Milano

## 1. Il contesto della ricerca e la formulazione delle ipotesi

Il presente lavoro prende le mosse dal convergere di due temi di forte interesse, di cui uno più generale e uno più specifico.

Quello più generale riguarda il livello di integrazione tra i sistemi privati di tutela della salute e il sistema pubblico, ovvero la capacità di garantire ai cittadini un'offerta di servizi integrati e nello stesso tempo sufficientemente complementari e differenziati.

Il tema più specifico riguarda le Medicine non convenzionali<sup>1</sup> (da ora in poi Mnc), le quali sono tra le prestazioni esplicitamente escluse dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) e rientrano tra le categorie di prestazioni individuate dal Legislatore come vocationalmente più vicine all'assistenza sanitaria privata. Da questo punto di vista, la presenza delle Mnc nell'ambito dei sistemi privati di tutela della salute può essere letta come una «spia» dell'attuale livello di complementarietà o di sovrapposizione dell'offerta pubblico-privata in materia sanitaria.

Un primo ordine di domande di ricerca a monte del presente lavoro è il seguente:

1) Esiste una reale complementarietà tra servizio sanitario pubblico e sistemi privati di tutela della salute o si è piuttosto in presenza di un fenomeno di sovrapposizione tra le aree di prestazioni garantite?

2) Quanto e come, in particolare, l'integrazione/sostituzione del servizio pubblico si concretizza nel caso delle Mnc?

L'esclusione delle Mnc dai LEA e l'inclusione di queste ultime tra le prestazioni per cui il Ssn ha individuato il bisogno di un

## SOMMARIO

1. Il contesto della ricerca e la formulazione delle ipotesi
2. L'oggetto e l'impostazione metodologica della ricerca: fondi privati e medicine non convenzionali
3. I principali risultati della ricerca: Mnc presenti nei fondi e condizioni
4. I risultati dell'analisi comparata e la verifica delle ipotesi

servizio integrativo privato evidenzia una particolare continuità tra l'oggetto specifico della ricerca e l'obiettivo generale individuato, che consiste nella volontà di comprendere e portare ad evidenza la capacità dei sistemi integrativi di coprire aree di bisogno lasciate scoperte dal pubblico. Dopo avere, in un precedente lavoro (Tacchino Tanzi, 2006), evidenziato come negli ultimi anni si sia incrementato il consumo di Mnc e in che modo e misura le stesse Asl e strutture sanitarie pubbliche stiano investendo per implementare servizi riferiti a questa tipologia di medicine/terapie, si intende ora mettere in evidenza quale ruolo giochino le casse assistenza, i fondi sanitari integrativi e le assicurazioni sanitarie in una logica di PPP (*Public - Private - Partnership*).

Prendendo spunto dalla letteratura, si osserva che l'incremento della spesa sanitaria privata è un fenomeno che ha riguardato tutti i Paesi industrializzati, con un calo tra gli anni '60 e gli anni '70 per effetto della costituzione e del consolidamento proprio dei sistemi sanitari nazionali, per poi sperimentare una nuova fase di incremento a partire dagli anni '80. In quel periodo la spesa privata ritorna a salire mediamente in tutti i Paesi dell'OCSE, accentuando il *trend* crescente soprattutto a partire dagli anni '90 (Mastrobuono, Guzzanti, Cicchetti, Mazzeo, 1999, p. 116). Le aree maggiormente colpite dall'incremento della spesa privata sono quelle relative ai farmaci e ai servizi medici (prestazioni di medicina generale e specialistica, accertamenti diagnostici, odontoiatria, spese per protesi e riabilitazione), ovvero quelle aree che, a causa del contenimento della spesa, riescono a soddisfare i bisogni solo con lunghe liste d'attesa, o che per motivi diversi vengono perlopiù lasciate al mercato (es. odontoiatria).

I risultati di alcune ricerche condotte nella seconda metà degli anni '90<sup>2</sup> stimano in oltre 20.000 milioni di euro la spesa privata a livello nazionale. I dati mostrati dalla letteratura evidenziano, inoltre, che la spesa privata è prevalentemente costituita dai pagamenti diretti dei pazienti agli erogatori. Alcuni dati parlano addirittura di un 95,9% di spesa *out of pocket* contro il 4,1% di spesa privata che passa per le assicurazioni volontarie individuali e collettive. Secondo altre fonti queste ultime potrebbero arrivare al 6% o più, ma non oltre il 10%<sup>3</sup>.

Il consumo privato, inoltre, coinvolge tutti i ceti sociali. Essa riguarda tutti i tipi di prestazioni con particolare incidenza delle prestazioni garantite dal Ssn e, come tali, già finanziate dalla popolazione tramite il prelievo fiscale e contributivo. Vengono evidenziati a questo proposito i seguenti ordini di motivazioni espresse da coloro che hanno fatto ricorso alla sanità privata: il fatto che l'assistenza sanitaria pubblica non copre di fatto tutti i soggetti o tutte le prestazioni sanitarie richieste dai cittadini; le carenze o le inefficienze nei servizi pubblici; gli aspetti soggettivi dell'utenza (preferenza per un maggiore comfort, richiesta di prestazioni personalizzate o di una specifica *équipe* medica, ecc.)<sup>4</sup>.

Quali che siano le motivazioni, il risultato porta a concludere che solo una minima parte della percentuale (che varia dal 4,1 al 10%) della spesa privata che passa dalle assicurazioni volontarie individuali e collettive è imputabile a prestazioni di Mnc. Affiancando questo dato a quello relativo all'esiguità dell'offerta di servizi di Mnc in ambito pubblico (salvo qualche contesto regionale particolarmente attivo) viene spontaneo concludere che grandissima parte delle prestazioni riferibili alle Mnc vengono erogate e pagate direttamente dal paziente ricadendo in quel 90-95,9% dell'*out of pocket*<sup>5</sup>.

Una delle ipotesi di fondo, a questo proposito, è che a fronte del fatto che il legislatore ha individuato nel sistema sanitario privato l'interlocutore principale tenuto a far fronte ai bisogni lasciati scoperti dal servizio pubblico, sia stata di fatto demandata al sistema integrativo l'assunzione dei rischi connessi, e per molti versi ancora inesplorati, alla diversificazione del servizio. Si ipotizza inoltre che, sul versante privato, non ci sia stata una presa di posizione decisa, né in senso inclusivo né esclusivo, ma che il privato abbia cercato di limitare a sua volta il rischio ponendo vincoli alla riconoscibilità delle prestazioni escluse dal Ssn.

Nel tentativo di comprendere più a fondo le ragioni della bassa presenza delle Mnc nei fondi integrativi, questa parte della ricerca ha mosso i suoi primi passi individuando le diverse tipologie di soggetti che erogano prestazioni sanitarie al di fuori di una logica di scambio diretto tra erogazione della prestazione e pagamento della stessa a prezzo di

mercato. Si è quindi proceduto attraverso la costruzione di un campione che includesse le diverse tipologie di soggetti ed è stata realizzata un'analisi empirica che coinvolgesse le realtà individuate.

Le forme integrative di assistenza sanitaria possono essere realizzate da (si veda il **box 1**):

A) enti *for profit*: imprese di assicurazioni e *broker* assicurativi;

B) enti *non profit* abilitati: fondi sanitari. Questi ultimi si suddividono in:

- SMS - Società di mutuo soccorso,
- Fondi di categoria,
- Casse aziendali e interaziendali,
- Casse di previdenza professionali,
- Casse edili.

Complessivamente la raccolta assicurativa annua *profit* e *non profit* è valutabile con riferimento al 2000 tra i 1600 e i 1800 milioni di euro (circa il 7-7,7% della spesa sanitaria privata, di cui il 5,5% relativo alle assicurazioni commerciali e una quota variabile tra l'1,5 e il 2,2% per quanto riguarda i fondi sanitari *non profit*)<sup>6</sup>. La distinzione fondamentale tra fondi sanitari *non profit* e assicurazioni commerciali è costituita dalla struttura organizzativa e dalle modalità di perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario. Alla base dell'erogazione delle prestazioni di fondi di categoria, casse o mutue vi è la solidarietà tra le categorie occupazionali o gruppi di cittadini, mentre per le assicurazioni i premi sono fondati su stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri e viene posto in essere un meccanismo di perequazione dei risultati tra un anno e l'altro. Per quanto riguarda le SMS, il fondo mutualistico deve servire innanzitutto a garantire le prestazioni che si prevede che i soci richiederanno, oltre a coprire le spese di gestione. Il rimborso reso al socio bisognoso rimane, però, legato alla consistenza dei fondi esistenti, per cui non vi è certezza assoluta sul valore dell'indennizzo, che potrà essere erogato al socio stesso. Il rapporto che lega la mutua e il socio è di tipo associativo e non contrattuale in quanto non avviene il trasferimento del rischio dal socio alla società, come invece si verifica per il rapporto di tipo assicurativo. Non vi è

dunque una finalità commerciale bensì assistenziale.

Nell'ambito della presente ricerca ci si è pertanto soffermati separatamente sulle due categorie di soggetti al fine di meglio comprendere le implicazioni economiche collegate all'ammissibilità o meno al rimborso delle Mnc.

Enti *profit* e *non profit* potrebbero entrare in competizione in ragione dell'omogeneità del servizio offerto, ma si rivolgono a segmenti di domanda piuttosto diversificati (in particolare, l'assicurazione si rivolge a fasce sociali più benestanti che mirano a sostituire più che a integrare l'offerta sanitaria pubblica). Sono inoltre molto sviluppati i rapporti di collaborazione tra assicurazioni e enti *non profit*, perché i secondi si appoggiano spesso sulle prime per offrire ai loro aderenti coperture aggiuntive o per cautelarsi da esposizioni eccessive.

Complessivamente il numero di persone iscritte a fondi sanitari integrativi è compreso tra i 4 e i 5 milioni, con un allargamento a circa 5,5-6 milioni di persone se si includono anche i familiari degli assicurati/iscritti. Poco più di un terzo del totale risulta essere coperto da polizza individuale (Bifone, 2001: p. 125).

## 2. L'oggetto e l'impostazione metodologica della ricerca: fondi privati e medicine non convenzionali

Coerentemente con le domande di ricerca formulate nei paragrafi precedenti, l'articolazione di questa parte del lavoro si focalizza sulla presenza delle Mnc presso i sistemi privati di tutela della salute. L'attenzione è stata posta inizialmente su un campione composto di compagnie assicurative che operano nel ramo salute e di fondi *non profit*. In una seconda fase si è optato per una più decisa focalizzazione su questi ultimi, in quanto i primi risultati hanno evidenziato un ruolo marginale delle compagnie assicurative per ciò che riguarda il rimborso di Mnc. In prima battuta sono stati quindi mappati i fondi esistenti e le principali compagnie assicurative operanti anche sul segmento salute. Dopo una prima analisi del campione allargato, soprattutto tramite ricerca di informazioni su Internet e telefonate mirate ai responsabili, ci si è focalizzati sui soggetti che hanno mo-

## Box 1

A. Enti *for profit*:

Le imprese assicurative intervengono attraverso lo strumento delle polizze individuali sottoscritte dal singolo cittadino o attraverso le polizze collettive sottoscritte dal datore di lavoro o dal titolare dell'ente collettivo di riferimento. Le polizze individuali hanno normalmente come oggetto il rimborso delle spese mediche sostenute dall'assicurato per ricovero in istituto di cura reso necessario da malattia, infortunio o per intervento chirurgico in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale. Le polizze collettive sono solitamente destinate a gruppi chiusi e permettono una copertura più articolata rispetto alle assicurazioni individuali. In questi casi, le spese rimborsabili comprendono talvolta anche aree critiche quali cure dentarie, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, acquisto di farmaci e rette di degenza in caso di ricovero. Pur essendo un dato che il mercato assicurativo privato in sanità ha finora raggiunto livelli assoluti modesti, occorre evidenziare che i tassi di sviluppo sono elevati. La raccolta premi del ramo malattia ha evidenziato una crescita piuttosto sostenuta nel periodo 1985-1991, raggiungendo quota 1.106 miliardi (571 milioni di euro) nel 1991 e ha evidenziato un'incidenza sul totale del ramo danni del 3,8%. Dal 1990 al 1994 il monte premi è passato da 443 milioni di euro a 829 milioni con una crescita del valore nominale dell'87%. Nel periodo 1995-2001 il monte premi è passato da 940 a circa 1.343 milioni di euro con una crescita complessiva del 43%.

Alla crescita della spesa sanitaria assicurativa è corrisposta tra la fine degli anni '80 e la metà degli anni '90 anche una crescita della domanda assicurativa sanitaria privata. Una recente indagine stima una percentuale di italiani già in possesso di polizza sanitaria individuale pari al 14,8%. Altri dati ridimensionano il fenomeno a circa 1,5 milioni di italiani con polizza individuale e 1,5 milioni con polizza collettiva (Bifone, 2001)(\*).

B. Enti *non profit*:

Oltre alle assicurazioni malattia, vanno considerate le coperture garantite dai fondi sanitari integrativi, ovvero quei soggetti che si definiscono come enti giuridici o sociali che forniscono prestazioni integrative a quelle fornite dal Ssn secondo logiche non orientate al profitto (fondi di categoria, casse aziendali e Società di Mutuo Soccorso). Alcune stime collocano gli introiti annuali dei fondi sanitari tra i 360 e i 520 milioni di euro (Bifone, 2001).

Le Società di Mutuo Soccorso, in particolare, nascono con la specifica missione di assicurare principalmente le popolazioni delle fasce sociali medio basse, mentre i fondi e le casse aziendali riguardano prevalentemente le fasce sociali medio alte, anche se recentemente vi è stata una estensione, sia pure con benefit più ridotti verso fasce professionali più basse. I fondi *non profit* hanno nel tempo ampliato il loro ambito di copertura: inizialmente erano diffusi soprattutto presso i settori produttivi più ricchi e tecnologicamente avanzati (banche, elettronica, telecomunicazioni, stampa, chimica) e si concentravano particolarmente su target «alti» (dirigenti) poiché la logica portante era quella del «benefit sanitario» come importante elemento della politica retributiva, utilizzato per attirare le forze di più elevata qualificazione. Col tempo si è verificata una progressiva estensione anche verso quadri, impiegati e operai. Anche i professionisti hanno visto crescere negli anni le possibilità di ricevere forme di previdenza sanitaria integrativa attraverso le casse di previdenza e assistenza costituite dalle stesse organizzazioni od ordini professionali.

La principale copertura anche degli enti *non profit* riguarda in oltre il 50% dei casi il ricovero ospedaliero sia in strutture pubbliche che in strutture private. Nel primo caso il rimborso consiste in una diaria giornaliera, nel secondo in una parziale copertura delle spese. Oltre il 40% provvede a rimborsare le spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici. Per quanto riguarda le spese dirette per rimborsi, oltre il 40% si riferisce alle prestazioni di ricovero ospedaliero (50% nel caso delle casse aziendali, 64% nel caso delle sms, 4,4% nel caso dei fondi di categoria). I fondi *non profit* possono essere autogestiti ma possono anche affidare i contributi raccolti tramite convenzione con una compagnia di assicurazioni. In tal caso i fondi diventano contraenti di una polizza collettiva, i cui assicurati sono gli iscritti al fondo stesso. La gestione può anche essere mista, con meccanismi gestionali differenti per diverse tipologie di prestazioni.

Le più recenti stime della domanda reale di assistenza sanitaria mediata da casse aziendali e fondi di categoria quantificano in circa 2 milioni le persone coperte da circa 200 casse. Altri studi (Bifone 1999 e 2001, Agcm 1999) stimano valori maggiori. In particolare Bifone (2001) indica un numero variabile tra i 2,5 e i 3 milioni di persone coperte da fondi sanitari, delle quali però almeno 1,5 milioni coperte da polizze collettive riferite a casse assicurate (circa 1-1,5 milioni di persone coperte da fondi *non profit*).

(\*) Indagine campionaria Forum Biomedica – Censis (2002).

(\*\*) Di Renzo (1996); Asi (1996); Cazzola (1997); Mastrobuono (1999); ecc.

strato diretta competenza in materia di assistenza sanitaria privata, interesse a collaborare all'indagine e disponibilità a diffondere informazioni relative alle proprie politiche di spesa se non dati dettagliati di prestazioni erogate e voci dettagliate di spesa. Le politiche aziendali di alcune casse si sono, infatti, rivelate poco compatibili con l'indagine che si stava portando avanti, in quanto alcune casse o aziende a cui queste fanno riferimento si sono appellate a un principio di *privacy* aziendale, non diffondendo informazioni. Si è potuta, comunque, osservare «a monte» una tendenza alla fluidità del settore, soprattutto per quanto riguarda le Casse aziendali. Dall'indagine è emerso che molte realtà si sono modificate negli ultimi anni, anche rispetto alla situazione fotografata dalle precedenti indagini. Una delle principali ragioni è dovuta alla fluidità degli stessi assetti delle imprese, oggetto di continue fusioni, scorporazioni, ecc. Nell'ultimo decennio si sono visti molti cambiamenti ad esempio nel settore del credito, che è tradizionalmente uno dei più attivi e da più tempo in materia di casse assistenza. Alcune casse/fondi hanno cambiato nome e/o ragione sociale mentre alcune sono risultate non rintracciabili e altre non interessate a collaborare. A fronte di questo si è potuta rilevare la costituzione di alcuni nuovi fondi negli ultimi anni, alcuni dei quali ancora in fase di *start up* e quindi poco significativi ai fini della ricerca.

Si riporta nel **box 2** il campione delle istituzioni osservate. Ad un primo elenco di fondi *non profit* si affianca una piccola selezione di assicurazioni *for profit* che lavorano anche nel ramo salute. Il campione totale è costituito di 53 soggetti.

A livello metodologico si è optato, in questa parte della ricerca, per un'indagine esplorativa ad ampio raggio per non perdere informazioni utili ad indagare, in modo esteso, in che misura e con quali modalità siano presenti le Mnc tra le prestazioni coperte da fondi *non profit* e assicurazioni sanitarie *for profit*. Si è quindi proceduto attraverso un'analisi di tipo qualitativo. Si è, infatti, considerato che un'elaborazione quantitativa dei dati avrebbe in primo luogo rischiato di far perdere molte sfumature del tema e che, ad esempio, uno strumento come un questionario da elaborare quantitativamente non sarebbe stato sufficientemente flessibile

per cogliere i comportamenti del settore, che fin da una prima osservazione sono apparsi molto eterogenei. A questo si aggiunge il rischio concreto, che da subito si è mostrato, di ottenere la restituzione di pochissimi questionari, date le dimensioni del campione, selezionato in un universo di piccole dimensioni. I contatti diretti con i soggetti del campione, inoltre, hanno evidenziato la scarsa propensione degli stessi a fornire dati che li riguardassero.

Si è preferito fare una prima ricognizione delle informazioni disponibili sui siti *web* delle diverse istituzioni, per poi passare a una fase di analisi più approfondita attraverso un contatto diretto con i responsabili. Questa metodologia è stata scelta per la sua coerenza con l'obiettivo della ricerca di cogliere gli aspetti relativi alle politiche aziendali in materia di assistenza sanitaria integrativa.

Sulla base dei suggerimenti offerti dalla letteratura e dalle indagini precedentemente condotte, che hanno meglio orientato i ricercatori nella formulazione delle domande e delle ipotesi di ricerca, i soggetti rientranti nel campione selezionato sono stati indagati e confrontati sui seguenti punti:

a) mappatura di quali e quanti soggetti includono a vario titolo con diverse modalità le Mnc tra le prestazioni riconosciute;

b) mappatura delle modalità dell'erogazione: convenzionamento diretto con strutture o professionisti, rimborso indiretto, convenzioni indirette che danno diritto a sconti per gli iscritti/sottoscrittori;

c) confronto tra i tariffari dei rimborsi (tra chi lo rende pubblico) su: agopuntura, omeopatia, terapie manuali (chiropratica - osteopatia), linfodrenaggio manuale, shiatsu, riflessologia, fitoterapia, *biofeedback*, medicina tradizionale cinese, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia, altro:

- politiche di inclusione/esclusione,
- confronti tra tariffe e massimali;

d) individuazione delle condizioni di rimborsabilità: numero di prestazioni massime, tetti annuali, franchigie, scoperti, ecc.;

e) esplicite esclusioni delle Mnc presso casse/fondi/assicurazioni.

## Box 2

**Fondi non profit**

Arca ENEL – Cassa Assistenza ENEL  
 Assidai – Fondo di assistenza per dirigenti, quadri e consulenti  
 Assidir – Cassa Interaziendale De Lellis  
 Assilit – Cassa Assistenza Telecom  
 BPM – Cassa Mutua Assistenza Banca Popolare di Milano  
 Bull Italia – Cassa Assistenza  
 Cadiprof – Cassa di assistenza sanitaria supplementare per i dipendenti degli studi professionali  
 CADN – Cassa Assistenza Dirigenti Nestlè  
 Campa (BO) – Cassa nazionale assistenza malattie  
 CAPAIAP – Cassa Autonoma di previdenza e assistenza integrativa degli avvocati e dei professionisti  
 Casagit – Cassa autonoma di assistenza integrativa dei giornalisti italiani  
 Casadic – Cassa assistenza sanitaria per il personale direttivo del settore del credito  
 Caspie – Cassa Autonoma di assistenza sanitaria tra il personale dell'Istituto di Emissione (Banca d'Italia)  
 Cassa Edile di mutualità e assistenza di Milano  
 Cassa Forense – Cassa di assistenza  
 Cassa Notariato – Cassa assistenza  
 Cesare Pozzo – Società Nazionale di Mutuo soccorso Cesare Pozzo  
 CNPADC – Cassa Nazionale di Previdenza e assistenza a favore dei dottori commercialisti  
 CNPR – Cassa Nazionale di previdenza e assistenza a favore dei ragionieri e periti commerciali  
 Consorzio Mutue di Novara  
 Cramas – Fondo Mutua Salus – Cassa assistenza Banca di Credito Cooperativo di Roma  
 EBNA – Cassa assistenza delle associazioni artigiane  
 Enasarco – Fondazione  
 Ente Mutua Assistenza sanitaria delle associazioni  
 Ente Mutuo di assistenza tra gli esercenti il commercio della provincia di Milano  
 Est Concommercio – Ente di assistenza integrativa per i dipendenti dalle aziende del commercio, del turismo e dei servizi  
 Fasco – Fondo Assistenza Cooperativa SMS  
 Fasdac – Fondo di assistenza sanitaria Mario Besusso  
 Fasdip – Fondo assistenza sanitaria per i dirigenti Pirelli  
 Fasi – Fondo assistenza sanitaria integrativa  
 Federcasse – Federazione italiana delle banche di credito cooperativo – Casse rurali e artigiane  
 FIS – Fondo integrativo sanitario Gruppo ENI – settore energia  
 Galeno – Cassa autonoma di previdenza e assistenza integrativa dei medici odontoiatri  
 Gruppo Intesa – Cassa assistenza sanitaria per i dipendenti  
 IBM – Cadgi – Cassa Assistenza Dirigenti Gruppo IBM  
 Inarcassa – Cassa Assistenza per ingegneri, architetti e liberi professionisti  
 Mutua commercio – Unione del commercio turismo e servizi del Friuli-Venezia Giulia  
 Mutua salute – Fondo integrativo della confederazione nazionale dell'artigianato e della piccola media impresa  
 Quas – Cassa assistenza sanitaria quadri  
 San Paolo IMI – Cassa assistenza gruppo San Paolo IMI  
 Sanimpresa – Cassa Assistenza sanitaria integrativa di Roma e del Lazio  
 SMA – Società Mutua assistenza Modena  
 Società di Mutuo Soccorso Carbonara Ticino (PV)  
 Unica – Cassa Assistenza Gruppo Unicredit

**Assicurazioni che hanno polizze sanitarie**

Assicurazioni Generali  
 Axa Assicurazioni  
 Cattolica Assicurazioni  
 EuropAssistance  
 RAS – Riunione Adriatica di Sicurtà  
 Reale Mutua Assicurazioni  
 Toro Assicurazioni  
 Unisalute spa  
 Valeas

### 3. I principali risultati della ricerca: Mnc presenti nei fondi e condizioni

Come accennato nel paragrafo precedente, la ricerca ha da subito mostrato come risultato la quasi totale esclusione da parte delle imprese assicurative private *for profit* delle Mnc, che nella maggior parte dei casi vengono citate tra le prestazioni per cui è esplicitamente escluso il rimborso insieme alla chirurgia estetica, alle cure termali, alle cure/protesi odontoiatriche, alla fisioterapia e a tutte le terapie non rientranti a pieno titolo nella medicina ufficiale. Non è secondario, a questo proposito, il dato che mediamente il costo delle polizze individuali varia da un minimo di circa 1.300 euro ad un massimo di oltre 4.000 euro, al variare della dimensione del nucleo familiare, dell'età dei componenti e delle tipologie di prestazioni coperte. A fronte di questa dimensione di spesa per l'assicurato, non esiste un vero e proprio riconoscimento per le prestazioni rientranti tra le Mnc, se non per le prestazioni effettuate da medici specialisti nell'ambito della loro specializzazione medica e quindi indipendentemente dal fatto che le cure applicate rientrino nel novero delle Mnc o meno. Molte polizze pongono un ulteriore limite riconoscendo solo le spese mediche sostenute nell'ambito del ricovero ospedaliero o nei periodi immediatamente a ridosso. La stessa restrizione è applicata in molti casi per quanto riguarda i trattamenti fisioterapici le cure termali. Tra le esplicite esclusioni delle polizze assicurative compaiono nella maggior parte dei casi i soggiorni presso centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici e dietologici o del benessere.

Qualche spiraglio di apertura in più emerge dall'osservazione dei fondi sanitari integrativi *non profit*, che in non pochi casi ne citano qualcuna tra le terapie riconosciute. Talvolta l'inclusione delle Mnc è subordinata alla scelta di opzioni di assistenza più complesse e complete che, anche all'interno di uno stesso fondo, contemplino anche le prestazioni extraospedaliere. Le forme di adesione di base spesso, infatti, prevedono la sola copertura delle spese per ricoveri con o senza interventi chirurgici e per accertamenti o terapie direttamente collegate alla causa del ricovero, se avvenute nei tempi immediatamente circostanti il ricovero stesso.

Per quanto riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni, il presente lavoro di ricerca ha visto come risultato il fatto che laddove le Mnc siano contemplate tra le prestazioni riconosciute, esse ricadono nella totalità dei casi nella forma dell'erogazione indiretta. Questa modalità di erogazione delle prestazioni non prevede alcun tipo di accordo a monte tra la struttura sanitaria o il professionista che eroga la prestazione e il fondo integrativo. Il rapporto di scambio si regola a valle, tra la struttura sanitaria e il beneficiario, il quale acquista il servizio sul mercato e, solo in un secondo tempo, avanza una richiesta di rimborso al fondo presso cui è iscritto.

Non sono stati osservati casi di erogazione diretta, ovvero di stipula di convenzioni tra strutture sanitarie e/o professionisti da un lato e fondi sanitari dall'altro. Per molte altre prestazioni, infatti, la tipologia più consueta di convenzione prevede che, a fronte di un accordo, il fondo versi alla struttura/professionista una quota stabilita per ogni prestazione erogata agli assistiti dal fondo stesso. L'assistito pertanto acquisisce il diritto a fruire della prestazione senza che questo dia origine a nessun esborso da parte sua, né quindi a nessuna richiesta di rimborso da avanzare al fondo stesso. Nella maggior parte dei casi l'assistito non conosce nemmeno la spesa in cui incorre il fondo per della prestazione di cui fruisce, in quanto il rapporto di scambio coinvolge direttamente i due soggetti a monte, pur essendo il beneficiario un soggetto terzo.

Anche l'erogazione indiretta prevede una forma di regolazione tra il fruitore della prestazione e il fondo stesso. A questo proposito, i dati restituiti dal lavoro evidenziano l'esistenza di diverse modalità con cui può essere regolato questo tipo di rapporto.

Alcuni soggetti definiscono una percentuale massima di rimborso, che può variare dal 50% al 70%. Spesso associato a questo criterio, c'è quello dell'applicazione di una franchigia/scoperto che rimane a carico dell'assistito e in qualche caso la definizione di un tetto annuale di spesa. Il Consorzio Mutue di Novara, ad esempio, riconosce le prestazioni fisioterapiche e fitoterapiche con un contributo del 50% della spesa sostenuta dal paziente, definendo un tetto massimo di spesa di 150,00 euro l'anno.

Un'altra modalità praticata consiste nello stabilire una tariffa di rimborso massimo per ogni tipologia prestazione. A questa modalità si affianca solitamente la definizione del numero massimo di prestazioni fruibili ogni anno per tipo, criterio che può essere alternativo o aggiuntivo della definizione di un tetto di spesa annuo cumulativo. Ad esempio il Campa di Bologna definisce alcune tariffe per le prestazioni che riconosce, non stabilisce il numero massimo di prestazioni, ma per il 2006 fissa un tetto di spesa che varia tra i 260,00 e i 300,00 euro annui, secondo la polizza stipulata, aumentabili fino a 500,00/600,00 euro. Assilit definisce delle tariffe massime di rimborso e il numero di prestazioni a cui ogni assistito ha diritto per ogni categoria. Per l'agopuntura, ad esempio, stabilisce un contributo per massimo 3 cicli di cure annue per un massimo di 10 sedute ciascuno.

Alcuni si limitano a definire un tetto annuo, che mettono a disposizione per l'assistito e il suo nucleo familiare per la voce di spesa Mnc. È il caso della cassa di assistenza sanitaria del Gruppo Intesa, che per il 2006 ha definito il tetto in 1.500 € l'anno dedicato alle Mnc, nel quale possono rientrare anche massaggi shiatsu, linfodrenaggio manuale e altro.

Nella totalità dei casi l'ammissibilità della richiesta di rimborso è subordinata alla soddisfazione di alcune condizioni/criteri di erogazione delle prestazioni stesse. Una delle condizioni, che viene quasi sempre posta, è l'esplicita prescrizione da parte del medico curante e la fattura delle prestazioni. Condizione quasi sempre imprescindibile è che questa sia rilasciata da operatori laureati in Medicina e Chirurgia e regolarmente iscritti all'Ordine.

Un punto di osservazione su cui si è soffermato il lavoro di ricerca è stato il confronto dei massimali di tariffa rimborsati dai fondi per le principali prestazioni di Mnc, naturalmente per i soli casi in cui esse siano contemplate e per le sole realtà che hanno accettato di rendere pubblici i dati.

### 3.1. Agopuntura<sup>7</sup>

È stato subito evidente che la Mnc più diffusa nei fondi sanitari è l'agopuntura, purché effettuata da mano medica. Questo è in parte

legato al fatto che gli stessi LEA contemplano tra le pratiche incluse alcune particolari applicazioni dell'agopuntura stessa. Se, come sembra, il *driver* della definizione del portafoglio dell'offerta dei fondi integrativi è costituito dalla legittimazione fornita dal sistema pubblico, si comprende facilmente l'alto posizionamento di cui gode l'agopuntura tra le Mnc offerte dai fondi stessi. In moltissimi casi, infatti, si tratta dell'unica terapia non convenzionale contemplata. Considerando tuttavia che i dati Istat riferiscono che solo il 2,9% degli italiani fa ricorso all'agopuntura, è comprensibile che i numeri dei fruitori di queste prestazioni nell'ambito dell'assistenza fornita dai fondi siano piuttosto esigui. A questo si aggiungono alcune considerazioni relative alle tariffe di rimborso che è stato possibile ottenere.

Alcuni tariffari distinguono più voci di rimborso per le prestazioni di agopuntura, perlopiù classificate sulla base di quanto stabilito dallo stesso tariffario del Ministero della sanità. Una delle voci più ricorrenti riguarda la prestazione di agopuntura a fini anestesiológicos, per cui viene riconosciuto un rimborso medio pari a 10,50 euro a prestazione. Questa tariffa sembra coerente con la spesa di ticket prevista per l'utente dal nomenclatore tariffario nazionale, che per la voce specifica stabilisce una tariffa di 9,71 euro e con quella stabilita dal nomenclatore della Regione Lombardia (9,30 euro). È difficile in questo caso avere un riscontro preciso sul prezzo di mercato di questa specifica prestazione, anche perché, come confermato da numerosi esperti di settore, l'agopuntura a fini anestesiológicos è una delle prescrizioni meno praticate in assoluto, perfino in Cina dove l'agopuntura è nata millenni fa ed è ancora oggi contemplata nella medicina ufficiale del Paese.

Un'altra prestazione ricorrente nei tariffari è l'agopuntura per moxa revulsivante<sup>8</sup>. Le tariffe di rimborso contemplate dai fondi sanitari si collocano intorno ai 15,50 euro. Anche in questo caso la tariffa risulta coerente con quanto disposto dal Ministero e dalla Regione Lombardia, che stabiliscono una spesa per il cittadino rispettivamente di 12,81 e 12,91 euro. Le prestazioni di agopuntura per moxa revulsivante fornite dalla Regione Valle d'Aosta in regime di Ssr costano al cittadino 25,00 euro a seduta. In questo caso, il



rimborso dei fondi integrativi finirebbe per coprire circa il 60% della spesa. Si aprono a questo punto due ulteriori ordini di problemi. Il primo è legato alla considerazione che, come emerso anche nella precedente ricerca condotta sulle Mnc, le strutture pubbliche al momento attive nell'erogazione di prestazioni di Mnc sono un numero molto esiguo rispetto alle dimensioni della domanda (Taccino, Tanzi, 2006). Questo dà origine nella migliore delle ipotesi a lunghe liste d'attesa, mentre in molti casi i servizi hanno ancora carattere sperimentale e non sono pubblici, ma attivi solo per chi rientra in protocolli prestabiliti. In moltissimi casi pertanto, la prestazione viene acquistata sul mercato. Il secondo ordine di problemi riguarda il prezzo di mercato che viene solitamente applicato a questo tipo di prestazione, molto spesso decisamente più elevato rispetto ai rimborsi accordati.

Lo stesso problema riguarda le prestazioni generiche di agopuntura effettuate a fini terapeutici, per cui vengono rimborsati presso i fondi sanitari che le includono dai 15,00 ai 21,00 euro per un valore medio di 17,76 euro. In questo caso la tariffa ministeriale, stabilita in 8,52 euro, si posiziona decisamente al di sotto del valore individuato, mentre quella applicata dalla Regione Lombardia è quasi equivalente (17,56 euro). Ancora al di sopra si posizionano i valori della Regione Valle d'Aosta (25,00 euro) e della Regione Toscana. Quest'ultima, infatti, vede applicate in regime di Ssr tariffe medie di 18,59 euro per la prima visita e 36,15 euro per quelle successive. La stessa prestazione erogata presso strutture pubbliche in regime *intra moenia* vede applicata una tariffa di oltre 50 euro.

Sarebbe stato troppo oneroso nell'ambito della presente ricerca effettuare un'analisi dettagliata dei prezzi di mercato a cui vengono erogate le prestazioni. Per non perdere il dato di confronto col mercato sono stati selezionati in qualità di *benchmark* due centri privati di medicina naturale, caratterizzati da un'offerta differenziata e collocati su due territori che si sono mostrati cruciali per le Mnc fino dalla ricerca precedente. Si tratta della Clinica olistica di *Lifegate*, operante in Milano e dell'*Associazione Naturiva*, con sede in Toscana (Aulla, Massa). La Clinica olistica di *Lifegate* applica da listino un prezzo di 90 euro per la prima visita e 50 per

quelle successive. L'*Associazione Naturiva* applica un prezzo unico di 60 euro. Queste cifre, se confrontate col dato di 17,76 euro di rimborso medio riconosciuto dai fondi, mostrano che il rimborso garantito oscilla dal 20 al 35% della spesa in cui incorre il cittadino acquistando la prestazione sul mercato.

Il dato di rimborso medio viene ulteriormente ridimensionato se si considerano i tetti massimi che vengono stabiliti in termini di numero di prestazioni annue che variano da 10 a 30, posizionandosi su un valore medio di 22 l'anno.

Si sono rilevati anche casi in cui, pur non venendo applicate tariffe a prestazioni, né un numero massimo di prestazioni rimborsabili, effetto di calmiera viene garantito dall'applicazione di scoperti e franchigie. In un caso, in particolare, vengono esplicitamente fatte rientrare le prestazioni di agopuntura tra le prestazioni terapeutiche ad alta specializzazione, per cui è previsto uno scoperto del 20% e una franchigia di 80 euro a prestazione fino a concorrenza della somma garantita di 5.000 euro all'anno per nucleo familiare. In questo caso il rimborso può avvenire solo su prestazioni che abbiano un prezzo abbastanza elevato da superare la franchigia, cosa non molto frequente per l'agopuntura, cui verrebbe ulteriormente applicato lo scoperto. L'unico caso a cui è applicabile questo criterio tra quelli precedentemente riportati è la prima visita della Clinica olistica di *Lifegate* (90 euro). Provando ad applicare il criterio sopra esposto ne conseguirebbe che l'assistito avrebbe diritto a 8 euro a prestazione, pari al 8,8% della spesa sostenuta.

### 3.2. Omeopatia<sup>9</sup>

Nel caso dell'omeopatia la ricerca ha potuto evidenziare pochissime realtà che riconoscono le spese sostenute dai loro assistiti in questo ambito. Lo stesso Servizio sanitario nazionale non riconosce a nessun titolo la medicina omeopatica, che anzi la esclude esplicitamente dai LEA benché sia la Mnc più utilizzata dagli italiani. Anche in questo caso è concreto il rischio che alcune voci di spesa specifiche sfuggano a una classificazione puntuale. In molti casi, infatti, pur non venendo riconosciuta ad esempio la specificità della visita omeopatica, essa rientra a pieno titolo nella voce di costo «visita specia-

listica», completa di prescrizione del medico curante e di fattura regolarmente rilasciata dallo specialista. Chi, ad esempio, si trovasse nella necessità di effettuare una visita ginecologica e volesse curarsi con l'omeopatia, potrebbe rivolgersi a un medico ginecologo che utilizzi un sistema di cure di tipo omeopatico. In questo caso non rimarrebbe traccia della fruizione del servizio di Mnc presso gli archivi del fondo integrativo, ma solo della visita specialistica. Considerando che i dati Istat evidenziano un utilizzo dell'omeopatia che coinvolge l'8,2% degli italiani è lecito pensare che si siano creati nel tempo dei meccanismi di compensazione al mancato riconoscimento di questa pratica a livello di assistenza sanitaria pubblica e privata. Anche per quanto riguarda i farmaci omeopatici può essere fatta una considerazione analoga. Certamente nessun rimedio omeopatico è al momento garantito dal servizio sanitario nazionale, ma esistono rimedi omeopatici regolarmente registrati con codici ministeriali che rientrano tra i farmaci da banco. Il rimborso di questi ultimi è raramente considerata come una voce distinta tra i rimborsi di farmaci, ma più sovente rientra nella voce generica di rimborso di farmaci da banco, per i fondi che offrono questo tipo di copertura.

Esistono tuttavia alcuni fondi che citano esplicitamente la medicina omeopatica. Alcuni ammettono il rimborso per i farmaci ed escludono le visite, altri rimborsano le visite omeopatiche e non riconoscono le spese per i farmaci. Anche per il rimborso di farmaci viene talvolta fissato un tetto massimo, che può essere definito su base mensile o annuale<sup>10</sup>. Tra le condizioni per avanzare richiesta di rimborso per i farmaci viene spesso posta la presentazione di prescrizione medica completa di intestazione e sulla quale il farmacista abbia apposto accanto ad ogni prodotto il relativo costo, correlato di scontrino fiscale.

Per quanto riguarda le visite omeopatiche, alcuni fondi arrivano a riconoscere fino a € 50,00 a visita, previa presentazione della fattura rilasciata dallo specialista che ha effettuato la visita. Confrontando questo dato con i pochissimi dati disponibili di tariffe applicate presso i servizi attivi presso Asl e strutture ospedaliere, si osserva che le tariffe applicate per servizi erogati in regime di Ssr si aggirano attorno ai 36 euro per la prima visita (Regione Valle d'Aosta e Re-

gione Toscana) e variano dai 18 euro della Valle d'Aosta ai 27 euro della Toscana. In questi casi il valore stabilito da alcuni fondi sembra essere quasi sovrastimato rispetto alle necessità. Se però si rimane nelle strutture pubbliche toscane e si passa dal regime Ssr a quello *intra moenia*, le tariffe applicate variano tra i 55 e i 77,50 euro per la prima visita (il valore medio si attesta intorno ai 63,50 euro) e da 40 a 46,50 euro per le visite successive (valore medio intorno ai 42 euro). Prendendo a campione le stesse due strutture private osservate nel caso dell'agopuntura si registra un prezzo per la prima visita di 120 euro e di 80 euro per le visite successive per la Clinica olistica di *Lifegate* (sia nel caso di una generica visita omeopatica, sia nel caso di una visita di ginecologia omeopatica o di pediatria omeopatica). Il prezzo medio applicato dall'*Associazione Naturiva* è di 60 euro a visita.

Considerando la globalità di questi dati, si evidenzia innanzitutto un'importante differenza tra i prezzi e le tariffe applicate per la voce specifica della visita omeopatica, che fa oscillare la capacità di rimborso dei pochi fondi che ammettono questa tipologia di spesa dal 42% al 100% della spesa sostenuta.

### 3.3. Fitoterapia<sup>11</sup>

Nemmeno la fitoterapia gode di alcun riconoscimento a livello ministeriale, benché le indagini conoscitive (Istat) individuino un 4,8% degli italiani che ne fanno uso non sporadicamente. Come l'agopuntura e l'omeopatia anch'essa gode d'altra parte di particolare legittimazione presso alcuni contesti pubblici regionali, come ad esempio la Regione Toscana, e rientra tra le terapie riconosciute da qualche anno come atti medici dalla FNOMCeO (Federazione nazionale ordine dei medici chirurghi e odontoiatri). Anche per la fitoterapia può valere la considerazione fatta per le terapie precedentemente osservate in merito alla difficoltà di incorporare i dati laddove le prestazioni possono essere classificate in più di una categoria. La fitoterapia viene tuttavia espressamente citata da alcuni fondi integrativi, che riconoscono un massimale di spesa che varia dai 5,00 ai 12,40 euro a prestazione, per un valore medio del rimborso che si attesta intorno ai 7,00 euro. A questo si aggiunge il fatto che la

maggior parte dei fondi che ha dedicato una voce di spesa specifica per la fitoterapia ha anche definito un numero massimo di prestazioni fruibili annualmente, che si concretizza all'incirca in 15 unità.

Confrontando i valori di rimborso emersi dall'analisi dei fondi con i tariffari pubblici individuati dalla Regione Toscana e con alcuni prezzi applicati sul mercato emerge l'esiguità dell'intervento da parte dei fondi stessi. Le tariffe applicate dalla Regione Toscana in regime di Ssr variano infatti da 18,59 a 19,59 per prima visita e da 12,91 a 36,15 per le visite successive. Il valore medio di 7,00 euro di rimborso costituisce una dimensione di rimborso che rispetto alle stesse tariffe pubbliche incide per il 20%-54%. Se si confronta lo stesso dato con alcuni prezzi applicati dalle strutture private già osservate per le altre terapie, la percentuale di rimborso varia dal 7% per la prima visita presso la Clinica olistica di *Lifegate* (90 euro) al 28% per le visite successive (25 euro). In relazione al prezzo costante di 60 euro stabilito dall'*Associazione Naturiva* il valore preso a campione di 7 euro di rimborso equivarrebbe al 12%.

In un caso si è osservato che il criterio applicato di ammissibilità del rimborso per prestazioni di fisioterapia è stato formalizzato in una quota pari al 50% della spesa, per un tetto annuo per il 2006 di 150 euro<sup>12</sup>.

Pur nella disomogeneità dei dati che è stato possibile raccogliere per questa specifica terapia, si osserva che la capacità di rimborso stabilita dai pochi fondi che la contemplano è complessivamente molto contenuta, sfiorando punte minime al di sotto del 10% e raramente attestandosi al di sopra del 50%.

### 3.4. Terapie manuali

Le terapie manuali alle Mnc sono, con l'agopuntura, tra le Mnc più presenti tra le terapie coperte dai fondi sanitari integrativi e rientrano solitamente nell'area di cura che fa capo ai trattamenti fisioterapici e rieducativi. All'interno di questa vasta area rientrano innanzitutto la chiropratica e l'osteopatia, che godono del riconoscimento della FNOMCeO e che nell'indagine Istat sembrano essere utilizzate dal 7% degli italiani. Si registrano alcuni casi, anche se ben più rari, di inclusione tra le prestazioni rimborsabili dai fondi di

altre terapie che implicano il trattamento manuale, come ad esempio i massaggi shiatsu e il linfodrenaggio manuale.

### 3.5. Chiropratica e Osteopatia<sup>13</sup>

Chiropratica ed osteopatia sono generalmente trattate in modo omogeneo all'interno di uno stesso fondo. Il rimborso o è ammesso per entrambe le tipologie di prestazioni, o per nessuna delle due. Solitamente anche le modalità e le entità del rimborso sono omogenee. Uno dei problemi principali che riguarda queste terapie è quello relativo alle professionalità abilitate all'esercizio della professione. Nemmeno per queste terapie infatti esiste una figura professionale ufficialmente riconosciuta e se da un lato la FNOMCeO afferma che le prestazioni che fanno capo a queste terapie sono da considerarsi a tutti gli effetti atto medico e quindi praticabili solo da medici (o da paramedici abilitati in terapia della riabilitazione), d'altra parte la maggior parte degli operatori che le praticano non sono medici e praticano con titoli di studio riconosciuti all'estero ma non in Italia. Questa complessità del contesto ha dato origine a sua volta a una disomogeneità di trattamento di queste terapie sul versante dell'assistenza sanitaria privata. Mentre per l'agopuntura tutti i fondi si trovano d'accordo nel restringere l'ammissibilità delle terapie alle sole praticate da mano medica, la situazione per le terapie manuali appare più complessa. Molti fondi hanno fatto una scelta di prudenza, ammettendo i rimborsi di chiropratica e osteopatia solo se praticate da medici chirurghi regolarmente iscritti all'albo (o da paramedici abilitati in terapia della riabilitazione). Talvolta queste terapie sono riconosciute «esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di infortunio, in presenza di un certificato di Pronto soccorso, sempre che siano prescritte dal medico di base o dal medico curante, purché per quest'ultimo la specializzazione sia attinente con quanto abbia prescritto (ovvero sia un ortopedico o un fisiatra) e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo sia comprovato dal documento di spesa»<sup>14</sup>. In alcuni casi sono stati ammessi anche professionisti di chiara fama, anche se non medici, purché operanti all'interno di una struttura che abbia a

capo un Direttore sanitario medico. In altri casi ancora l'ammissibilità di chiropratica e osteopatia non è subordinata a particolari condizioni professionali, se non per il vincolo della presentazione della fattura rilasciata dal professionista ai fini della richiesta del rimborso.

In molti casi la rimborsabilità delle prestazioni è vincolata all'applicazione di uno scoperto che nei casi osservati varia tra il 20% e il 30%, cui si aggiunge il vincolo di un tetto massimo di spesa che per l'intera area dei trattamenti fisioterapici e riabilitativi varia dai 500 agli 800 euro all'anno. In alcuni casi viene definita anche una spesa minima a prestazione per poter avere diritto al rimborso, che varia tra i 20 e i 30 euro. Solo in un caso tra quelli analizzati quest'ultimo valore è innalzato a 60 euro, ma può essere applicato all'intero ciclo di terapia e non necessariamente al singolo trattamento.

Vi sono poi alcuni casi in cui, come per le terapie precedentemente osservate, vengono stabilite delle tariffe massime di rimborso a prestazione. I valori osservati si attestano tra i 17 e i 29 euro, in alcuni casi col vincolo di un numero massimo di prestazioni e che le stesse siano erogate da mano medica.

Confrontando questi dati con i tariffari pubblici definiti ad esempio dalla Regione Toscana si osserva che le tariffe riconosciute dalla maggior parte dei fondi non sono sufficienti a coprire nemmeno le tariffe stabilite in regime di Ssr. La Regione Toscana applica infatti una tariffa di spesa a carico dell'utente di 18,59 euro per la prima visita e di circa 40 euro i trattamenti successivi. Qualche garanzia in più è offerta da chi rimborsa la spesa applicando uno scoperto, pur con tutti i vincoli presentati poco sopra. Il confronto con i prezzi di mercato rilevati presso le due strutture private selezionate come *benchmark* mettono maggiormente in evidenza la forte disomogeneità del settore rispetto a questa tipologia di prestazioni. La Clinica olistica di *Lifegate* applica, infatti, per la chiropratica un prezzo di 115 euro per la prima visita e di 75 euro per le terapie successive, mentre applica un regime di prezzi differenziati per i trattamenti osteopatici. Suddivide, infatti, le prestazioni osteopatiche in prestazioni mediche, e come tali praticate da medici a fronte di un corrispettivo di 120 euro a seduta, e prestazioni olistiche (praticate da operatori

non medici), che prevedono, come per le prestazioni di chiropratica, il pagamento di 115 euro per la prima visita e 75 per le terapie successive. Ha prezzi più contenuti e omogenei in questo caso l'*Associazione Naturiva*, che stabilisce un prezzo unico di 60 euro a prestazione.

A fronte di queste cifre, emerge che il contributo dei fondi che garantiscono un rimborso fisso tra i 17 e i 29 euro si attesta, nei casi in cui i prezzi di mercato siano coerenti con quelli presentati, tra il 19% e il 38% circa. La percentuale si innalza al 70%-80% nei casi in cui viene rimborsata la spesa con l'applicazione di uno scoperto.

### 3.6. Massaggi shiatsu<sup>15</sup>

I massaggi shiatsu, pur non godendo di nessun riconoscimento né da parte del servizio sanitario pubblico, né da parte della FNOMCeO, è una tra le terapie in maggiore espansione negli ultimi anni e la ricerca precedente ha consentito di trovarne traccia di utilizzo anche all'interno di alcune strutture sanitarie pubbliche. Lo shiatsu è prevalentemente praticato da operatori non medici, anche se in molti casi appartenenti all'area sanitaria, come fisioterapisti o infermieri che hanno frequentato corsi di specializzazione in questo senso, e si sta facendo più consueta negli ultimi anni l'abitudine di alcuni medici di medicina generale di indirizzare i propri pazienti presso operatori shatsuga per alcune patologie.

A fronte di tutto questo, una cerchia molto ristretta di fondi sanitari integrativi ha deciso di ammettere al rimborso queste prestazioni, seppure con quote massime rimborsabili piuttosto contenute. Le tariffe che è stato possibile reperire variano infatti dai 10 ai 15 euro a seduta, quasi sempre con un numero massimo di prestazioni annue che non supera le 12 unità. In un solo caso questo numero è estensibile a 15, per un rimborso di 25 euro a seduta, purché la prestazione sia praticata da un operatore medico<sup>16</sup>.

Nei pochi casi esistenti di erogazione di prestazioni di shiatsu presso strutture pubbliche si registrano tariffe decisamente superiori all'entità dei rimborsi presentati, in primo luogo in virtù del fatto che in questi casi le prestazioni vengono erogate direttamente da medici. La Regione Toscana, ad esem-

pio, applica una tariffa in regime di Ssr pari a 90 euro per la prima visita e 70 euro per le visite successive. In questo caso il prezzo applicato da *Lifegate* (60 euro) è più basso anche rispetto a quello della Regione Toscana, proprio perché gli operatori che praticano lo shiatsu non sono medici.

### 3.7. Linfodrenaggio manuale<sup>17</sup>

Il linfodrenaggio manuale, per quanto poco praticato presso le strutture pubbliche e per nulla riconosciuto a livello di servizio sanitario nazionale, è presente tra le terapie riconosciute da alcuni (pochissimi per la verità) fondi integrativi, con un'esigua entità di rimborso. Un'ipotesi piuttosto concreta consiste nel fatto che l'inserimento sia stato stimolato dalla pressione della domanda, essendo in forte crescita l'utilizzo di questa terapia da parte della popolazione, soprattutto su suggerimento dei medici curanti a seguito di gravi patologie che hanno compromesso (in forma temporanea o permanente) la funzionalità dei linfonodi. Queste prestazioni sono praticate nella quasi totalità dei casi da personale non medico.

Le tariffe di rimborso che è stato possibile ottenere si attestano intorno ai 13 euro a seduta, per un numero massimo di prestazioni annue che raramente supera le 10 unità. Per le ragioni sopra evidenziate, non è possibile in questo caso portare a confronto nessuna tariffa applicata presso strutture sanitarie pubbliche, ma è possibile osservare che la Clinica olistica di *Lifegate*, che eroga anche questo tipo di prestazione, stabilisce un prezzo di 35 euro per una seduta di 30 minuti e 60 euro per una seduta di 60 minuti. L'*Associazione Naturiva* applica un prezzo di 45 euro a seduta. Rispetto ai valori rilevati, la percentuale di rimborso garantita dai pochi fondi coinvolti si attesta tra il 22% e il 37%. Si tratta comunque di un segnale di apertura verso terapie non ancora pienamente legittimate dal sistema pubblico.

### 3.8. Chinesiologia, massaggi riflessogeni e *biofeedback*

Alcuni fondi, seppure pochissimi anche in questo caso, prevedono delle tariffe di rimborso anche per la chinesiologia e per i massaggi riflessogeni. La Mutua Commercio di

Trieste, ad esempio, individua un massimale annuo di 516,00 euro, con uno scoperto del 20% e una spesa minima di 40,00 euro a trattamento per i trattamenti manuali in generale, tra cui la chiropratica e la chinesiologia. Il Quas riconosce un rimborso di 13,00 euro a prestazione per il massaggio riflessogeno (per massimo 10 prestazioni all'anno) e di 37 euro per il *biofeedback*. Anche il Fasdac riconosce quest'ultimo, con un rimborso di 40 euro a prestazione.

Possono costituire valori di riferimento per il confronto con i prezzi di mercato i prezzi applicati per queste terapie, che sono per la Clinica olistica di *Lifegate* di 150 euro per la prima visita chinesiologica e di 80 euro per le successive e di 35 o 60 euro per i massaggi riflessologici, secondo la durata (30 o 60 minuti).

### 3.9. Cure termali

Le cure termali, in senso inclusivo o esclusivo vengono citate nei documenti di moltissimi fondi e assicurazioni. Oltre la metà delle istituzioni osservate include a qualche titolo le cure termali tra le cure per cui è prevista qualche forma di agevolazione economica. Solo pochi soggetti hanno effettuato una scelta di totale esclusione delle cure termali. Alcuni esempi sono: il *Consorzio Mutue* di Novara, la *Cassa Assistenza San Paolo IMI* e *AXA Assicurazioni*, che escludono anche il rimborso del ticket pagato alle Asl.

Nella quasi totalità dei casi è esplicitamente dichiarato che il rimborso da parte dei fondi sanitari integrativi e delle assicurazioni per le cure termali può essere riconosciuto solo se queste vengono effettuate presso stabilimenti attrezzati e autorizzati, siti in località termali. Uno dei punti cruciali osservati riguarda le spese ammissibili che, in alcuni casi riguardano esclusivamente le cure termali o gli eventuali ticket pagati, escludendo in ogni caso le spese per il soggiorno, mentre in altri casi le casse assistenza possono destinare i sussidi anche o solo alle spese sostenute per il soggiorno.

Quasi tutti i fondi definiscono, inoltre, un quadro di regole all'interno delle quali è ammissibile il rimborso delle spese sostenute dall'utente. Nella maggior parte dei casi, per usufruire del rimborso per le cure termali è necessario inviare prescrizione medica

che attestino le necessità della cura stessa, con l'indicazione della patologia in atto, nonché la documentazione di spesa per le cure presso gli stabilimenti termali<sup>18</sup>. In alcuni casi l'intervento del fondo per le cure termali è circoscritto alle sole prescrizioni mediche post ricovero, purché le cure avvengano nei tempi prestabiliti dalle polizze (nei casi osservati non oltre i 90-120 giorni successivi al ricovero, secondo i soggetti) e siano rese necessarie dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Nei casi in cui la possibilità di usufruire di un contributo per le cure termali sia così circoscritto, una delle prime esclusioni riguarda quasi sempre le spese di natura alberghiera. Questa soluzione, che è anche la più limitativa è adottata sia da fondi *non profit* che da assicurazioni private *for profit*<sup>19</sup>.

Sia nel caso di semplice prescrizione medica, sia nel caso di limitazione del rimborso al solo periodo post ricovero, molti fondi e assicurazioni si premurano di definire un tetto massimo di giornate annue per cui è possibile richiedere il contributo. I tetti di spesa, sia in termini di giornate massime ammissibili (mediamente tra le 10 e le 15), sia in termini di massimali di costi ammessi, possono essere definiti sulla base delle diverse tipologie di prestazioni, nei casi in cui le prestazioni costituiscano le sole spese ammissibili. Possono altresì essere stabiliti nella veste di una diaria giornaliera, omnicomprensiva sia delle spese per le prestazioni e sia delle spese di natura alberghiera nei casi che riconoscono le spese per le cure termali anche sotto semplice prescrizione medica e in alcuni casi anche a titolo di cura preventiva. Una terza tipologia osservata riguarda i casi in cui la copertura dei fondi (in questa tipologia non rientrano assicurazioni *for profit*) riguardi esclusivamente le spese di soggiorno.

Si osserva che la tipologia di copertura più praticata è la prima osservata, ovvero quella per cui i fondi e le assicurazioni riconoscono esclusivamente le spese per le prestazioni effettuate nell'ambito delle cure termali. Le principali prestazioni riconosciute sono la balneoterapia, la fangoterapia, le terapie idropiniche e le terapie inalatorie. I massimali di spesa variano dai 5,00 euro ai 26,00 euro a seduta, secondo un insieme di variabili spesso collegate. I rimborsi più bassi, come ad esempio quello del Fasdac, che si attesta tra

i 5,00 e gli 8,00 euro a seduta, non sono circoscritti alle sole prestazioni successive a ricovero ospedaliero, mentre i 26,00 euro (per massimo 15 giorni) stabiliti da Galeno per le cure idropiniche e inalatorie sono applicabili nei soli casi di cure fruite a seguito di ricovero ospedaliero. I valori medi di questa tipologia di rimborsi si attestano tra i 15,00 e i 18,00 euro. In alcuni casi viene stabilito un tetto massimo di rimborso, anch'esso perlopiù di modeste dimensioni e vincolato alla sola copertura del ticket sanitario<sup>20</sup>.

L'analisi ha messo in evidenza l'esistenza di alcuni soggetti che definiscono una diaria giornaliera omnicomprensiva di cure e soggiorno nei centri termali. Il valore della diaria varia nei casi osservati dai 18,00 (per massimo 15 giorni e per massimo due persone del nucleo familiare) euro di Casagit ai 78,00 del Quas (per massimo 15 giorni). Nel caso del Quas, la tariffa viene decisamente ridimensionata nel caso di beneficiari che fruiscano del servizio nella località di residenza. In questo caso il valore dei rimborsi varia tra i 9,00 e i 13,00 euro a prestazione. Si trova in posizione intermedia la Cassa Interaziendale di Assidir, che garantisce un rimborso massimo di 31,00 euro per massimo 20 giorni. In questa tipologia di rimborsi si colloca anche Enasarco, che riconosce un massimo di 14 giorni di prestazioni e rimborsa integralmente le spese sostenute per i propri iscritti al di sotto di una fascia di reddito stabilita, e applica uno scoperto che può essere del 30% o del 50% secondo la fascia di reddito del richiedente.

Un po' particolare tra i casi osservati è quello della Cassa Edile di Milano, che esclude dal rimborso le spese sostenute per le terapie, ma copre al 100% le spese di soggiorno (a cui si aggiunge il 40% per le spese sostenute per il coniuge a carico che lo accompagna), purché riferite alle cure e sostenute nelle località convenzionate con la cassa stessa. In questo caso, l'invio alle cure è subordinato al rilascio da parte del Ssn dell'autorizzazione a fruire della prestazione richiesta. La Cassa Edile si impegna a rimborsare al lavoratore il costo del viaggio, purché compiuto con mezzi di trasporto pubblici e su presentazione del biglietto di viaggio.

Uno dei vincoli posti da molti soggetti è relativo alla fruizione non ripetitiva. La stessa Enasarco e la Cassa Edile di Milano, ad

esempio, stabiliscono il limite di ammissibilità al rimborso per una fruizione che non superi i cinque anni consecutivi.

### 3.10. Altre terapie

Non sono quasi per niente presenti altre terapie riferite all'ambito delle Mnc tra le prestazioni riconosciute dai fondi sanitari integrativi. Tra le maggiori terapie assenti si ricorda la Medicina tradizionale cinese<sup>21</sup>, praticata anche in regime di Ssr presso più di una struttura pubblica toscana e la medicina ayurvedica<sup>22</sup>, poco presente presso strutture pubbliche seppur riconosciuta come la medicina tradizionale cinese dalla recente delibera della FNOMCeO.

### 3.11. Alcuni elementi comuni

Le tariffe e i massimali applicati alle diverse prestazioni di Mnc e cure termali rendono evidente l'esiguità del contributo generalmente offerto dai fondi integrativi. Questa tendenza è confermata anche per le realtà che definiscono una tariffa massima di rimborso per prestazione, le quali nella maggior parte dei casi stabiliscono una cifra che non arriva nemmeno a coprire totalmente le spese che il cittadino dovrebbe sostenere se volesse e potesse usufruire del servizio erogato presso le Asl/strutture ospedaliere che stanno sperimentando l'introduzione dei servizi. Si è già mostrata d'altra parte, soprattutto in altra sede, la difficoltà che le strutture pubbliche incontrano nel far fronte al volume crescente della domanda di Mnc, che trova perlopiù soddisfazione sul mercato. I «numeri» messi in evidenza dalla presente ricerca mostrano ancora più chiaramente la forbice esistente tra i costi sostenuti acquistando le prestazioni in regime *intra moenia* o ancor più direttamente sul mercato e le quote rimborsate.

Garantiscono apparentemente una quota più alta di rimborso le istituzioni che definiscono un massimale annuo senza stabilire una tariffa massima a prestazione. Secondo quanto emerge dall'analisi, i maggiori vincoli sono costituiti in questo caso dagli scoperti e dalle franchigie applicate e talvolta dalla spesa minima richiesta per ogni prestazione di cui si richiede il rimborso.

Sono rarissimi i casi in cui sia garantito il 100% della copertura per le prestazioni ero-

gate. Le informazioni che è stato possibile reperire dalle interviste evidenziano che il momento di definizione di una tariffa per una nuova prestazione è preceduto da una breve analisi di mercato e della concorrenza, in cui si cerca di mediare tra il valore medio della prestazione sul mercato e il valore medio del rimborso offerto dagli altri fondi che già contemplano la prestazione in oggetto nei loro tariffari. Il criterio dell'analisi di mercato è utile a una prima definizione dell'ipotesi di rimborso. In teoria le previsioni di molti fondi sono di verificare l'effettiva spesa sostenuta per ogni prestazione dagli assistiti per adeguare l'entità del rimborso negli anni a venire, salvo poi dover trovare un valore di riferimento che risulti sostenibile anche in relazione ai vincoli di *budget* aziendali e alla quantità di richieste di rimborso che vengono effettivamente avanzate dagli assistiti.

### 3.12. Le convenzioni indirette

Uno degli strumenti adottati da molti fondi e assicurazioni per completare il portafoglio di offerta senza correre il rischio di incidere negativamente sul *budget* aziendale consiste nello stipulare delle convenzioni con professionisti e strutture di Mnc e di cure termali, in una logica di scambio di servizi. A fronte dell'attivazione di un canale preferenziale creato dal fondo o dall'assicurazione che indirizza i propri assistiti verso i professionisti convenzionati, le strutture e i professionisti di Mnc e cure termali offrono prestazioni a prezzi agevolati agli assistiti dei fondi stessi. In molti casi lo sconto è garantito a fronte della semplice presentazione di un tesserino di riconoscimento.

È questo il caso della Campa di Bologna, che oltre a riconoscere qualche prestazione in regime di rimborso (agopuntura, fitoterapia e cure termali) ha stipulato una convenzione con un centro di medicina naturale con sede a Brescia (Static), che eroga prestazioni di agopuntura, fitoterapia, omeopatia, chinesiologia, educazione alimentare e massaggi shiatsu, garantendo sconti e tariffe agevolate per gli iscritti alla mutua.

Allo stesso modo il FIS - Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Eni - settore energia ha attivato alcune convenzioni per prestazioni di Mnc. Si citano in particolare quelle con l'Associazione italiana ago-

puntura di Roma, con l'Associazione italiana chiropratici di Genova, con l'Accademia di fitomedicina e scienze naturali di Roma, con l'Associazione italiana omeopatia di Roma e col Centro studi sulle medicine naturali AEMA di Acireale. Anche in questo caso le convenzioni danno diritto a sconti effettuati direttamente al cliente senza intermediazione della Cassa. Anche le cure termali sono talvolta oggetto di convenzioni che danno diritto a sconti per gli iscritti al fondo. È il caso del FIS che ha una commissione interna che valuta la pertinenza e la fattibilità della cosa. A seguito della stipula della convenzione, i dipendenti si possono recare al centro termale direttamente col badge aziendale e fruire dei servizi ai prezzi concordati col Fondo. Per questa ragione, anche in questo caso, non si tiene traccia della reale fruizione del servizio. Al momento il FIS ha attive due convenzioni: Porretta Terme e Portorose (Slovenia).

Anche la SMS Cesare Pozzo ha stipulato accordi con strutture sanitarie ed esercizi commerciali a livello regionale e nazionale. Gli sconti si ottengono semplicemente presentando la tessera sociale. In materia di Mnc e Cure termali, dall'elenco delle convenzioni 2005 della Cesare Pozzo emerge che sono presenti sul territorio nazionale convenzioni con:

- centri termali;
- centri di medicina ayurvedica;
- centri di massaggi shiatsu;
- centri di idrocolon terapia;
- medici omeopati.

Anche le imprese assicurative sembrano essere interessate a questa modalità di inclusione delle Mnc, con buona probabilità in quanto questo meccanismo consente di soddisfare il bisogno di numerosi clienti, senza ulteriori aggravii sul bilancio aziendale. Assicurazioni Generali, ad esempio, riserva ai propri clienti la possibilità di usufruire dei servizi offerti da alcuni centri che fanno parte di un *Network* benessere a tariffe agevolate. In esso sono compresi centri di medicine non convenzionali oltre che palestre, centri benessere, centri termali, centri dietologici e centri per la disassuefazione dal fumo. Analizzando le polizze della stessa compagnia si osserva che le aree oggetto di convenzione indiretta e

comprese nel *Network* del benessere sono le medesime per cui è esplicitamente escluso il rimborso da parte dell'assicurazione. Ancora Assicurazioni generali offre un altro servizio aggiuntivo ai propri clienti strettamente legato all'ambito delle Mnc. Questo consiste nel fornire ai propri clienti la possibilità di fruire di un consulto omeopatico telefonico 24 ore su 24. Il servizio rientra nell'assistenza medica domiciliare. Nelle polizze assicurative si dice esplicitamente: «qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia anche di un proprio figlio, necessiti di un consulto telefonico omeopatico, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore».

#### **4. I risultati dell'analisi comparata e la verifica delle ipotesi**

La complessità delle variabili evidenziate nel corso della ricerca rende particolarmente difficile comprendere i reali dati di utilizzo delle Mnc nell'ambito dei fondi sanitari. Le diverse tipologie di inclusione delle Mnc nelle polizze e nelle convenzioni rendono talvolta poco confrontabili i dati, talvolta addirittura non rilevabili. A questo si aggiungono alcune considerazioni specifiche.

Si è osservata una certa resistenza da parte del settore a diffondere i dati di fruizione delle diverse prestazioni, il numero di fruitori, i budget aziendali, e numeri vari in relazione alle Mnc e ad altro. Le politiche della maggior parte delle aziende del settore sono di non diffusione di dati all'esterno dell'azienda stessa, né possibilmente di informazioni che le riguardino. Alcuni diffondono politiche e criteri, ma non dati. Una stretta minoranza diffonde criteri puntuali e tariffari. Nessuna ha restituito dati precisi relativi a prestazioni specifiche.

Anche nel caso ci fosse stata una maggiore disponibilità da parte degli interlocutori, in molti casi i dati di cui essi stessi dispongono sono perlopiù aggregati, come ad esempio nei casi delle prestazioni di Mnc in regime di ricovero ospedaliero (comprese le prestazioni pre e post ricovero), ma anche in *Day Hospital* e spesso anche in regime ambulatoriale. È possibile attingere a dati specifici solo nei rari casi in cui, oltre a venir



espresso un nomenclatore tariffario preciso delle prestazioni ammissibili e dei massimali di rimborso, vengono anche imputati i rimborsi a centri di costo altrettanto differenziati. Il presente lavoro non ha purtroppo potuto mettere in evidenza dati significativi in questo senso.

Esistono poi, come evidenziato, casi in cui vengono stipulate convenzioni da parte di fondi integrativi e delle assicurazioni presso professionisti e/o centri che erogano prestazioni di Mnc a fronte delle quali gli iscritti/sottoscrittori di polizze acquisiscono il diritto ad ottenere sconti. In questi casi difficilmente esiste una *redemption* che consenta di mantenere traccia dell'effettivo ricorso ai servizi.

Pur non essendo in possesso di dati puntuali, ciò che si può tuttavia osservare è la notevole distanza rilevata da alcuni responsabili di casse aziendali tra la percezione del bisogno di Mnc in azienda e le percentuali di fruitori non occasionali proposte dai dati Istat. L'incrocio di dati e informazioni derivanti dall'analisi empirica consente di evidenziare alcuni fenomeni in atto e di sciogliere alcuni nodi posti in fase di formulazione delle ipotesi della ricerca:

a. Corrispondenza tra i servizi offerti dai fondi sanitari integrativi in materia di Mnc e i bisogni espressi dalla domanda

Uno degli elementi che emerge nitidamente dall'indagine è che una delle ragioni all'origine della forbice esistente tra la percentuale di fruitori di Mnc rilevata a livello nazionale dai dati Istat e quella osservata presso i fondi integrativi consiste nella bassa corrispondenza tra i rari servizi di Mnc offerti dai fondi e i bisogni espressi dalla domanda.

Secondo i dati diffusi dall'Istat sull'utilizzo delle Mnc da parte degli italiani, infatti, emerge che il 15,5% degli italiani fa ricorso in modo non sporadico alle Mnc. La medicina che emerge come la più utilizzata è l'omeopatia (Istat: 8,2%), che risulta tuttavia essere tra le meno presenti nei fondi analizzati, con una ricorrenza omogenea a quella di fitoterapia, massaggi shiatsu e linfodrenaggio manuale. Di qualche punto inferiore sembra essere l'utilizzo dei trattamenti manuali (Istat: 7,0%), che pure non godono di grandi riconoscimenti nei fondi osservati. La

terapia più presente nei fondi emerge essere l'agopuntura, che interessa il 2,9% (Istat) degli italiani. In molti fondi è peraltro applicata una decisiva restrizione anche all'utilizzo della stessa agopuntura, che viene considerata ammissibile solo se effettuata nel contesto del ricovero o nei periodi immediatamente contigui. La stessa agopuntura vede talvolta riconosciuti ambiti di applicazione non sempre coincidenti con quelli su cui si concentra il fabbisogno espresso dalla domanda. È un esempio di questo l'utilizzo già citato dell'agopuntura per anestesia. Moltissime terapie, inoltre, non sono per nulla contemplate dai fondi, come ad esempio la medicina tradizionale cinese, la medicina ayurvedica, la medicina antroposofica, ecc.

Un altro fattore che potrebbe avere un impatto sulla tendenza alla scarsa fruizione delle prestazioni di Mnc, anche laddove esse siano comprese nei fondi potrebbe essere costituito dal fatto che in alcuni casi le patologie per cui viene ammesso l'utilizzo integrato di Mnc sono talmente gravi da non stimolare nel paziente l'utilizzo di un sistema medicale che non viene percepito come risolutivo né intende porsi come tale. In alcuni casi ad esempio gli unici rimborsi contemplati sono quelli relativi all'agopuntura (*manu medica*) come terapia pre e/o post operatoria, solo se il ricovero è correlato a malattia oncologica<sup>23</sup>.

A questo si aggiunge il fatto che molti professionisti di Mnc non hanno titoli riconosciuti dalla medicina ufficiale e quindi potrebbero non avere titoli e requisiti sufficienti al riconoscimento delle prestazioni presso i fondi integrativi. È ciò che accade per la maggior parte dei chiropratici, degli osteopati e degli operatori shiatsu che, non essendo medici, non hanno titolo per molti fondi a erogare prestazioni. D'altra parte le prestazioni di medici osteopati, come evidenziato anche nel paragrafo specificamente dedicato di questo articolo, applicano prezzi più elevati in virtù del doppio titolo. Gli iscritti potrebbero dunque percepire il beneficio offerto dai fondi come non sufficiente a rientrare nei requisiti. È strettamente correlato a questo il fatto che in Italia è stato più volte riscontrato il fenomeno del lavoro sommerso in molti ambiti legati alla libera professione, con particolare riguardo a quelli a cui non corrisponde un riconoscimento ufficiale del-

le professionalità. In questi casi si sarebbe in presenza di erogazione di prestazioni cui non corrisponderebbe l'emissione di fattura.

Occorrerebbe estendere l'indagine anche ai fruitori reali e potenziali di Mnc per sciogliere definitivamente il dubbio, ma i dati osservati portano a confermare, con un elevato grado di probabilità, una delle ipotesi portanti della ricerca, ovvero che domanda e offerta di Mnc riescono a incontrarsi sul versante dei fondi integrativi solo molto raramente e che molti iscritti a casse aziendali e fondi integrativi non chiedono in realtà rimborsi alle loro stesse casse per le prestazioni di Mnc di cui fruiscono. Semmai casse, fondi e assicurazioni private si orientano, in materia di Mnc, verso strumenti come il convenzionamento indiretto, che dà diritto a sconti o a tariffe agevolate.

Il bisogno espresso dalla domanda, pertanto, trova perlopiù risposta sul mercato diretto, mentre il versante pubblico e quello privato dell'assistenza sanitaria collocano le Mnc prevalentemente nell'area di prestazioni vicina a: cure dentali, fisioterapia varie, visite/terapie psicologiche, chirurgia estetica a seguito gravi patologie. Tra queste le Mnc sono il fanalino di coda, in quanto in molti casi meno legittimate. Quest'area allargata di prestazioni è, inoltre, quella per cui la domanda è più tradizionalmente abituata a fare ricorso al mercato, probabilmente perché è quella che tradizionalmente si trova esclusa *tout court* dalle prestazioni erogate dai fondi sanitari e che, nello stesso tempo, è oggetto di notevoli restrizioni anche sul versante pubblico, prevalentemente per ragioni di *budget*.

b. Complementarietà vs. sovrapposizione tra servizio sanitario pubblico e sistemi privati di tutela della salute nel caso delle Mnc

Arrivando dunque al nodo principale della ricerca, ovvero quello relativo alla complementarietà *versus* sovrapposizione tra offerta sanitaria pubblica e privata, si osserva che, se la normativa, che nella seconda metà degli anni '90 ha dato un nuovo stimolo alla crescita del settore dei fondi sanitari integrativi privati, auspicava che i fondi si sarebbero concentrati sulla copertura delle prestazioni escluse dalle priorità del servizio pubblico, tra cui le Mnc, così da poter fornire un ser-

vizio complementare a quello garantito dal Ssn, ciò che per contro è andato verificandosi negli ultimi decenni è stato un graduale potenziamento di un'offerta sostanzialmente parallela a quella pubblica.

Le prestazioni coperte ad oggi dalla quasi totalità dei fondi e assicurazioni, che interessano circa il 60% della spesa dei fondi indagati, riguardano il ricovero ospedaliero con o senza intervento chirurgico e le relative prestazioni circoscritte nei tempi pre e post ricovero e da imputarsi alla causa del ricovero. La maggioranza degli enti osservati comprendono, tra le prestazioni riconosciute, quelle relative al ricovero in regime di *Day Hospital* (anche in questo caso con o senza intervento chirurgico). Molto presenti tra i nomenclatori tariffari analizzati anche le prestazioni relative all'assistenza sanitaria ambulatoriale. Tra i servizi garantiti solo da una minoranza degli enti osservati rientrano, oltre alle Mnc, anche le fisioterapie, le terapie psicologiche, le cure dentali, le lenti e gli occhiali da vista. Queste ultime due voci sembrano essere particolarmente richieste e ricercate dagli iscritti a casse e fondi, mentre sono sempre escluse dalle prestazioni coperte dalle imprese assicurative.

Per quanto riguarda le Mnc, sembra che il sistema dei fondi integrativi sia in attesa di un *input* più deciso da parte del settore pubblico, magari con l'esplicazione di politiche pubbliche che mostrino una scelta di campo più netta rispetto all'inclusione o al rifiuto delle Mnc nel Servizio sanitario nazionale. Anche i sistemi privati di tutela della salute adottano un approccio alle Mnc, e forse all'innovazione in generale, molto vicino a quello evidenziato dai risultati in un precedente articolo (Tacchino, Tanzi, 2006). I risultati del lavoro svolto evidenziano infatti che, in presenza di dirigenti, professionisti e/o collaboratori dei fondi sanitari integrativi che esprimono parere favorevole nei confronti delle Mnc, anche le organizzazioni a cui fanno riferimento cercano di sperimentare un percorso di prudente immissione delle Mnc stesse tra le prestazioni coperte. Il principio della prudenza, tuttavia, appare ancora più decisivo che nel sistema pubblico, dove l'approccio alla sperimentazione e all'introduzione «sperimentale» di nuove terapie e di nuovi servizi sembrano più coerenti con un approccio ai bisogni pubblici e differenziati

dei cittadini, in una logica integrata di qualità ed equità del servizio. La prudenza nel settore dei fondi sanitari integrativi e delle assicurazioni sulla salute porta, casomai, le organizzazioni a mantenere il settore pubblico come principale *benchmark* di riferimento, ricostruendo il proprio portafoglio di offerta perlopiù in relazione a quanto stabilito in ambito pubblico.

Molti gestori dei fondi mostrano consapevolezza del fatto che, al momento, il maggior livello di sperimentazione in questo senso è agito dal settore pubblico e sono proprio gli interlocutori privati ad affermare che, ad una più netta presa di posizione dell'attore pubblico, potrebbe con facilità corrispondere un adeguamento del settore privato. Vengono dunque assunti come principali termini di paragone i LEA, i nomenclatori tariffari pubblici ministeriali e regionali, ecc.

Uno sguardo, perlopiù di curiosità, viene mantenuto anche sui principali *competitor* privati, quanto meno per assicurarsi che il proprio portafoglio non rimanga troppo sproporzionato rispetto a quello degli altri.

I problemi che attraversano l'intero settore delle Mnc mostrano importanti ripercussioni anche nell'ambito dei fondi integrativi e delle assicurazioni di settore.

Una prima criticità riguarda la difficile quantificazione della domanda potenziale. Dalla fase di intervista degli operatori è emerso, infatti, che anche il settore dei fondi sanitari integrativi, come il sistema sanitario pubblico, è incuriosito dalla crescita del fenomeno delle Mnc che viene avvertito, al tempo stesso, come un'opportunità per la propria area di *business*, ma anche come una minaccia. Risulta, infatti, poco tangibile *ex ante* quale potrebbe concretamente essere la fruizione di servizi di Mnc da parte degli iscritti ai fondi e dei clienti delle assicurazioni sanitarie, col duplice rischio che:

– da un lato, avvenga un'esplosione della domanda tale per cui tutti o buona parte di coloro che non trovano sul proprio territorio la possibilità di vedere soddisfatta la propria domanda di servizi di Mnc in ambito pubblico, si riversino sul settore privato, provocando un aumento dei costi per le organizzazioni più che proporzionale rispetto alle entrate generate dall'ingresso di una nuova porzione di clientela;

– d'altra parte il timore espresso da non pochi operatori è che, qualora l'organizzazione decidesse di dotarsi di personale medico esplicitamente dedicato alla pratica delle Mnc, potrebbe verificarsi il rischio opposto, di trovarsi a garantire un servizio che genera costi per l'organizzazione a fronte di una scarsa fruizione da parte della clientela e forse anche di una scarsa percezione del valore aggiunto costituito dall'introduzione del servizio.

Per le Mnc è particolarmente complesso calcolare le probabilità di ricorso ai servizi da parte degli iscritti e, quindi, dell'ammontare dei rimborsi che potrebbero essere richiesti per diverse ragioni:

– né i fondi né le assicurazioni conoscono a sufficienza le abitudini di consumo dei propri clienti/iscritti in materia di Mnc;

– i dati nazionali e internazionali di consumo delle Mnc mostrano un importante *trend* di crescita, cui non riescono a dare una fotografia dimensionale attendibile in tempo reale e le stesse indagini Istat risultano un po' datate;

– la mappatura dell'offerta di Mnc risulta ancora troppo poco sistematizzata (quantità dell'offerta, qualità dell'offerta, collocazione geografica, politiche di prezzi, ecc.) per poter pianificare una strategia articolata corretta;

– il pubblico ha un basso ruolo di «ammortizzatore» perché le esperienze di ambulatori di Mnc presso strutture pubbliche è ancora limitato e perlopiù circoscritto ad alcuni contesti regionali particolarmente attivi (ad esempio Regione Toscana e Regione Umbria).

Un altro tema cruciale a supporto di quanto esposto riguarda le professionalità che operano nel settore: quali requisiti deve avere un professionista perché le sue prestazioni vengano riconosciute e quindi rimborsate dal fondo/dall'assicurazione? In mancanza di percorsi professionalizzanti ufficialmente riconosciuti, gli operatori limitano al massimo le «incursioni» delle Mnc tra le prestazioni riconosciute, mantenendo come criterio principale quello che le poche prestazioni ammesse di Mnc siano praticate da mano medica. Non vengono spese molte parole su

che specializzazione debba avere ad esempio chi pratica agopuntura, se non per il fatto che debba essere un medico regolarmente iscritto all'Ordine. Anche in questo caso, la soluzione più praticata in ambito privato si allinea molto con le scelte operate in ambito pubblico, dove uno dei capisaldi delle politiche di molti contesti regionali fa direttamente riferimento alla delibera della Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri, che individua nove medicine e terapie non convenzionali e le definisce, a tutti gli effetti, atti medici e come tali praticabili solo da medici o da personale sanitario abilitato. D'altra parte, nell'ambito della sua professione, il medico è libero di utilizzare anche strumenti riferibili alle Mnc, ma ciò che viene riconosciuto è esclusivamente la sua prestazione medica. Questo, come già accennato, rende più difficile la stessa distinzione tra rimborsi di Mnc e non, perché molte prestazioni possono essere classificate in categorie diverse (ad esempio le visite specialistiche). In termini di politiche questo porta a riflettere sul fatto che, anche in questo caso, le evidenze mostrano una tendenza alla non moltiplicazione delle professionalità sanitarie, che porterebbero anche a un'ulteriore fase di frammentazione della stessa professionalità medica, ma semmai di inclusione tra gli strumenti a disposizione del medico anche delle Mnc.

Si avverte, inoltre, il rischio di prendere una decisione di apertura che potrebbe andare contro un'eventuale presa di posizione pubblica. Nonostante la maggior parte dei soggetti abbia sedi in diversi contesti regionali, alcuni dei quali attivamente impegnati nell'introduzione delle Mnc tra i servizi pubblici del territorio, il punto di riferimento per la definizione delle politiche sanitarie interne rimane nella quasi totalità dei casi collegato alle posizioni e decisioni assunte dal governo centrale. Le istituzioni private preferiscono tra l'altro non correre il rischio di dovere moltiplicare gli sforzi per «tarare» le politiche in modi differenti nelle diverse aree territoriali, ma adottare linee guida valide per tutti. In questo modo si ritiene anche di salvaguardare il criterio dell'equità di trattamento dei propri assistiti nelle diverse aree territoriali. Un differente trattamento per le regioni che si mostrano più aperte al tema genererebbe inevitabilmente una maggiore

complessità gestionale, anche in considerazione della mobilità che contraddistingue alcuni settori professionali cui fanno capo i fondi. Uno degli ulteriori fattori di complessità per un'introduzione più decisiva delle Mnc nei fondi, oltre naturalmente alle tensioni di bilancio, riguarda l'adozione dei criteri di selezione delle Mnc che potrebbero essere incluse e di quelle che rimarrebbero escluse. Dal momento che raramente le organizzazioni accettano di sbilanciarsi facendo propria la posizione di un singolo contesto regionale, per poi estenderlo ad un'organizzazione che ha rilevanza nazionale, occorrerebbe stabilire meccanismi decisionali endogeni. In questo caso, una delle ipotesi più formulate riguarda la costituzione di un comitato scientifico, composto da medici esperti di Mnc, al quale affidare la complessità della decisione. Anche questa ipotesi si mostra piuttosto onerosa per le organizzazioni che, percependo nella maggior parte dei casi il bisogno di Mnc come di nicchia, preferiscono destinare i loro sforzi altrove. Da alcuni viene avvertita con preoccupazione la possibilità che nei prossimi anni si arrivi a un totale decentramento del servizio sanitario, cosa che costringerebbe i fondi privati a interfacciarsi non più con uno ma con molti interlocutori.

Un ulteriore tema, che ha mostrato la sua crucialità nel lavoro svolto, riguarda l'attuale livello di consenso di cui le Mnc godono presso il mondo scientifico. In questo momento di non definizione del settore delle Mnc, si respira quantomeno un'aria di incertezza, che in alcuni casi si trasforma anche in dura opposizione da parte di alcuni esponenti del mondo scientifico. Tutto questo trova naturalmente una ripercussione diretta anche sui sistemi privati di tutela della salute. Non è da escludersi anche un collegamento tra la mancata inclusione delle Mnc nei fondi e gli assetti di *governance* delle organizzazioni che li gestiscono. Laddove, infatti, sedessero nei CdA sostenitori della validità scientifica delle Mnc, è dato di pensare che giocherebbero un ruolo favorevole all'introduzione delle Mnc tra i servizi offerti. Mentre nel caso opposto sembra più lecito pensare a una chiusura già a monte del tema. Si torna quindi al tema della sensibilità dei singoli, con la consapevolezza che la sensibilità rappresenta solo una delle variabili che possono giocare a favore dell'introduzione delle Mnc tra i

servizi erogabili in forma diretta e/o indiretta da parte di un sistema privato di tutela della salute. La tensione sul dato di bilancio che ne può derivare risulta avere, in molti casi, la predominanza, riportando in primo piano il criterio della prudenza.

## Note

1. Per una definizione ed analisi delle Mnc, con particolare riferimento al contesto del Ssn, si rimanda a Tacchino Tanzi (2006). Le principali pratiche qui considerate sono: agopuntura, omeopatia, fitoterapia, chiropratica e osteopatia, massaggi shiatsu, linfodrenaggio manuale, chinesioterapia, massaggi riflessogeni e *biofeedback*, cure termali.
2. Piperno (1997). I dati sono relativi al 1995.
3. I fondi sanitari integrativi, p. 117.
4. Le ricerche effettuate evidenziano che è molto difficile poter misurare quanta parte del consumo privato sia attribuibile ad una causa piuttosto che ad un'altra, anche se viene osservata una maggiore incidenza dell'ultimo fattore. Nella preferenza potrebbe anche rientrare l'esistenza di liste d'attesa e l'esistenza di un rapporto fiduciario tra paziente e medico specialista di riferimento, che spinge il primo in molti casi a esprimere una domanda di servizi *intra e/o extra moenia*.
5. I dati Istat relativi all'indagine multiscopo del 1999-2001 mostrano un ricorso alle Mnc del 15,5% della popolazione, percentuale di domanda stimata in forte crescita e che difficilmente potrebbe essere soddisfatta dall'offerta pubblica che, come osservato in Tacchino, Tanzi (2006), ha numeri molto più esigui e mantiene al momento perlopiù carattere di sperimentaltà.
6. I fondi sanitari integrativi, p. 123.
7. Le istituzioni che citano esplicitamente l'agopuntura nei loro documenti o che hanno integrato il dato nell'ambito delle interviste sono: Assilit, Campa, Casagit, Fasdac, Fasi, Quas, Cramas, Assidir, Cassa assistenza Gruppo Intesa, Cassa Assistenza BPM, Assidai.
8. L'agopuntura con moxa revulsivante prevede che si brucino coni o sigari di artemisia in prossimità del punto da trattare.
9. Le istituzioni che citano esplicitamente l'omeopatia nei loro documenti o che hanno integrato il dato nell'ambito delle interviste sono: Assilit, Cassa Assistenza Gruppo Intesa, Casagit, Cassa Assistenza BPM.
10. Assilit a esempio riconosce un rimborso massimo di 20 € mensili.
11. Le istituzioni che citano esplicitamente la fitoterapia nei loro documenti, o che hanno integrato il dato nell'ambito delle interviste, sono: Campa, Casagit, Fasdac, Quas, Consorzio Mutue Novara, Cassa assistenza Gruppo Intesa.
12. È il caso del Consorzio Mutue Novara.
13. Le istituzioni che citano esplicitamente chiropratica e/o osteopatia nei loro documenti o che hanno integrato il dato nell'ambito delle interviste sono: Cassa Assistenza San Paolo IMI, Mutua Commercio di Trieste, Cadiprof, Casagit, Fasdac, Cassa assistenza Gruppo Intesa.
14. Si veda Regolamento di Cadiprof.
15. Le istituzioni che citano esplicitamente i massaggi shiatsu nei loro documenti o che hanno integrato il dato nell'ambito delle interviste sono: Casagit, Fasdac, Quas, Cassa assistenza Gruppo Intesa.
16. È il caso della Quas.
17. Le istituzioni che citano esplicitamente il linfodrenaggio manuale nei loro documenti o che hanno integrato il dato nell'ambito delle interviste sono: Fasdac, Quas, Cassa assistenza Gruppo Intesa, Galeno.
18. È il caso, ad esempio, di Campa.
19. Rientrano in questa fattispecie: Unisalute, Assicurazioni Generali, Ras, Fis, Cassa assistenza Gruppo Intesa.
20. La Campa, ad esempio, stabilisce un tetto tra 50,00 e 100,00 euro secondo il tipo di polizza stipulata.
21. La Clinica olistica di *Lifegate*, ad esempio, applica i seguenti prezzi: 120 € per la prima visita e 80 euro per la terapia. La Regione Toscana, in regime di Ssr applica una tariffa di 18,59 € per la prima visita e 36,15 € per quelle successive.
22. La Clinica olistica di *Lifegate* ha definito per il massaggio ayurvedico un prezzo che varia da 35 a 100 euro secondo durata della seduta. L'*Associazione Naturiva* ha stabilito un prezzo di 60 € a visita.
23. Un esempio di questo è offerto dal FIS dei dipendenti del Gruppo ENI – settore energia.

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

- AA.VV. (2003), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, Franco Angeli, Milano.
- ARS TOSCANA (2003), *Medicine non convenzionali in Toscana. Progetto di studio*, Firenze.
- BARILETTI A., CAVICCHI I., DIRINDIN N., MAPELLI V., TERRANOVA L. (1999), *La sanità tra scelta e razionamento*, Il Sole24Ore Libri, Milano.
- BESLEY T., HALL J., PRETON I. (1999) «Private and public health insurance in the UK», *European Economic Review*, 42, pp. 491-97.
- BIFONE L. (1996), «Nota sullo sviluppo dei fondi sanitari integrativi», in A. Ardigò, N. Falcitelli, F. Guicciardi, F. Vanara (1996), *I fondi sanitari integrativi*, Ministero della Sanità, Consiglio Superiore della Sanità, Monografia n. 1/96.
- BIFONE L., (1998), «La struttura dei fondi integrativi: prospettive di sviluppo», in M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), (1998), *Rapporto sanità '98*, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna.
- BIFONE L. (1999), «Le prospettive dei fondi sanitari integrativi alla luce della riforma ter», *Tendenze Nuove*, settembre-ottobre.
- CAZZOLA V. (1997), *La sanità liberata*, il Mulino, Bologna.
- CONVEGNO ALLA CONFCOMMERCIO su Welfare e Sistemi Sanitari (2000), «Fondi Integrativi: Un'occasione mancata o un'opportunità in più per i cittadini?», *ASI*, vol. 8-5, p. 5.
- DI MARTINO A. (2001), «Salute assicurarla conviene. Ma costa molto caro», *Il Mondo*, 2 novembre, p. 40.
- DI RENZO A. (1996), *La sanità integrativa*, Ediesse, Roma.
- DOWD D. (1982), «The logic of moral hazard: a game theory illustration», *Journal of Risk and Insurance*, vol. 69, 3, pp. 443-447.
- EMMERSON C., FRAYNE C., GOODMAN A. (2001) «Should private medical insurance be subsidized», *Health Care*, UK, 51, pp. 49-65.
- GIANNONI M. (2001b), «Fondi sanitari integrative: situazione attuale e prospettive», *Tendenze Nuove*, 1, gennaio-febbraio.
- I FONDI PER LE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE, (2001), *Prospettive di sviluppo*, *Care*, vol. 3, p. 14.
- MARCHIANI G. (2001), Considerazioni sulle tendenze per la costituzione di nuovi fondi integrativi sanitari scaturenti dalle piattaforme contrattuali con i relativi riflessi sulle esperienze in atto, *ASI*, vol. 9-38, pp. 10-11.
- MARCHIANI G. (2001), Convegno Nazionale del C.O.F.I.S. (Coordinamento Fondi Integrativi Sanitari) «Certe proposte sulla mutualità integrativa futura non convincono i fondi sanitari vigenti», *ASI*, vol. 9-46, p. 16.
- MARCHIANI G. (2001), «I fondi integrativi sanitari operanti nell'ambito della mutualità volontaria», *ASI*, vol. 9-22, pp. 12-13.
- MASTROBUONO I. (1999), «Le forme integrative di assistenza sanitaria tra passato e futuro», in Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. (1999), pp. 172-435.
- Mastrobuono I., Guzzanti E. (1999), «Un ruolo effettivo per le forme integrative di assistenza sanitaria», *Tendenze Nuove*, 6, novembre-dicembre.
- MASTROBUONO I., GUZZANTI E., CICCETTI A., MAZZEO M.C. (1999), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- MASTROBUONO I., POMPILI S. (1998), «Lo stato attuale delle forme integrative di assistenza sanitaria del settore nonprofit: casse aziendali, fondi di categoria e società di mutuo soccorso», *ASI*, 27, 6 luglio, pp. 7-28.
- PAULY M. (1991), «The economics of moral hazard», in A. Culyer, *The economics of health*, Elgar, Aldershot.
- PIPERNO A. (1997),  *Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa*, il Mulino, Bologna.
- PIPERNO A. (1998), «La mutualità integrativa sanitaria: condizioni per l'implementazione in Italia», in M. Trabucchi, F. Vasara (a cura di), *Rapporto Sanità '98*, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna.
- SPANDONARO F. (2002), «L'assistenza sanitaria complementare in Italia: un'opportunità da non perdere», *Quaderni di Assoprevidenza*, 7, marzo.
- TACCHINO C., TANZI E. (1996), «Le Medicine e le Terapie non convenzionali nelle politiche e nelle esperienze del Sistema sanitario», *Mecosan*, 58, pp. 71-97.

## Siti

- AIB - ALL INSURANCE BROKER, [www.aibroker.it](http://www.aibroker.it)
- AON ITALIA, [www.aon.com](http://www.aon.com)
- ARCA ENEL, [www.arca-enel.it](http://www.arca-enel.it)
- ASSICURAZIONI GENERALI SPA, [www.generali.it](http://www.generali.it)
- ASSIDAI, [www.assidai.it/common/dirigenti.htm](http://www.assidai.it/common/dirigenti.htm)
- ASSILIT, [www.assilit.it](http://www.assilit.it)
- AXA ASSICURAZIONE, [www.axa-italia.it](http://www.axa-italia.it)
- BPM, [www.bpm.it/societa/economia/soc\\_cassa.shtml](http://www.bpm.it/societa/economia/soc_cassa.shtml)
- BULL ITALIA, [www.bull.it](http://www.bull.it)
- CADIPROF, [www.cadiprof.it](http://www.cadiprof.it)
- CAMPA, [www.campa.it/servizi/nostri\\_servizi.php](http://www.campa.it/servizi/nostri_servizi.php)
- CAPAIAP, [www.capaiap.it](http://www.capaiap.it)
- CASAGIT, [www.casagit.it](http://www.casagit.it)
- CASPIE, [www.caspie.it](http://www.caspie.it)
- CASSA EDILE DI MUTUALITÀ E ASSISTENZA DI MILANO, [www.cassaedilemilano.it](http://www.cassaedilemilano.it)
- CASSA FORENSE, [www.cassaforense.it](http://www.cassaforense.it)
- CASSA INTERAZIENDALE DI ASSISTENZA SANITARIA CARLO DE LELLIS, [www.assidir.it](http://www.assidir.it)
- CASSA NOTARIATO, [www.cassanotariato.it/assicur.htm](http://www.cassanotariato.it/assicur.htm)
- CATTOLICA ASSICURAZIONI, [www.cattolicaassicurazioni.it](http://www.cattolicaassicurazioni.it)
- CNPADC, [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it)
- CONSORZIO MUTUE, [www.consorziomutue.novara.it](http://www.consorziomutue.novara.it)
- CRAMAS - FONDO MUTUA SALUS, [www.interclubservi-ce.com/cramas/cramas.php](http://www.interclubservi-ce.com/cramas/cramas.php)
- ENEL APE, [www.enel.it/ape/html/internet/prodotti/html/fondi\\_sanitari.asp](http://www.enel.it/ape/html/internet/prodotti/html/fondi_sanitari.asp)
- ENTE MUTUA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DELLE ASSOCIAZIONI, [www.sanit-as.it/IndiceSX.htm](http://www.sanit-as.it/IndiceSX.htm)
- ENTE MUTUO, [www.entemutuomilano.it](http://www.entemutuomilano.it)

EST (CONFCOMMERCIO), [www.ascoverona.it/index.php?option=com\\_content&task=view&id=463&Itemid=2](http://www.ascoverona.it/index.php?option=com_content&task=view&id=463&Itemid=2)

FASI, [www.fasi.it](http://www.fasi.it)

FIS, [www.fis-online.it](http://www.fis-online.it)

FISAC CGIL UNICREDITO, [www.unicredito.fisac.cgil.it](http://www.unicredito.fisac.cgil.it)

FISDAF, [www.fisdaf.it](http://www.fisdaf.it)

GALENO, [www.cassagaleno.it](http://www.cassagaleno.it)

GRUPPO INTESA, [www.cassasanitariaintesa.it](http://www.cassasanitariaintesa.it)

INARCASSA, [www.inarcassa.it](http://www.inarcassa.it)

MANAGERITALIA SERVIZI SRL, FENDAC, [www.fendac.it](http://www.fendac.it)

MARSH S.P.A., [www.marsh.it](http://www.marsh.it)

MUTUA COMMERCIO, [www.mutuacommercio.it](http://www.mutuacommercio.it)

MUTUA SALUTE, [www.cna-to.it/CNA/articoli/articoli?idart=Doc73](http://www.cna-to.it/CNA/articoli/articoli?idart=Doc73)

QUAS, [www.quas.it](http://www.quas.it)

REALE MUTUA ASSICURAZIONI, [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it)

SAN PAOLO IMI, [www.grupposanpaoloimi.com](http://www.grupposanpaoloimi.com)

SANIMPRESA, [www.sanimpresa.it](http://www.sanimpresa.it)

SMA - SOCIETÀ MUTUA ASSISTENZA MODENA, [www.sma-modena.it](http://www.sma-modena.it)

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO, [www.mutuacesarepozzo.it](http://www.mutuacesarepozzo.it)

UNICA, [www.uilca.it](http://www.uilca.it)

UNISALUTE SPA, [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

Non saranno considerati ed ammessi al referaggio i contributi che non rispettano le seguenti condizioni: 1) i manoscritti sottoposti a Mecosan non devono essere già stati pubblicati o presentati per la considerazione presso altre riviste;

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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

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

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

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

#### Articoli in riviste

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

#### Rapporti/Atti

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

#### Non pubblicati

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

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

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



# NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Aiop lombardia, Francesco Velo, Dario Velo (a cura di)

## **OSPEDALI E SVILUPPO ECONOMICO. LA SANITÀ COME MOTORE DELLO SVILUPPO IN UNA SOCIETÀ SOLIDALE**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, AIOP - ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA, PP. 128, € 12,00

*L'evoluzione iniziata negli Stati Uniti è in fase di diffusione in Europa. La nascita di un mercato europeo della sanità sempre più integrato impone di accelerare il processo di modernizzazione del sistema sanitario italiano, valorizzando le capacità pubbliche e private di cui il Paese dispone. La sanità, in passato vista esclusivamente come un servizio solidaristico offerto ai cittadini, con il problema principale del contenimento della spesa sanitaria, oggi può essere concepita come motore di sviluppo, capace di alimentare la ricerca e l'occupazione qualificata, produrre servizi esportabili a livello internazionale e promuovere lo sviluppo di intere aree, mirando alla concretizzazione di valori come la centralità del paziente, l'umanizzazione dell'ospedale e l'impegno etico di amministratori e operatori. La spesa sanitaria, in questa prospettiva, non comprime gli investimenti e i consumi ma si configura, essa stessa, come un investimento produttivo e una qualificazione dei consumi. Tale visione della sanità implica una modificazione dell'organizzazione sanitaria, in grado di conciliare valori etici e obiettivi economici. Il passaggio fondamentale è dalla misurazione dei costi per fattori produttivi a quella per prestazioni finali, per focalizzarsi sulla riduzione degli sprechi, differenziando l'analisi per interventi per patologie più o meno gravi. In questo quadro, trovano centralità i nuovi distretti scientifico-sanitari sorti negli Stati Uniti e in Europa. Esempi di grandi concentrazioni di centri di ricerca e ospedali, pubblici e privati, in tal senso, sono San Francisco, San Diego, Boston, Cambridge, Berlino, la Medicon Valley, Monaco di Baviera e altri ancora. Seguendo tale modello, la Lombardia, grazie ai progressi realizzati in questi anni in campo sanitario, può candidarsi per costituire il distretto italiano di avanguardia.*

**INDICE** PREFAZIONE. L'ORIGINALITÀ DEL SISTEMA SANITARIO DELLA LOMBARDIA E LE SUE PROSPETTIVE DI SVILUPPO, GABRIELE PELISSERO - LA SANITÀ COME MOTORE DELLO SVILUPPO IN UNA SOCIETÀ SOLIDALE, DARIO VELO, FRANCESCO VELO - CAPITOLO 1. LA CRISI DEL MODO DI PRODURRE ARTIGIANALE IN SANITÀ E LA NASCITA DEI GRANDI DISTRETTI MODERNI SANITARI - 1.1. LA FINE DEL MODO DI PRODURRE ARTIGIANALE IN SANITÀ: UNA CRISI FERTILE DI NUOVE OPPORTUNITÀ - 1.2 LE ECONOMIE DI SCALA E DI APPRENDIMENTO - 1.3. IL PROTEZIONISMO SANITARIO, CAUSA PRIMA DI ARRETRATEZZA - 1.4. IL SUPERAMENTO DEL PROTEZIONISMO PER TAPPE SUCCESSIVE - 1.5. LA CONCORRENZA TRA SISTEMI - 1.6. LO SCENARIO STATALISTA - CAPITOLO 2. LA SPINTA AL CAMBIAMENTO - 2.1. LA COLLOCAZIONE DELLA SANITÀ NELL'AMBITO DELLA SOCIETÀ - 2.2. LA SANITÀ COME MOTORE DELLO SVILUPPO - 2.3. IL RUOLO DELL'IMPRESA IN SANITÀ: ALCUNI INSEGNAMENTI DEL SETTORE FARMACEUTICO - 2.4. IL FINANZIAMENTO DELLA SPESA SANITARIA - 2.5. IL CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA - CAPITOLO 3. DAL CONTROLLO DELLA SPESA ALLO SVILUPPO DELLA COMPETITIVITÀ IN SANITÀ - 3.1. LA SOCIETÀ DELLA CONOSCENZA - 3.2. IL RUOLO DEI DISTRETTI PER LO SVILUPPO DELLA COMPETITIVITÀ IN SANITÀ NELL'ESPERIENZA STATUNITENSE - 3.3. LA SANITÀ COME MOTORE DI SVILUPPO IN ITALIA: LE POTENZIALITÀ DI UN DISTRETTO SANITARIO LOMBARDO - BIBLIOGRAFIA - APPENDICE STATISTICA

Angela Ales-Bello, Bianca Maria d'Ippolito, Piero Trupia

**PENSARE IL FARMACO. ETICA SCIENZA ECONOMICA**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, SCIENZE E SALUTE, PP. 144, € 15,00

*In ogni riflessione sul farmaco emerge la bivalenza originaria di significato del termine greco *pharmakon*: rimedio che salva la vita o veleno che l'annienta spesso in modo sottile, inapparente, insidioso. Nell'affrontare la problematica del farmaco emerge la complessità della vita umana sotto il profilo fisico, psichico, spirituale e sociale. Il farmaco dispiega la sua azione nell'ambito della cura in quanto attenzione alla vita in tutti i suoi aspetti, nel senso del «prendersi cura di». La realtà del corpo vivente va oltre la fisicità, poiché comprende la personalità del malato, la sua volontà di guarigione, il suo progetto di vita. S'impone, allora, un atteggiamento pensato in relazione alla malattia, al malato e alle condizioni del suo vivere, senza dimenticare la dimensione etico-politica della produzione, autorizzazione al commercio, somministrazione e continua verifica clinica del farmaco. La considerazione analitica del malato e della malattia è necessaria nella fase di ricerca, ma va superata nella cura, poiché il malato non è un insieme di organi e la malattia non è una congerie di sintomi. L'economia ha le sue ragioni che la cura deve comprendere, pur senza dimenticare l'assolutezza del bisogno della singola persona. L'economia è la scienza della creazione di valore nello scambio, che non è soltanto quello misurabile monetariamente. Valore, nella cura, è efficacia del farmaco nel ridare la salute. Il volume affronta queste problematiche da molteplici punti di vista: filosofico, psicologico, etico dello stile di vita e delle strutture della salute pubblica, in ognuno dei quali è presente la visione integrale dell'essere umano sano nella possibilità di ammalarsi e nell'emergenza della malattia.*

**INDICE** INTRODUZIONE, BIANCA MARIA D'IPPOLITO - PARTE I. ANTROPOLOGIA DEL FARMACO. TEOLOGIA, FILOSOFIA, PSICOLOGIA, PSICHIATRIA, ETICA - 1. PREMESSA, ANGELA ALES BELLO - 2. PENSARE IL FARMACO, IGNAZIO SANNA - 3. LA PAROLA COME FARMACO, BIANCA MARIA D'IPPOLITO - 4. L'AMBIGUITÀ ESISTENZIALE DEL CIBO: TRA FARMACO E VELENO, BRUNO CALLIERI - 5. LA FUNZIONE SIMBOLICA DEL FARMACO, FIORANGELA ONEROSO - 6. MALATTIA, SOFFERENZA, RIMEDIO E GUARIGIONE NELLA CULTURA AFRICANA, MARTIN NKAFU NKEMNKIA - 7. IL FARMACO E L'AMBITO D'ESSERE DELLA CURA, PIERO TRUPIA - PARTE II. IL FARMACO COME PRODOTTO. SCIENZA, ECONOMIA, ETICA - 8. PREMESSA, PIERO TRUPIA - 9. SCIENZA, ECONOMIA ED ETICA, SERGIO DANIOTTI - 10. IL CIBO È UN FARMACO, TANZI MOLTI, MAURO BOLOGNA - 11. SISTEMA SANITARIO NAZIONALE, SALUTE PUBBLICA, USO E ABUSO DEI FARMACI, TOMMASO LOSAVIO - 12. IL FARMACO COME SCRITTURA. PER UN'ETICA DELLA «CURA», ANTONELLA GAROFALO - GLI AUTORI

Alessandro Buzzoni

**MEDICO E PAZIENTE**

EDIZIONI FAG, MILANO, PP. 136, € 15

*Il manuale è un breve ma puntuale approfondimento, secondo un'impostazione prettamente «operativa», della dottrina e della giurisprudenza sviluppatasi negli ultimi decenni in tema di attività medica – settoriale e pluridisciplinare – e responsabilità, sia penale che civile, nell'esercizio della professione medica. Il prontuario, di immediata consultazione, è stato realizzato per rispondere alle necessità pratiche di tutti coloro che desiderano orientarsi nei meandri della corretta individuazione degli aspetti giuridici più rilevanti e problematici di questa ampia e complessa materia, in continuo divenire. Il taglio dell'opera si focalizza anche sul c.d. «lavoro d'équipe», condito peraltro dall'analisi di una vasta gamma di argomenti trattati dalle più recenti – e alcune inedite – pronunce della giurisprudenza, con approfondimenti dottrinali e acute osservazioni da parte dei più illustri giuristi italiani, in ordine alle plausibili chiavi di lettura per la risoluzione dei più controversi profili di responsabilità in ambito sanitario, specie nei casi di trattamento medico-chirurgico multidisciplinare (lavoro d'équipe), al quale viene appunto dedicato ampio spazio.*

**INDICE** PREFAZIONE - CAPITOLO 1. L'ATTIVITÀ MEDICA - CAPITOLO 2. L'ATTIVITÀ MEDICA IN ÉQUIPE E LA RESPONSABILITÀ MEDICA - CAPITOLO 3. IL NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA - APPENDICE - RASSEGNA DI GIURISPRUDENZA

Anna Castellucci, Carolina Guerrieri, Corrado Ruozi, Paola Randelli

### I SAPERI DELLA FORMAZIONE IN SANITÀ

MAGGIOLI EDITORE, RIMINI, 2007, PP. 363, € 28,00

*Alla luce del passaggio da un'idea di «formazione prodotto» (il corso, il convegno, il seminario, ecc.) ad una formazione come tecnologia per lo sviluppo delle competenze, i saperi cognitivi e relazionali dei professionisti possono diventare strumenti per agire progettualemente oltre i confini della propria competenza tecnica, migliorando così il sistema sociale ed organizzativo delle aziende sanitarie pubbliche e private. Il testo propone una riflessione sul senso e sui modi dell'apprendimento-cambiamento nell'organizzazione sanitaria al fine di sviluppare pratiche utili per incidere nel complesso sistema di significati dello sviluppo professionale in sanità.*

**INDICE** PRESENTAZIONE. IL RUOLO DELLA FORMAZIONE NELLE AZIENDE SANITARIE - CAPITOLO PRIMO. PER UNA EPISTEMOLOGIA DELLA FORMAZIONE - CAPITOLO SECONDO. SVILUPPO PERSONALE E APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO - CAPITOLO TERZO. COMUNITÀ DI APPRENDIMENTO E COMUNITÀ PRATICHE - CAPITOLO QUARTO. LA FORMAZIONE INCISIVA: I METODI DELLA FORMAZIONE - CAPITOLO QUINTO. ESPERIENZE

Alberto Francesconi

### INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E TECNOLOGICA IN SANITÀ. IL RUOLO DELL'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, SANITÀ, PP. 240, € 25,00

*In Italia, l'invecchiamento della popolazione, la domanda di servizi sempre più qualificata e la dinamica tecnologica sempre più accelerata mettono a serio rischio la sostenibilità economica delle aziende sanitarie italiane e dei sistemi sanitari delle Regioni. Le decisioni inerenti la selezione, l'adozione e la diffusione delle tecnologie nel settore sanitario, pertanto, appaiono sempre più delicate. Spesso, nella difficoltà di dare piena soddisfazione alla ricerca di appropriatezza e, quindi, nel compiere scelte organizzative coerenti sia con le imposizioni legislative che con le esigenze della comunità scientifica, si verifica che l'introduzione di nuova tecnologia anziché migliorare il risultato finale in termini di risorse/prestazioni, comporta una spesa addizionale per sistemi di sostituzione e/o integrazione degli strumenti già in uso. L'Health technology assessment (Hta), approccio multidisciplinare di valutazione dell'appropriatezza tecnologica che coniuga le dimensioni dell'efficacia clinica con quella della valutazione tecnico-economica in senso stretto, si è dimostrato essenziale nel guidare le scelte dei policy maker negli ultimi 30 anni. L'adozione di una prospettiva di Hta a supporto delle decisioni manageriali nelle aziende offre nuove sfide ed opportunità, non solo come strumento di gestione, ma anche come supporto alla realizzazione della clinical governance. Gli aspetti organizzativi in merito ad una tale adozione, tuttavia, sono stati finora trascurati e alcune domande fondamentali non hanno ancora trovato un'adeguata risposta in letteratura: chi e in base a quali modalità può procedere alle scelte tecnologiche nelle aziende sanitarie? In che modo i metodi dell'Hta possono essere utilizzati al fine di supportare le scelte d'investimento in tecnologie in un'azienda sanitaria ospedaliera o territoriale? Come intervenire, dal punto di vista dell'assetto organizzativo, per introdurre tale approccio di valutazione nelle aziende? L'obiettivo del volume è rispondere a tali quesiti fornendo sia un quadro teorico di riferimento sia un concreto supporto operativo per il management delle aziende sanitarie, facendo riferimento, in particolare, ad alcune esperienze recentemente sviluppatesi nel nostro Paese, importanti sia per l'intensità nell'impiego di tecnologie biomediche e cliniche particolarmente distintive, sia per la loro inclusione nel network Italiano di Hta.*

**INDICE** PREFAZIONE, AMERICO CICCETTI - INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. CONCETTI BASE E PROBLEMI APERTI - CAPITOLO 1. LE TECNICHE SANITARIE - 1.1. IL CONCETTO DI TECNOLOGIA - 1.2. LE TECNOLOGIE SANITARIE: CONCETTO, DEFINIZIONE, CLASSIFICAZIONI - 1.3. LA DIFFUSIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE INNOVATIVE E LA SPESA SANITARIA - 1.4. LA RICERCA DI APPROPRIATEZZA NELLE SCELTE TECNOLOGICHE - 1.5. IL MANAGEMENT OF TECHNOLOGY E IL MANAGEMENT

OF MEDICAL TECHNOLOGY - CAPITOLO 2. L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT - 2.1. LE ORIGINI DELL'HTA - 2.2. LA DEFINIZIONE DI HTA - 2.3. UNA VISIONE SISTEMICA PER L'USO APPROPRIATO DELLE RISORSE IN SANITÀ - 2.4. L'HTA NELLA REALTÀ INTERNAZIONALE - 2.5. I LIVELLI DELL'HTA E LA PROSPETTIVA UNIFICANTE DELLA CLINICAL GOVERNANCE - 2.6. L'HTA E LE TECNICHE DI VALUTAZIONE - 2.7. L'APPROCCIO TRADIZIONALE ALL'HTA E I SUOI LIMITI - CAPITOLO 3. L'HOSPITAL-BASED HTA E L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE - 3.1. LA COMPLESSITÀ DEL CONTESTO DI ANALISI - 3.2. LA COMPLESSITÀ NELLE AZIENDE SANITARIE - 3.3. LA COMPLESSITÀ DELL'AMBIENTE DI RIFERIMENTO - 3.4. IL SISTEMA DI REGOLE PER ORGANIZZARE L'HOSPITAL-BASED HTA - PARTE SECONDA. L'APPROCCIO TEORICO E LA REALTÀ EMPIRICA - CAPITOLO 4. ESPERIENZE DI HOSPITAL-BASED HTA IN ITALIA - 4.1. I CRITERI E LA METODOLOGIA DI RICERCA - 4.2. L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA - 4.3. LO STATO DELL'ARTE NELLE AZIENDE DEL NETWORK ITALIANO DI HTA - 4.4. LA VISIONE PROCESSUALE E LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO. CONCLUSIONI - BIBLIOGRAFIA

G.F. Gensini, P. Rizzini, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di)

### **RAPPORTO SANITÀ 2007. SERVIZI SANITARI IN RETE. DAL TERRITORIO ALL'OSPEDALE AL TERRITORIO**

IL MULINO, BOLOGNA, 2007, PP. 304, € 23,60

*La Fondazione Smith Kline da molti anni ha posto la tematica delle reti al centro dei propri interessi di ricerca e di studio, perché la modernità impone una lettura della realtà che non può prescindere dalle interconnessioni, dalle interdipendenze, dalle dialettiche che si sviluppano all'interno di un servizio sanitario nel momento in cui si pone pienamente al servizio della persona. In questo Rapporto Sanità 2007 vi è un impegno di sintesi, nel tentativo di fare il punto di un dibattito molto vasto che ancora non si è concluso. A chi serve disporre di servizi sanitari in rete? La risposta potrebbe essere banale, perché è evidente che la medicina puntiforme interessa un numero sempre minore di cittadini, perché chiunque entri oggi nel sistema richiede servizi di lunga durata, operati da personale diverso, in ambienti diversi e con diversi livelli di competenze culturali e tecnologiche. Quindi i sistemi sanitari a rete sono la base strutturale per qualsiasi sistema moderno, perché ogni atto clinico è accompagnato da un prima e da un dopo che divengono momenti irrinunciabili per il successo dell'atto stesso. Si tratta quindi di una logica clinica e non di un'affermazione ideologica. Nei prossimi anni i sistemi sanitari a rete si diffonderanno fino a costituire il modello unitario del sistema solo se il complesso ricerca, sperimentazione, formazione diventerà una prassi diffusa a tutti i livelli.*

**INDICE** I SERVIZI SANITARI IN RETE: UN'INTRODUZIONE - 1. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, OSPEDALI, TERRITORIALITÀ DEL WELFARE: POTENZIALITÀ, POSSIBILITÀ, LIMITI - 2. RETI CLINICHE DA GOVERNARE - INCENTIVI E STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE DELLE RETI SOCIO-SANITARIE - 3. MIGLIORAMENTI ORGANIZZATIVI E RETE DI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI - 4. LA MISURA DEI RISULTATI NELL'AMBITO DELLA RETE DEI SERVIZI SANITARI - 5. MECCANISMI DI GOVERNO E DI RESPONSABILITÀ NELL'AMBITO DELLA RETE DEI SERVIZI: IL NODO DELL'APPROPRIATEZZA - 6. ICT AL SERVIZIO DELLA SANITÀ IN RETE - 7. TIPOLOGIA E APPROPRIATEZZA DEI NUOVI ELEMENTI FORMATIVI IN AMBITO SANITARIO - 8. IL LAVORO DI ÉQUIPE E LA RETE: UNA FORMAZIONE SPECIFICA - 9. I SERVIZI SOCIO-SANITARI IN RETE: L'ESPERIENZA DELL'ASL 4 CHIARAVALLESE DELLA REGIONE LIGURIA - 10. IL TERRITORIO INTEGRATO CON L'OSPEDALE: STRATEGIE DI MANAGEMENT - 11. LA SANITÀ IN RETE: UN PONTE TRA MEDICINA DELLE EVIDENZE E MONDO REALE - 12. ANZIANO E ASSISTENZA: UNA DIVERSA PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO FRAGILE - 13. IL MEDICO DI FAMIGLIA E LA RETE DEI SERVIZI SANITARI - 14. IL RUOLO DEGLI INFERMIERI NEI SERVIZI SANITARI IN RETE - 15. MA IL «SISTEMA» E LA «RETE» - 16. RETI INTEGRATE E GOVERNO CLINICO - 17. I SERVIZI SANITARI IN RETE; UNA SCELTA STRATEGIA TRA POLITICA E ORGANIZZAZIONE

Salvatore Nieddu, Maurizio Bianco, Paolo Michelutti

### **I DIPARTIMENTI NELLE AZIENDE SANITARIE: TRA FORMA E SOSTANZA. LO STATO DI ATTUAZIONE IN PIEMONTE E LOMBARDIA**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, FONDAZIONE PFIZER, PP. 240, € 18,00

*Trentasette anni compiuti il 27 marzo 2006: è l'età dei dipartimenti delle aziende sanitarie italiane. Ma a contarli bene gli anni sono forse qualcuno di meno. Infatti, sebbene il modello dipartimentale sia stato «concepito» nel 1969 come possibile struttura organizzativa degli*

*ospedali, solo dal 1999 diventa il «modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie». Che abbiano in realtà 7 anni, alcuni in meno (nella maggior parte dei casi), o qualcuno di più (in rari casi), oggi i dipartimenti sono presenti in tutte le aziende sanitarie. Il rischio che si corre in ogni cambiamento organizzativo importante è che si cambi la forma e non la sostanza, ovvero che il modello dipartimentale si realizzi sulla carta ma non nella realtà. In questo quadro, la Fondazione Pfizer ha promosso una ricerca con l'obiettivo di fare il punto sullo stato di attuazione dell'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie della Regione Piemonte e Lombardia. Allo scopo di misurare la distanza tra la realtà e i modelli teorici, i dipartimenti sono stati analizzati secondo quattro variabili: la governance, l'organizzazione, gli strumenti gestionali e il profilo di competenze. Più di quattrocento dipartimenti di una cinquantina di aziende sanitarie sono stati posti sotto la lente di osservazione per valutarne la qualità del funzionamento e capire se la partita dipartimentale, a tanti anni dal suo inizio, può considerarsi effettivamente vinta. Si dimostra come non si debbano cercare altri modelli organizzativi o una normativa più dettagliata, ma come sia piuttosto consigliabile dare effettiva applicazione al modello dipartimentale già esistente, potenzialmente capace di dar risposta alla crescente differenziazione dei luoghi delle cure e alla necessità di nuovi percorsi di presa in carico e continuità assistenziale in un'ottica di maggior coordinamento tra centri di responsabilità.*

**INDICE** INTRODUZIONE, MARIA PIA RUFFILLI - PRAFAZIONE, GIULIO FORNERO - PRAFAZIONE, AMBROGIO BERTOGLIO - RINGRAZIAMENTI - CAPITOLO 1. OBIETTIVI DELLA RICERCA - 1.1. PRAMESSA - 1.2. PERCHÉ I DIPARTIMENTI: MODELLI ORGANIZZATIVI E FINALITÀ - 1.3. IL MODELLO DI ANALISI DELLO STATO DI DIPARTIMENTALIZZAZIONE - 1.4. IL CAMPIONE DI ANALISI - 1.5. IL PROCESSO E GLI STRUMENTI DI ANALISI - CAPITOLO 2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO - 2.1. IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE - 2.2. IL QUADRO NORMATIVO DELLA REGIONE PIEMONTE - 2.3. IL QUADRO NORMATIVO DELLA REGIONE LOMBARDIA - 2.4. ANALOGIE E DIFFERENZE TRA I DUE MODELLI ORGANIZZATIVI - 2.5. UNA NOTA TERMINOLOGICA: LE STRUTTURE COMPLESSE - CAPITOLO 3. PIEMONTE: I RISULTATI - 3.1. IL PERCORSO DI DIPARTIMENTALIZZAZIONE - 3.2. L'ORGANIZZAZIONE - 3.3. LA GOVERNANCE; GLI STRUMENTI E LE RISORSE - 3.4. IL PROFILO DI COMPETENZA - CAPITOLO 4. LOMBARDIA: I RISULTATI - 4.1. IL PERCORSO DI DIPARTIMENTALIZZAZIONE - 4.2. L'ORGANIZZAZIONE - 4.3. LA GOVERNANCE - 4.4. GLI STRUMENTI E LE RISORSE - 4.5. IL PROFILO DI COMPETENZA - CAPITOLO 5. CONCLUSIONI - 5.1. LA DISTANZA DEI MODELLI DALLA REALTÀ - 5.2. SPUNTI DI RIFLESSIONE - CAPITOLO 6. ALLEGATI - 6.1. ESTRATTO NORMATIVO NAZIONALE - 6.2. ESTRATTO NORMATIVO REGIONE PIEMONTE - 6.3. ESTRATTO NORMATIVO REGIONE LOMBARDIA





Costo dell'abbonamento per l'anno 2007: € 270,00

# 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 2007 è fissato in:

**€ 270,00 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 2007 per l'estero è fissato come segue: € 270,00, per l'Europa unita; € 370,00, 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)  | € 260,00   |
| Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)  | € 260,00   |
| Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)  | € 260,00   |
| Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)  | € 260,00   |
| Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)  | € 260,00   |
| Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)  | € 260,00   |
| Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)  | € 260,00   |
| Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)  | € 260,00   |
| Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)  | € 260,00   |
| Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) | € 260,00   |
| Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) | € 270,00 * |
| Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) | € 270,00 * |
| Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) | € 270,00 * |
| Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636) | € 270,00 * |
| Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620) | € 270,00 * |

**Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 3.357,50, anziché € 3.950,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.**

\* Disponibile anche in CD-rom.