

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVI – N. 64 OTTOBRE-DICEMBRE 2007

IN QUESTO NUMERO

PUNTO DI VISTA

- 3 Due scenari per il sistema di tutela della salute

Elio Borgonovi

SAGGI

- 9 Diseguaglianze in sanità. Le sfide per il management

Carlo De Pietro

- 23 Non appropriatezza del ricovero in regime ordinario e riflessi sulla spesa ospedaliera

Carlo Lazzaro

- 41 Personale infermieristico interno e in outsourcing: contesto aziendale e soddisfazione professionale

Manuela S. Macinati

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- 53 La gestione del rischio clinico nelle strutture ospedaliere: l'attività di prevenzione e le responsabilità del management

G. Baraghini, S. Gainotti, L. Iughetti, C. Petrini, B. Trevisani

- 67 La misurazione della soddisfazione nei servizi ospedalieri: il caso del Policlinico S. Orsola-Malpighi

Trevor G. Bond, M. Capelli, G. Cappiello, E. Carretta

- 79 Il bilancio di mandato nell'Azienda ospedaliera «Ospedale Maggiore» di Crema

Alessandro Cominelli, Marco Claus, Diego Maltagliati

- 101 Le determinazioni quantitative del costo di assistenza dei pazienti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze. Il caso del SerT di Pescara

Pietro D'Egidio, Luca Ianni, Massimo Sargiacomo

- 123 Principi contabili e revisione di bilancio delle aziende sanitarie

Niccolò Persiani

STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

- 135 Novità bibliografiche

- 141 Spoglio riviste

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi (coordinatore)

Ordinario d'Economia delle Amministrazioni Pubbliche - Università Bocconi di Milano - Direttore dell'Istituto di Pubblica Amministrazione e Sanità

Luca Anselmi

Ordinario di Economia Aziendale - Università di Pisa

Sabino Cassese

Ordinario di Diritto Amministrativo - Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini

Ordinario di Economia - Università di Torino

Antonio Pedone

Ordinario di Scienze delle Finanze - Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco

Ordinario di Diritto Amministrativo - Università di Bologna

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi D'Elia

Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

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.

Due scenari per il sistema di tutela della salute

ELIO BORGONOVÌ

Il Governo Prodi aveva approvato a fine 2007 il Disegno di Legge su «Interventi per la qualità e la sicurezza» del Servizio sanitario nazionale i cui obiettivi erano (e comunque restano) sicuramente condivisibili, se sfrondati di una serie di norme «dal contenuto ideologico». Anche se oggi non è dato di sapere quale sarà il futuro della proposta, si ritiene che siano tuttora validi i quattro pilastri su cui essa si fondava:

a) la decisa riconferma del modello di sistema sanitario «a copertura universale»: esiste peraltro spazio per diverse interpretazioni (e probabilmente contrasti) sul ruolo e i rapporti Stato-Regioni e Regioni-aziende sanitarie (o ospedaliere)-enti locali;

b) interventi per garantire la sicurezza dei pazienti negli ospedali e nelle strutture che, purtroppo, a volte invece di dare un contributo al recupero, mantenimento e protezione della salute diventano luoghi in cui la salute peggiora, fino ai casi estremi delle «morti per errori e disfunzioni»;

c) forte attenzione alla qualità dell'assistenza, non solo sul piano tecnico-scientifico, ma anche su quello della soddisfazione dei pazienti e dell'attenzione alla persona;

d) mantenimento di condizioni di sostenibilità di lungo periodo anche sul piano economico, tramite la responsabilizzazione dei vari soggetti: i professionisti, per quanto riguarda l'adeguatezza, l'appropriatezza e l'aggiornamento delle cure, i manager di vario livello delle aziende sanitarie, per quanto riguarda la corretta organizzazione e l'efficienza del funzionamento, le Regioni, per quanto riguarda interventi di riorganizzazione della rete di offerta (dando priorità alle fasi di assistenza pre e post fasi acute, delle diverse forme di assistenza continua per situazioni croniche o durature, di metodiche assistenziali per una popolazione sempre più anziana).

Per quanto riguarda gli aspetti della sicurezza, si richiamano alcuni dei concetti-strumenti fondamentali che erano contenuti nel Disegno di Legge:

– sistemi di management, compresa l'eventuale istituzione di specifiche figure di «responsabili della gestione (eliminazione) dei rischi per i pazienti»;

– procedure stragiudiziali per chiedere indennizzi per danni derivanti da interventi medici (che peraltro esprimono implicitamente la scarsa fiducia sulla efficacia e la rapidità del sistema giudiziario italiano), esse tutelano i cittadini nei casi di malasanità, ma comportano anche il rischio di un «uso strumentale», ossia di richiesta di indennizzi anche in presenza di assistenza valida ma con esiti negativi o addirittura drammatici per i pazienti dovuti a fattori imprevedibili e non riconducibili ad errori o inefficienze;

– responsabilità (oggettiva) dell'azienda per i danni medici non causati da colpa grave o dolo.

Su questo aspetto un solo breve commento, anche se il tema richiederebbe lunghe e approfondite analisi e considerazioni, peraltro sviluppate in alcuni contributi già pubblicati o che

sicuramente saranno pubblicati da Mecosan, data la sua rilevanza. Se nel concreto prevarranno la logica, gli interventi, le azioni di previsione, prevenzione ed eliminazione delle cause dei rischi (soggettive e organizzative) si avrà un notevole beneficio netto per il sistema. Se, malauguratamente, dovessero prevalere la logica e le azioni «risarcitorie», il sistema entrerebbe in un «circolo vizioso» secondo il quale aumenterebbe la spesa per i risarcimenti che ridurrebbe la disponibilità di risorse da dedicare alla eliminazione dei rischi e a creare maggiore sicurezza.

Sul fronte della qualità gli interventi esplicitamente richiamati erano:

- rapporto di esclusività per i medici responsabili di strutture: misura di cui chi scrive comprende la ratio anche se non la condivide, perché la capacità, la professionalità, la dedizione e l'impegno a dirigere strutture non dipendono da una condizione formale (rapporto di esclusività) e molte volte nemmeno dal tempo passato nelle strutture pubbliche;*
- nomine trasparenti per merito dei Direttori generali, dei responsabili di struttura e dei medici o altri professionisti: principio da sempre e da tutti invocato, ma poi molte volte inapplicato, su cui ci si riserva di ritornare in un prossimo editoriale;*
- rafforzamento della responsabilità, attiva, intesa come maggiori poteri decisionali autonomi sulla organizzazione e il funzionamento, e passiva, intesa come verifica, controllo e valutazione dei risultati: l'analisi del Disegno di Legge evidenzia, peraltro, una complessità nelle procedure di responsabilizzazione, come in quelle della nomina dei Direttori generali e dei «professionisti», che destano non poche perplessità sulla coerenza possibile tra obiettivo dichiarato (del tutto condivisibile) e possibilità reali di conseguirlo.*

Come è logico i temi della sicurezza per il paziente e della qualità dell'assistenza sono strettamente correlati e interdipendenti, il che emerge esplicitamente da una serie di interventi-strumenti che, potenzialmente, agiscono su entrambi i fronti:

- sistema nazionale di valutazione che, prevedendo una molteplicità di aspetti, rischia di dare ragione a chi afferma che «quando si vogliono valutare troppe cose e non si focalizza l'attenzione su alcuni aspetti rilevanti, si finisce per valutare nulla o per dare valutazioni scarsamente significative ed efficaci»;*
- sistema nazionale di linee-guida che ripropone il problema di trovare un accettabile equilibrio tra l'esigenza di tutelare in modo omogeneo la salute dei cittadini italiani (livelli essenziali di assistenza e altri aspetti) e spazio di autonomia delle Regioni, specialmente di quelle che sono più dinamiche o all'avanguardia;*
- introduzione di sistemi di governo clinico (clinical governance) che sottolinea l'esigenza di un maggiore coinvolgimento di chi ha la responsabilità dei processi primari caratteristici (l'assistenza) nel definire le regole di funzionamento delle aziende: tema, anche questo, che presenta molteplici aspetti e che è stato più volte affrontato da Mecosan;*
- sanzioni più rigorose contro le frodi e le truffe a danno del Ssn, interventi che da qualcuno possono essere considerati alla stregua di «grida manzoniane» di fronte alla difficoltà di far applicare norme più semplici in vari comparti della vita sociale e tenendo conto dei pesanti condizionamenti sulla sanità determinati dalla malavita organizzata e dalle varie lobbies che agiscono lungo tutta la filiera della tutela della salute;*
- partecipazione dei cittadini alla valutazione della cura che, potrà essere efficace solo se si realizzerà con rigorosi strumenti idonei ad evitare i rischi di condizionamenti ideologici o di modelli «populistici»;*
- rafforzamento della formazione «sul campo» degli specializzandi, si potrebbe dire in vivo e non in vitro come purtroppo spesso oggi accade per giovani medici che sono poco seguiti nel*

loro processo di specializzazione, salvo poi essere mandati allo sbaraglio, magari in servizi di pronto soccorso senza la necessaria preparazione pratica, oltre che teorica.

Come si è detto, la filosofia e la logica del Disegno di Legge appare condivisibile, anche perché, a quanto risulta, il testo ha recepito le osservazioni e le esigenze delle Regioni, delle aziende sanitarie e ospedaliere, di varie associazioni e sindacati rappresentativi dei medici e altri professionisti, delle maggiori associazioni rappresentative dei pazienti e di vari altri soggetti. Semmai si può dire che il processo di ricerca di un vasto consenso, apprezzabile sul piano del coinvolgimento, ha prodotto un testo che presenta non poche e non marginali contraddizioni e, per molti aspetti, discutibile sul piano della tecnica giuridica, ma anche di quella funzionale in vista della attuazione. Chi scrive da molto tempo sostiene che in una società pluralistica e pluriculturale (aspetto positivo) e frammentata sul piano politico (aspetto negativo particolarmente accentuato nel nostro Paese) non ci si può e non ci si deve attendere una legislazione semplice e coerente. Il suggerimento è quello di affrontare questa situazione non invocando il ritorno ad una era di norme chiare, semplici, lineari e coerenti (meglio se ciò dovesse avvenire per qualche miracolo della storia), ma di cogliere, nell'ambito del coacervo di norme, gli elementi realmente critici e le tendenze strutturali e concentrare gli sforzi attuativi su di essi. Occorre, inoltre, applicare il sano principio di selezione delle priorità e di «fattibilità», ossia di investire intelligenze, impegno, risorse e tempo sulle cose concretamente fattibili in relazione alle condizioni reali in cui si trova il Ssn, l'economia e la società italiana. Anche in questo caso vale uno dei principi fondanti e fondamentali del diritto secondo cui «ad impossibilia nemo tenetur».

Qualsiasi riforma politica o intervento futuro nel campo della tutela della salute si attuerà in un contesto socio-politico ed economico dell'Italia, fortemente condizionato da quello internazionale, nel quale si prospettano due possibili scenari:

a) quello di una differenziazione fisiologica dei livelli e della qualità effettiva di assistenza tra Paesi (disposti a destinare una quota maggiore o minore del loro reddito a questo settore), tra regioni (che interpretano in modo più o meno adeguato il proprio ambito di autonomia), tra gruppi di popolazione (che danno più o meno importanza alla tutela della propria salute rispetto ad altri bisogni);

b) quello invece di una divaricazione crescente tra Paesi, regioni, aree e gruppi di popolazione all'interno dei singoli Paesi che possono accedere a servizi di salute sempre più elevati ed avanzati e quelli che rischiano di vedere addirittura diminuire il livello di assistenza cui hanno accesso effettivo.

Il rafforzamento dei sistemi «a copertura generalizzata» (secondo il modello dei Servizi sanitari nazionali) o quelli di «copertura assicurativa obbligatoria» (come si sta verificando negli USA) porterebbe ad affermare il primo scenario.

L'affermarsi di modelli di privatizzazione sempre più accentuata, specie delle modalità di finanziamento del sistema e di copertura della spesa (come sono decisivi aumenti di copayment nei Servizi sanitari pubblici) favorirebbe l'evoluzione verso il secondo scenario. Peraltro, basta analizzare la situazione di molti Paesi poveri o anche di Paesi emergenti, come Cina, India, Korea del Sud, lo stesso Brasile e la nuova Russia, nei quali si trovano strutture di eccellenza e tra le più avanzate a livello mondiale sul piano scientifico, tecnologico, della qualità di medici, infermieri e altri professionisti, cui però ha accesso una parte assai limitata della popolazione (ovviamente la più ricca e gli stranieri dipendenti delle grandi imprese globali), mentre una parte rilevante della popolazione non ha accesso o ha difficoltà di accesso a cure che nel mondo occidentale sono considerate diritti o bisogni primari della persona.

La tendenza al decentramento-devoluzione alle Regioni deve essere considerata strutturale e irreversibile per lungo tempo, in quanto risponde ad esigenza di qualità dell'assistenza (legata ai cosiddetti fattori «di prossimità» ai bisogni e a chi valuta la risposta), economica (responsabilizzazione sull'equilibrio domanda-offerta e finanziamento-spesa collegati ai differenti livelli di efficienza della Regioni), istituzionale (legata al recupero di un rapporto più diretto tra rappresentati e rappresentanti). In questo contesto, l'evoluzione verso il primo o il secondo scenario dipenderà in misura determinante dalle scelte strategiche sulle politiche della salute e dalla capacità di loro attuazione da parte delle Regioni, delle aziende che ne sono lo strumento attuativo e dalla volontà/capacità di coinvolgere gli enti locali, essenziali nel definire e gestire l'offerta di servizi socio-sanitari, dell'assistenza sul territorio e degli interventi di prevenzione. Sarà, inoltre, fondamentale dare concretezza e strumenti al principio di sussidiarietà con il coinvolgimento di altri soggetti: individui, famiglie, movimenti solidaristi e di solidarietà, imprese (for profit) e imprese sociali (non profit) che gestiscono servizi di tutela della salute o che sono fornitori a vario titolo (farmaci, tecnologie sanitarie, beni di consumo, altri servizi di supporto) del sistema.

Per evitare una evoluzione verso situazioni che rientrano nel secondo scenario (divaricazione socialmente inaccettabile dei livelli di assistenza), occorre intervenire sui seguenti fattori.

Finanziamento. *I trasferimenti da parte dello Stato, a titolo di fondo ordinario, fondo di riequilibrio, ripianamento di disavanzi pregressi, dovranno essere vincolati, per le Regioni che oggi presentano le situazioni più negative sul piano dell'equilibrio economico-finanziario, all'adozione di chiari, decisi e rigorosi strumenti per il controllo della spesa. Questa linea, adottata con la richiesta dei «Piani di risanamento» a sei Regioni italiane con la sanzione del «commissariamento», dovranno prevedere espliciti strumenti di monitoraggio e di accompagnamento. I vincoli di rigore imposti dal livello centrale devono essere definiti, presentati e interpretati come un aiuto ai responsabili a livello politico o manageriale delle Regioni, delle aziende sanitarie, degli enti locali, ad avere maggiore forza rispetto alle esigenze del consenso e ai condizionamenti localistici. In caso di inerzia dei sistemi regionali interessati, il livello centrale deve intervenire tempestivamente in modo deciso per evitare un progressivo degrado della situazione simile a quello che ha portato dal problema «strutturale» dello smaltimento dei rifiuti in Campania, alla «emergenza rifiuti», alla «tragedia dei rifiuti» di dicembre 2007-gennaio 2008.*

D'altra parte, tuttavia, occorre evitare che le Regioni «più virtuose» o quelle che in anni recenti hanno accettato e vinto (almeno per ora) la sfida della razionalizzazione del sistema di offerta o di recupero di più alti livelli di efficienza operativa, in alcuni casi subendo effetti negativi sul piano del consenso e dei conflitti locali, accettino che il collegamento tra livello dei trasferimenti statali e livelli di qualità dell'assistenza, eccellenza delle strutture, livello di efficienza, non porti ad una situazione di «sanità a due (o più) velocità». Sicuramente, vanno perseguite con decisione la logica e le politiche di finanziamento che premiano le Regioni che hanno utilizzato (e utilizzano) l'autonomia in modo maggiormente responsabile e che prestano maggiore attenzione ai risultati di salute e alla dignità (oltre che ai diritti) dei cittadini e penalizzano quelle Regioni che non sono state virtuose, per causa dei vari soggetti che hanno avuto (o hanno) diverse responsabilità nel sistema o per cause esterne dovute ad un non favorevole contesto socio-economico. La criticità nasce dal fatto che è molto più difficile, rispetto ad alcuni anni fa, contemperare concretamente due principi in sé validi e probabilmente logicamente accettati.

Criteri di riparto. *Se il sistema degli indicatori di riparto delle risorse trasferite dallo Stato, sarà tale da accentuare un divario già elevato, ci si evolverà verso il secondo scenario e si avranno Regioni con assistenza qualificabile di livello A, altre di livello B, altre forse di livello C. E all'interno delle stesse Regioni si avranno crescenti divaricazioni tra accessibilità a strutture e servizi di serie A, B, C da parte della popolazione. Richiamando una immagine del mondo automobilistico, le difficoltà nascono dal fatto che a livello di Stato, di Conferenza*

Stato-Regioni, di singole Regioni occorre seguire contemporaneamente e sincronicamente politiche e interventi di «freno» (delle inefficienze, degli sprechi, della erogazione di prestazioni inappropriate, ecc.) e di «accelerazione» (dei processi di riconversione e di comportamenti innovativi).

Accettazione del rischio, senso dell'interesse generale, senso delle istituzioni. Politiche e interventi capaci di sincronizzare azioni di freno e accelerazione possono essere compiute solo da una classe politica che abbia capito e abbia il coraggio di pensare che i processi di razionalizzazione, modernizzazione, innovazione, in sostanza di modifiche anche radicali dello status quo, sono contemporaneamente fonte di rischi sul piano del consenso (è molto diffusa in Italia la convinzione che «chi ha tentato di razionalizzare la sanità abbia avuto effetti negativi sul piano politico»), ma può invece essere anche un volano per acquisire consenso (come dimostrato in alcune Regioni). Poiché i rischi (e gli effetti negativi) sono in genere percepiti con maggiore intensità e si manifestano nel breve periodo, mentre i benefici sono meno immediati e si manifestano nel futuro, si potrà evitare una evoluzione verso lo scenario di crescente divaricazione, solo se la società saprà esprimere una classe politica un po' più «imprenditoriale», cioè disposta ad accettare i rischi (anche di sconfitte elettorali) per perseguire vantaggi di consenso nel medio e lungo periodo congiuntamente ad un maggiore senso di responsabilità nei confronti dell'interesse generale.

Considerazioni analoghe, anche se su piani diversi, valgono per i manager del sistema sanitario (a livello nazionale, regionale, delle aziende, degli enti locali dei settori interessati ai problemi della salute), per i medici e gli altri professionisti.

Se un numero crescente di questi soggetti accetterà di perseguire obiettivi personali (di prestigio, di carriera, economici e anche di potere) congiuntamente a quelli di interesse generale, vi potrà essere una evoluzione verso il primo scenario, quello che prevede differenze fisiologiche e anche positive.

Se ciò non accadrà sarà inevitabile l'evoluzione verso il secondo scenario.

Sussidiarietà e ruolo del privato. La storia ha dimostrato che la riduzione delle differenze sociali ed economiche non può essere imposta con interventi di una «razionalità» o di un potere sovraordinato (democrazie popolari e Paesi a forte intervento statalista). Anzi, ha dimostrato il contrario. Peraltro, anche le teorie o le politiche basate sulla fiducia nella capacità di sviluppo e di autoregolazione del «sistema di mercato» persino in settori di pubblico interesse, come quello della tutela della salute, dopo una fase di potente rafforzamento che ancora caratterizza la realtà di oggi, incominciano a vacillare. Le teorie e le politiche centrate sul forte ruolo dell'interesse individuale e della competizione hanno indubbiamente creato sviluppo e progresso, specie in campo economico e anche in molti settori di interesse pubblico, ma hanno accresciuto anche la polarizzazione e la concentrazione della ricchezza, del potere e, nel settore specifico, dell'accessibilità alle opportunità di tutela della salute che sono senz'altro cresciute.

D'altra parte la stessa interpretazione della sussidiarietà come opposizione tra istituzioni pubbliche e quella che genericamente è stata definita in Italia «società civile» comporta rischi e dimostra grandi limiti. Se il principio, la filosofia, la cultura della sussidiarietà non si trasformeranno nella creazione di «nuove forme organizzative» della società, cresceranno le disparità, tra Paesi, tra aree all'interno dei Paesi e tra gruppi sociali. Ciò porrà problemi di sostenibilità.

Anche il Disegno di Legge sulla qualità e sicurezza della sanità pone il problema di fondo per la società di oggi e del prossimo futuro, quello di una scelta, fondamentalmente etica e morale, tra una società globalmente (e anche mediamente) più ricca ma con disparità sempre più accentuate, e una società con sviluppo meno rapido, ma più sostenibile; tra una sanità più evoluta, ma con livelli di accessibilità molto differenziati, e una sanità a sviluppo tecnolo-

gico meno accentuato, ma con livelli di accessibilità più omogenei per un numero maggiore di persone.

Come l'utopia del socialismo reale e di certe ideologie dell'intervento pubblico di «rendere tutti uguali» o di «dare tutto a tutti» (che la ha caratterizzato anche il mondo della sanità) è fallita, esiste il concreto rischio che falliscano anche le scelte che portano verso un sistema con punte elevatissime di eccellenza per un numero ristretto di persone con un numero crescente di popolazione che magari vede aumentare il livello assoluto di tutela della salute, ma al tempo stesso crescere le differenze.

L'eccellenza, anche dei sistemi di tutela della salute, di alcune Regioni nei confronti di altre, può costituire un potente stimolo alla emulazione positiva e alla diffusione della imprenditorialità, ma può altresì essere il detonatore di conflitti sociali difficilmente governabili.

Diseguaglianze in sanità. Le sfide per il management

CARLO DE PIETRO

A rich literature deals with health inequalities between different socio-economic groups in terms of mortality rates and other solid indicators, some of which are even worsening in many developed countries. Explanations range from differences in access conditions to healthcare services, to psycho-social determinants related to individual or collective behaviors. While Italy suffers a relative weakness of available data, it is nevertheless possible to re-focusing the managerial action in order to reduce inequalities. First, a better knowledge of the phenomenon is required. Second, public health and prevention departments must improve competences in problems identification and priority setting. Third, the favorable institutional framework of the NHS should facilitate network responses. Fourth, information system can strongly improve the patients' relation management. Fifth, management control systems should include indicators on health inequalities.

Keywords: health inequalities, psycho-social determinants of health, disuguaglianze in sanità, determinanti psico-sociali della salute

Ringraziamenti

Si ringraziano molto il professor Jean-Daniel Rainhorn e gli altri partecipanti alla scuola estiva UDEASS, Ascona, 23-27 luglio 2007, dalla quale il presente articolo ha preso spunto. Si ringrazia anche Paolo Tedeschi del CERGAS Bocconi per gli utili commenti fatti a una prima stesura di questo articolo. La responsabilità di quanto scritto rimane, ovviamente, dell'autore

Note sull'autore

Carlo De Pietro, CERGAS, Bocconi, Milano
carlo.depietro@unibocconi.it

1. Introduzione

L'articolo discute i temi delle disuguaglianze in sanità e alcune possibili implicazioni per il management delle aziende sanitarie territoriali italiane. In particolare, il paragrafo 2 illustra i concetti di gradiente sociale e di determinanti psico-sociali della salute, strettamente collegati ai temi della disuguaglianza. Il paragrafo 3 discute alcuni possibili ambiti di azione manageriale utili a gestire tali problemi.

L'obiettivo non è quello di discutere in modo esaustivo l'ampia letteratura scientifica esistente, quanto piuttosto di offrire anche ai non specialisti alcuni spunti di riflessione circa fenomeni la cui rilevanza nei sistemi sanitari maturi è certamente crescente ma che non sembrano aver trovato ancora adeguato spazio nelle analisi di economia e management sanitario.

2. Il dibattito internazionale sulla povertà e sulle disuguaglianze nello stato di salute

Da anni i medici di sanità pubblica assistono ad un aumento delle disuguaglianze nello stato di salute all'interno dei singoli Paesi. Tale andamento si è accompagnato al parallelo venir meno della relazione tra sviluppo economico e miglioramento dei principali indicatori di salute nei Paesi sviluppati, relazione che ha caratterizzato tutta l'epoca moderna e contemporanea, a partire dal controllo delle malattie infettive.

Nel corso del ventesimo secolo la speranza di vita alla nascita è raddoppiata e la mortalità infantile si è ridotta drasticamente. I progressi economici sembravano inevitabilmente capaci di determinare un miglioramento dello stato di salute per tutta la società e i suoi sottogruppi. Recentemente tale rela-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il dibattito internazionale sulla povertà e sulle disuguaglianze nello stato di salute
3. Le sfide per il management del sistema sanitario italiano

zione si è arrestata. La crescita economica non si accompagna più necessariamente a un miglioramento dello stato di salute per tutti i gruppi sociali. Anche guardando alle comparazioni tra le medie dei Paesi, a stesso livello di reddito corrispondono stati di salute molto diversi e, viceversa, a stessi stati di salute corrispondono livelli di reddito molto diversi (WHO, 2007).

In tal senso, la caduta del blocco socialista di fine anni ottanta ha mostrato chiaramente la sempre maggiore importanza di fattori legati alla debolezza del capitale sociale e dei sistemi di protezione sociale di alcuni Paesi particolarmente colpiti. Come sostenuto da diversi osservatori, la caduta del muro di Berlino ha avuto in alcuni Paesi dell'Est conseguenze sanitarie paragonabili a quelle delle guerre mondiali. Nel 2005 la speranza di vita alla nascita per gli uomini russi era di 59 anni: uguale a quella dell'Eritrea, del Laos, della Papua Nuova Guinea e dello Yemen, e minore di quella di tanti Paesi in via di sviluppo quali, tra gli altri, il Bangladesh, la Bolivia o il Nepal (WHO, 2007).

L'emersione dei danni causati da tabagismo, alcolismo, obesità, incidenti di lavoro o stradali, mostra una crescente divaricazione tra quelle che sono le *performance* delle classi sociali più integrate e ricche e quelle delle classi sociali meno favorite. In tale quadro, le definizioni o le misure di povertà assoluta o relativa¹ sembrano incapaci di rappresentare in modo compiuto i bisogni della comunità. Più utile sembra allora rifarsi ai concetti di povertà sociale di Amartya Sen (incapacità o difficoltà di accesso ai servizi sociali essenziali, quali l'istruzione, la sanità, la casa, i trasporti, la protezione sociale, ecc.; Sen, 1973) o di povertà percepita (sentimento soggettivo circa la capacità di soddisfare i propri bisogni o circa la distanza che separa da coloro che sono considerati «non poveri»).

Tale evoluzione ha dato luogo a numerose analisi in molti Paesi e ad un'importante letteratura². Se la descrizione del quadro è sufficientemente compiuta, lo stesso non può dirsi per la sua interpretazione né, soprattutto, per le implicazioni sulle politiche sanitarie, che hanno difficoltà – anche concettuali – nel cambiare orientamenti, obiettivi, traduzioni operative.

2.1. Il «gradiente sociale»

Le disuguaglianze riguardano la probabilità di essere malato, la probabilità che la malattia sia grave o disabilitante, la probabilità di morire³. Ciò è vero per gran parte delle malattie e delle cause di morte. Tali disuguaglianze sono in genere più marcate tra bambini e giovani adulti, meno tra anziani e adolescenti (è cioè la famiglia nelle sue funzioni di riproduzione sociale che risente maggiormente dell'appartenenza alle classi sociali). Esse sono maggiori per gli uomini che per le donne.

I fattori che ritornano costantemente quali marcatori tra gruppi sociali e capaci di predire lo stato di salute sono il livello d'istruzione, il livello di reddito, il tipo di lavoro (fattori tra loro correlati).

Uno dei primi rapporti a mettere in evidenza la relazione tra le disuguaglianze sanitarie e quelle sociali è stato il rapporto Black del 1979, presentato dall'allora ministro della sanità laburista del Regno Unito (Black *et al.*, 1980; Townsend, Davidson, 1982)⁴⁻⁵. Si tratta di un punto fermo per tale filone di studi, poi sviluppato da Michael Marmot e Richard Wilkinson a partire dagli anni ottanta (Marmot, Wilkinson, 1999; Wilkinson e Marmot, 2004) e ripreso infine in modo esplicito nelle politiche sanitarie di alcuni Paesi, quali il Canada (ad esempio, per il Québec, DCMSSS, 2007), il Regno Unito (Acheson, 1998; DOH, 2003), i Paesi Bassi (HRDCN, 2001), la Svezia (Ostlin, Diderichsen, 2000), la Francia (HCSP, 1998 e 2002) negli anni novanta. Da ultimo, la lotta contro le disuguaglianze socio-sanitarie diviene obiettivo della stessa OMS, con l'istituzione di un'apposita commissione sulle determinanti sociali della salute presieduta dallo stesso Marmot (www.who.int/social_determinants).

Uno dei principali assunti di tali analisi è che molti sistemi pubblici di protezione sociale e sanitaria nei Paesi occidentali siano troppo orientati a offrire un servizio uniforme e universalista ai propri assicurati/cittadini e non siano invece altrettanto capaci di sviluppare politiche orientate a specifici gruppi sociali. In altre parole, i sistemi sanitari perseguono uniformità *negli input* e *nei processi assistenziali* più che *nei risultati* in termini di *output* e, soprattutto di stato di salute complessivo. Come afferma un recente

documento del governo britannico, «there is a growing recognition that “one size doesn’t fit all” and that national standards need to support a mix of local services to meet a diversity of local need» (DOH, 2003: 3).

Le evidenze di tale sensibile «gradiente sociale» – e cioè delle differenze legate all’appartenenza a gruppi sociali più o meno favoriti – riguarda tutti i Paesi, anche quelli con una tradizione di sistemi sanitari pubblici forti.

In Francia un rapporto dell’*Haut Comité de Santé Publique* pubblicato nel 1998 (HCSP, 1998) ha trovato che tra le dieci categorie socio-professionali in cui era suddivisa la popolazione, la probabilità di decessi in età compresa tra i 35 e i 60 anni era del 6,9% per gli insegnanti ma del 25,4% per i lavoratori manuali (con un rapporto di quasi 1 a 4) e la speranza di vita a 35 anni di età era di 43,2 anni per i primi contro i 35,3 anni per i secondi, con una differenza di otto anni di vita attesa tra le due categorie. Ancora, nel 1995 i neonati prematuri erano il 4,5% dei nati di genitori appartenenti alla classe dei dirigenti e delle professioni intellettuali, contro il 12,0% dei nati di genitori senza lavoro. E la stessa obesità è assai più frequente tra le classi meno favorite: essa riguarda lo 0,7% della popolazione appartenente alla classe socio-professionale dei dirigenti e il 7,4% degli operai non qualificati (HCSP, 2002).

Nel Regno Unito il tasso di mortalità per cancro ai polmoni tra gli uomini di età compresa tra i 20 e i 64 anni nel 1991/93 era di 17 per milione per la classe sociale «I – Professional» e di 82 per la classe sociale «V – Unskilled». Di più, tali differenze si sono acuite nel tempo (nel 1970/72 i tassi per le due classi sociali erano rispettivamente di 41 e 109 per milione). Un altro caso di evidente peggioramento del divario sociale riguarda le cardiopatie ischemiche. Nel 1970/72, fatto 100 il tasso di mortalità medio dell’intera popolazione, quello della classe «I – Professional» era di 90 e quello della classe «V – Unskilled» di 110; nel 1991/1993 i tassi erano rispettivamente 60 e 180. Ancora, la **figura 1** mostra come in Inghilterra e Galles il tasso di mortalità tra gli uomini in età lavorativa ha visto un costante aumento del divario tra classi sociali: se nel 1930/32 la mortalità della classe «V – Unskilled» era 1,2 volte maggiore che per la classe «I – Professional», nel 1970/72 il rapporto era di 1,7 volte e nel 1991/93 di 2,9 volte (DOH, 2003: 7)⁶. Infine, nel 1997/99 la speranza di vita alla nascita maschile in Inghilterra e Galles era di 71 anni per la classe «V – Unskilled» contro i 79 anni per la classe «I – Professional», con uno scarto di ben otto anni (Donkin *et al.*, 2002).

Infine, i dati relativi agli Stati Uniti sono particolarmente allarmanti. In particolare,

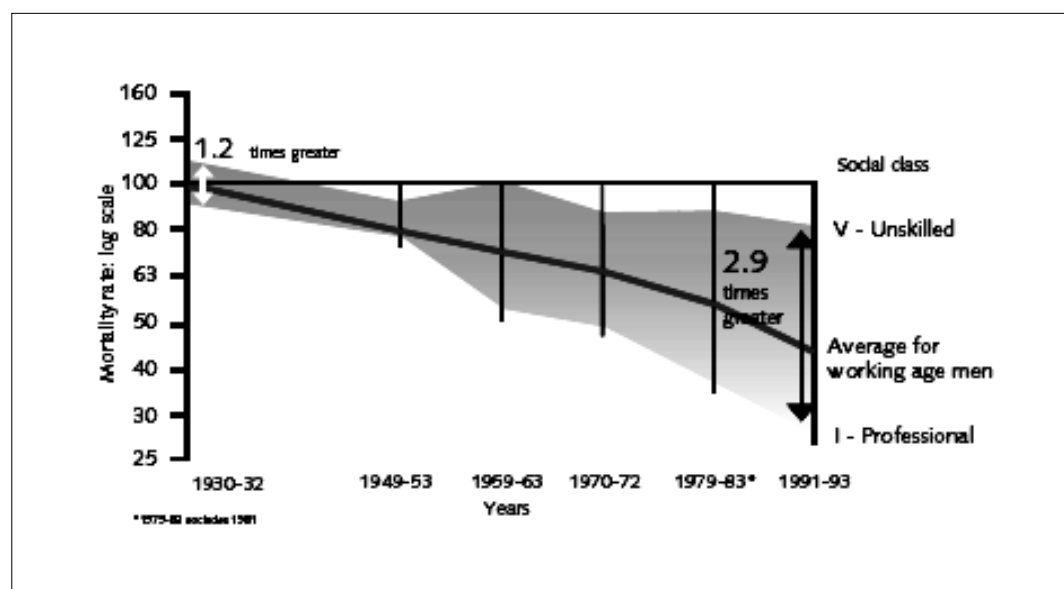


Figura 1

Il «gradiente sociale»: il crescente divario nei tassi di mortalità tra classi sociali in Inghilterra e Galles
Fonte: Department of Health (2003, 7)

nel 2002 il tasso di mortalità infantile ha visto un peggioramento per la prima volta da più di quaranta anni (OECD, 2006). La mortalità infantile media negli Stati Uniti è da sempre maggiore della media OCSE, con tassi più che doppi rispetto a quelli svedesi o giapponesi e maggiori di circa il 60% rispetto a quelli italiani negli ultimi anni⁷. Ma il peggioramento del 2002 ha provocato un vero e proprio sussulto all'interno della comunità scientifica, abituata a vedere scendere costantemente i tassi di mortalità infantile nei Paesi non colpiti da guerre, turbolenze politico-istituzionali, carestie.

Come ricordato sopra, la crescita del divario nelle condizioni di salute tra classi svantaggiate e classi favorite è fenomeno comune a gran parte delle società avanzate negli ultimi decenni. In genere però gli indicatori di salute migliorano per tutte le classi sociali e il crescente divario è spiegato dalla diversa velocità del miglioramento tra le diverse classi sociali. In altri Paesi i tassi medi complessivi migliorano, anche se a volte nascondono un peggioramento per le classi meno favorite. È il caso ad esempio del Regno Unito, dove la mortalità infantile per il quintile più povero delle famiglie peggiora dal 2001. Negli Stati Uniti invece la divaricazione è stata tale che il peggioramento della mortalità infantile per le classi sfavorite ha più che compensato il miglioramento in quelle più favorite, comportando una riduzione del tasso medio relativo all'intera popolazione.

2.2. Le determinanti psico-sociali della salute

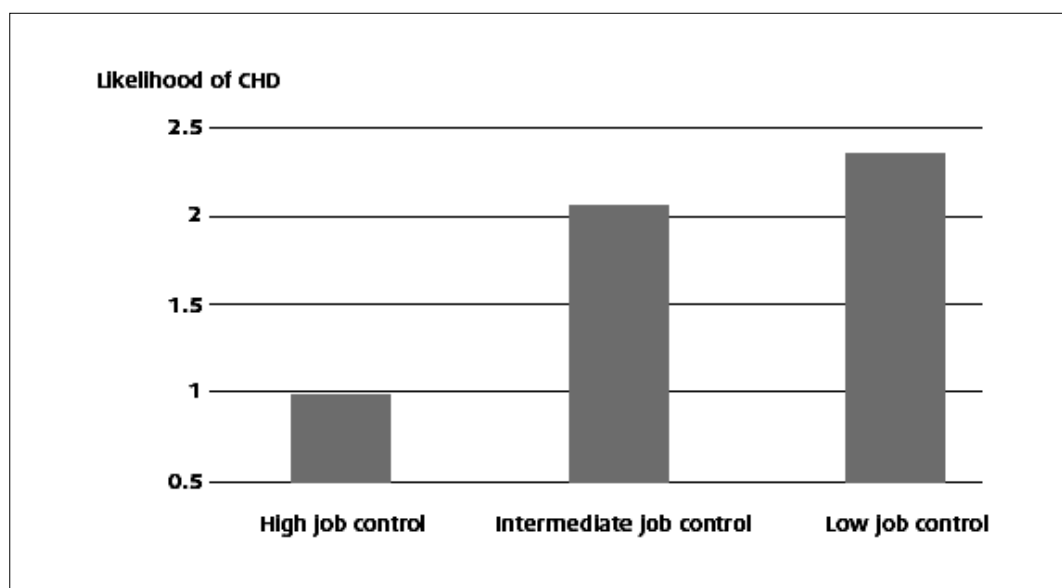
Le spiegazioni del «gradiente sociale» sono numerose e il dibattito è ancora aperto. In ogni caso, sembra esserci concordanza nell'attribuire grande importanza ai determinanti psico-sociali della salute, quali la stima di sé, la sensazione di riuscire a gestire la propria vita, l'autonomia decisionale nel proprio lavoro, la forza dei legami sociali. Si tratta di fattori che, con la progressiva sparizione delle malattie infettive e di altre importanti cause di morte, emergono come aspetti centrali per la salute nelle società evolute e, quindi, per i sistemi sanitari del futuro.

Uno studio che ha illustrato in modo estremamente efficace l'impatto di tali fattori è il cosiddetto *Whitehall study*, che in realtà

si distingue in un *Whitehall study I* partito nel 1967 e in un *Whitehall study II* partito nel 1985 (Marmot *et al.*, 1978; North *et al.*, 1993; Marmot *et al.*, 1997; Marmot, 2004). Lo studio ha seguito nel tempo l'evoluzione dello stato di salute di 12.000 funzionari pubblici inglesi residenti in ambiente urbano di sesso maschile⁸, registrando le varie cause di morte. Distinguendo quattro livelli gerarchici, esso ha mostrato che il rapporto tra i tassi di mortalità in età 40-64 anni del livello gerarchico più alto («Administrators») e del livello più basso («Other») era di circa 4 a 1 (Ferrie, 2004: 5). Le determinanti psico-sociali evidenziate nello studio erano la gerarchia lavorativa, il controllo del proprio lavoro, l'organizzazione del proprio tempo, l'autostima, la stima ottenuta dagli altri. Al contempo, il personale esecutivo mostrava maggiori tassi di obesità e tabagismo, meno svago ed esercizio fisico, maggiore incidenza di malattie minori, maggiore prevalenza d'ipertensione.

In particolare la **figura 2** compara l'incidenza di infarti in tre gruppi di funzionari del *Whitehall study II* distinti in base a come giudicano il controllo sul proprio lavoro (per coloro che dichiarano di avere un alto grado di controllo sul proprio lavoro l'incidenza è posta pari a 1): le persone con controllo medio o basso hanno probabilità d'infarto almeno doppie di chi dichiara alto grado di controllo⁹.

Il dibattito sulle determinanti psico-sociali della salute è stato particolarmente vivace a seguito della caduta del muro di Berlino. Dal momento della costituzione dell'Unione Sovietica le condizioni di salute della popolazione erano migliorate in modo particolarmente marcato, tanto da recuperare gran parte del ritardo sull'Europa occidentale (negli anni sessanta la speranza di vita alla nascita per gli uomini era di cinque anni più bassa che nella media dell'Europa occidentale). Ma a partire da metà anni settanta tale recupero si era arrestato così come la crescita della speranza di vita alla nascita. La situazione sanitaria mostrava segni di regresso già nei primi anni ottanta, con una stagnazione della mortalità infantile, un aumento della mortalità maschile per incidenti e violenze, un progressivo degrado dei servizi sanitari. Come conseguenza, la speranza di vita per gli uomini aveva cominciato a regredire. Il

**Figura 2**

I fattori psico-sociali: l'impatto del controllo sul proprio lavoro e la probabilità di infarto miocardico

Fonte: Ferrie (2004, 7)

periodo della *perestroika* e alcune misure di sanità pubblica avevano portato ad una momentanea ripresa dell'aumento della vita media, che si è interrotta però col tracollo del sistema politico ed economico.

L'impovertimento di gran parte della popolazione, l'esplosione di comportamenti a rischio, di fenomeni di violenza e della criminalità, la drastica riduzione delle misure di vaccinazione e la conseguente ripresa delle malattie infettive (Atun, 2005) hanno portato ad una riduzione della speranza di vita maschile dei russi da 64 anni (metà anni settanta) a 57 anni (metà anni novanta) e si sono accompagnati ad un aumento della mortalità infantile che era arrivata a superare il 20%. Si tratta di una regressione senza precedenti per un Paese non soggetto a epidemie o guerre, che ha riportato la situazione sanitaria della popolazione indietro di decenni.

La dinamica molto diversa mostrata dai singoli Paesi dell'ex blocco orientale mostra la rilevanza delle condizioni psico-sociali della popolazione, oltre che di quelle politiche ed economiche. Quello che era il centro dell'impero – Russia ed Ucraina in primo luogo – ha sofferto l'impatto più negativo in termini di salute. Al contrario, i Paesi capaci di agganciarsi a progetti di apertura e integrazione politica con l'Europa occidentale e che hanno almeno in parte vissuto il tracollo sovietico come opportunità storica per

riacquistare autonomia e riappropriarsi del proprio futuro, hanno mostrato significativi miglioramenti dei principali indicatori di salute.

Infine, è utile osservare come il gradiente sociale persista anche in tali situazioni. L'aumento della mortalità maschile negli anni novanta in Russia è stato maggiore nelle classi socio-economiche più sfavorite – e l'alcolismo ne è stato una delle principali cause – mentre non sembra esserci stato alcun aumento della mortalità tra gli uomini con istruzione universitaria (Plaviski *et al.*, 2003).

Le determinanti psico-sociali portano a ipotizzare una relazione positiva tra grado di disuguaglianza nella distribuzione del reddito, deterioramento del capitale sociale e peggioramento dello stato di salute della popolazione. Se così fosse, la crescente concentrazione della ricchezza¹⁰ che ha caratterizzato molti Paesi occidentali negli ultimi venticinque anni porta a prevedere un peggioramento degli indicatori di salute (Rainhorn, Burnier, 2001).

2.3. Responsabilità individuali e collettive

Le pagine precedenti pongono con forza la necessità d'interrogarsi circa potenzialità e limiti delle politiche di salute pubblica. «Se l'assistenza medica può prolungare la vita

e migliorare le diagnosi nei casi di malattia grave, un [altro] fattore risulta più importante per la salute della popolazione nel suo insieme: il contesto sociale ed economico che è la causa profonda delle malattie e della necessità di assistenza sanitaria» (Wilkinson, Marmot, 2004: 7; T.d.A.). Ciò ad esempio pone la questione se un intervento di politica sanitaria efficace debba essere promossa e gestita da un ministero della sanità o se invece non sia preferibile rafforzare le competenze sanitarie negli altri dicasteri che hanno impatti rilevanti sulla salute (istruzione, trasporti, ambiente, lavoro, sport, politiche abitative, ecc.).

Il problema è che la rilevanza dei fattori psico-sociali è un dato di fatto, ma accertare le loro relazioni di causalità con lo stato di salute rimane oltremodo complicato. Le politiche sanitarie devono basarsi su prove scientifiche chiare, ma le determinanti psico-

sociali per loro natura sfuggono a relazioni deterministiche. Esse, infatti, si sviluppano insieme alle condizioni di vita e di lavoro delle persone, ai loro comportamenti sociali e individuali.

Rimane tuttavia l'evidenza di una forte relazione tra appartenenza a particolari classi sociali e condizione di salute, che il più delle volte innescano circoli viziosi (l'appartenenza a classi sociali deboli implica peggiori condizioni di salute che, a loro volta, implicano minori possibilità di inserimento sociale e successo lavorativo). Di più, tali differenze spesso si perpetuano all'interno dei nuclei familiari e tra generazioni, riproducendo le condizioni per la loro persistenza. È il caso dei familiari obesi o fumatori, che il più delle volte non costituiscono esempi negativi (da non imitare) all'interno del gruppo familiare, ma contribuiscono al contrario a far percepire il fumo e il mangiare non sano come stili di vita ordinari e quindi non a rischio. Ad esempio le gravidanze portate avanti in condizioni sociali deboli – caratterizzate da squilibri nutrizionali, stress, tabagismo, tossicomania o alcolismo, assenza di esercizio fisico e insufficienza di cure prenatali – possono nuocere allo sviluppo del feto e, quindi, allo stato di salute del nascituro nel corso della sua vita, per esempio aumentando il rischio di diabete, come mostrato nella **figura 3**.

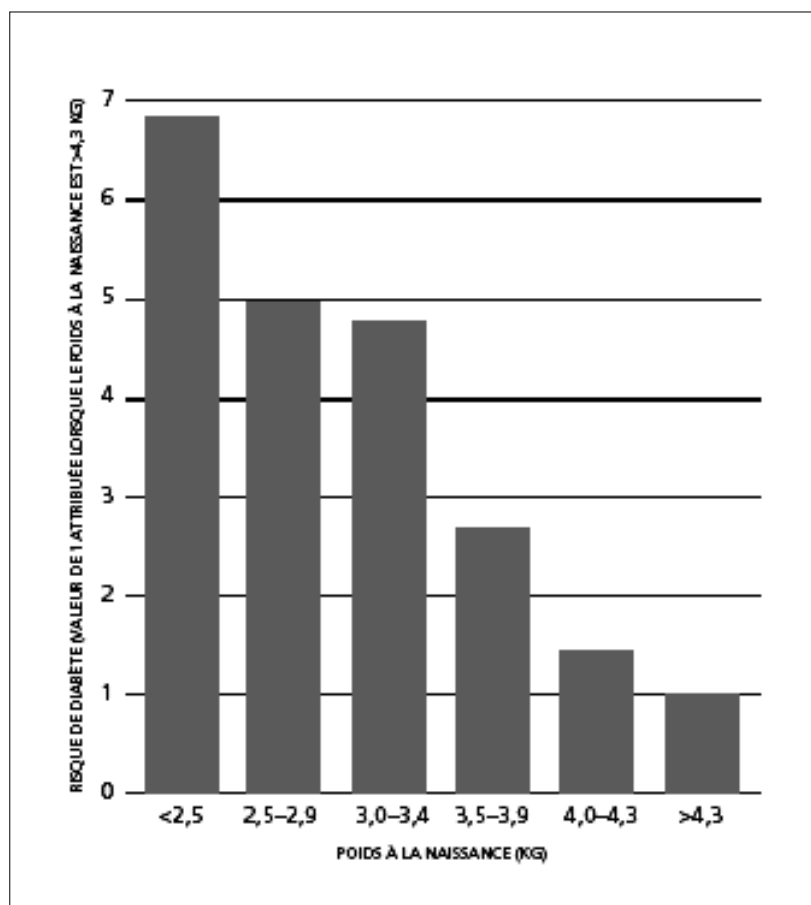
Tale ultimo esempio mette in evidenza i nodi critici per le politiche sanitarie pubbliche. Essi sono fondamentalmente legati alla difficoltà di distinguere tra responsabilità individuali e collettive. Le condizioni economiche e sociali di vita della famiglia infatti sono al contempo frutto di condizionamenti sociali subiti e di scelte individuali consapevoli. E l'interpretazione che le diverse comunità politiche danno di tali responsabilità – attribuendole più agli individui o alla società – influisce profondamente sulle politiche sanitarie che decideranno di adottare.

Se ci rifacciamo alle diverse determinanti di salute¹¹, è possibile sostenere che nei Paesi occidentali tante cause di malattia legate all'ambiente fisico e ai fattori biologici sono state eliminate o controllate. Altrettanto, notevoli progressi sono stati ottenuti grazie a servizi sanitari sempre più socializzati e sofisticati. In tale situazione emerge allora sempre più chiaramente l'impatto degli stili di vita e dei comportamenti individuali, rispetto

Figura 3

La trasmissione di problemi sanitari tra genitori e figli: il rischio di diabete negli uomini di 64 anni in funzione del peso alla nascita(*)

Fonte: Wilkinson, Marmot (2004, 16)



(*) Dati aggiustati sull'indice di massa corporea.

ai quali le politiche sanitarie tradizionali non sembrano adeguatamente attrezzate.

Si consideri ad esempio la **figura 4**, che riporta la prevalenza dei bevitori a rischio¹² tra gli adulti italiani, classificando la popolazione in base al titolo di studio. È facile osservare come si tratti di un comportamento rispetto al quale nel nostro Paese la politica, l'organizzazione dei servizi sanitari e i professionisti che vi operano mancano persino di opinioni univoche circa i livelli di rischio per la salute, e la comunicazione pubblica risulta di conseguenza «cacofonica». Di più, l'esempio rende evidente l'intreccio difficilmente districabile tra determinanti e responsabilità sociali da un lato, e scelte e responsabilità individuali dall'altro. In ogni caso, anche in questo esempio il gradiente sociale risulta chiaro e crescente nei dodici anni considerati¹³.

3. Le sfide per il management del sistema sanitario italiano

Gradiente sociale e determinanti psicosociali costituiscono una oggettiva sfida non soltanto per gli specialisti di sanità pubblica ma anche per il management del Ssn e, segnatamente, delle aziende sanitarie territoriali. Per meglio focalizzare gli ambiti di azione disponibili al management è però utile partire da un sintetico richiamo di alcune caratteristiche del Servizio sanitario nazio-

nale rilevanti per i temi delle disuguaglianze, con riferimento ai tre momenti centrali dell'evoluzione del sistema, corrispondenti all'istituzione del Ssn, ai decreti di riforma del 1992-'93 e alla spinta verso una maggiore regionalizzazione degli ultimi anni.

3.1. La storia e le caratteristiche del sistema sanitario italiano

L'universalismo del 1978

Con l'istituzione del servizio sanitario nazionale (L. 833/1978) l'Italia si dota di un sistema sanitario pubblico che riconduce sotto un unico ente (la Usl) l'insieme delle responsabilità e dei servizi sanitari, lungo l'intera filiera prevenzione-diagnosi-cura-riabilitazione. Pur se con alcuni ambiti di criticità strutturali – ad esempio nell'integrazione coi servizi sociali erogati dai Comuni – si tratta di un *grado d'integrazione* che non ha uguali in gran parte dei sistemi sanitari pubblici occidentali e che interpreta in modo estensivo la responsabilità di tutelare la salute della popolazione residente, non limitandosi alla sola erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura, ma abbracciando invece la sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, l'igiene animale, ecc. In altri termini, si può affermare che il disegno istituzionale del Ssn è fortemente permeato da preoccupazioni di salute pubblica, attente a creare condizioni

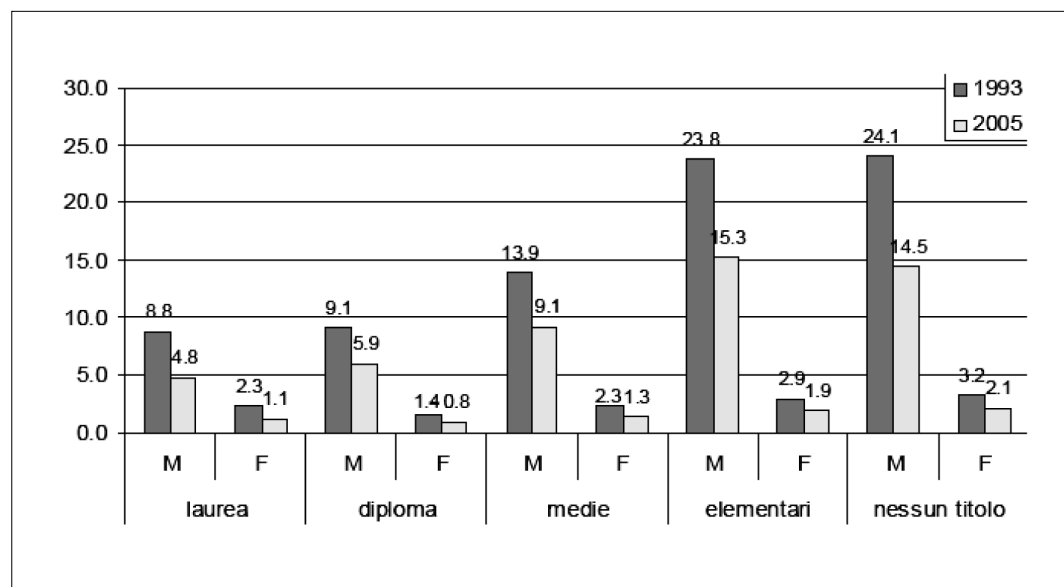


Figura 4

Responsabilità individuali e collettive: consumatori di almeno ½ litro di vino al giorno in Italia per titolo di studio (popolazione < 18 anni; Istat 1993-2005), in percentuale
Fonte: Voller, Orsini (2006) su dati indagini multiscopo sulle famiglie Istat 1993-2005

sociali salutarie, e non solo a rispondere con prestazioni diagnostiche e terapeutiche ai bisogni del singolo paziente.

Una seconda caratteristica chiave del Ssn è data dall'*universalismo* e dalla *gratuità dell'accesso* (almeno come principio generale), insieme al finanziamento del sistema attraverso fiscalità generale basata su criteri di progressività. Ciò comporta un aiuto implicito a favore dei gruppi sociali economicamente meno avvantaggiati, che potranno beneficiare dei servizi pubblici in base ai propri bisogni di salute, pur contribuendo al loro finanziamento meno delle classi più abbienti. A sua volta, e per collegarci al tema del gradiente sociale, è chiaro che l'accesso generalizzato e gratuito all'assistenza sanitaria costituisce – con effetti positivi – una delle determinanti sociali della salute¹⁴.

Terzo aspetto, tra gli obiettivi della riforma del 1978 c'era senz'altro quello di *ridurre le differenze territoriali*, specie lungo l'asse Nord-Sud del Paese. Ciò ha nei fatti portato ad investimenti accelerati nelle Regioni meridionali, che hanno progressivamente ridotto – anche se non del tutto – il *gap* infrastrutturale e nell'offerta di servizi rispetto al Nord.

L'aziendalizzazione dei primi anni novanta

Con le riforme dei primi anni novanta (D.L.vo 502/1992 e D.L.vo 517/1993) le Usl trasformate in Asl (o Aziende ospedaliere) acquistano maggiore autonomia gestionale.

La cosiddetta «aziendalizzazione» riafferma la responsabilità delle aziende sanitarie pubbliche e dà la possibilità di una migliore coerenza tra le condizioni politiche, culturali, ambientali ed epidemiologiche locali e le scelte definite dall'azienda sanitaria locale. Oltre alla maggiore conoscenza diretta del contesto locale di cui è portatore il management delle Asl, essa è comunque rinforzata dal ruolo riconosciuto dalla normativa agli enti locali, in particolare attraverso la Conferenza dei sindaci, che influiscono anche esplicitamente sulle principali decisioni di politica sanitaria a livello locale. E quella conoscenza si traduce poi spesso in documenti di ricognizione epidemiologica quali, ad esempio, il «Profilo di salute della popolazione» prodotto da alcune Aziende, la prima parte dei Piani attuativi locali in altre, ecc.

Inoltre, la maggiore autonomia di gestione dovrebbe aumentare la flessibilità con la quale le Aziende possono concentrare risorse e attenzioni sui temi che a loro sembrano più urgenti o importanti. Per tutte queste ragioni, le Asl sembrano avere – rispetto alle Usl – la possibilità di azioni più mirate per tentare di ridurre il gradiente sociale o per governare i fattori psico-sociali.

Dall'altra parte però – e in senso potenzialmente problematico – il rafforzamento dell'autonomia aziendale, se non accompagnato da sistemi di coordinamento efficaci a livello regionale o nazionale, può restringere troppo la visuale della singola Azienda o impedire un'adeguata analisi di fenomeni che possono trarre vantaggio dal confronto o dalla collaborazione interaziendale.

La regionalizzazione dei primi anni duemila

Una svolta importante per il Ssn è stata quella della progressiva *devoluzione* delle responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione alle Regioni, che ha visto un'accelerazione alla fine degli anni novanta. Di nuovo, uno degli obiettivi dichiarati di tale regionalizzazione è quello di avvicinare le risposte sanitarie ai bisogni. Da ciò dovrebbe a prima vista derivare una più facile presa in carico dei problemi discussi alle pagine precedenti.

In realtà, a guardare meglio, la riduzione del gradiente sociale passa per una sua diagnosi e questa, a sua volta, passa per una capacità che, all'interno di un determinato contesto territoriale, la Asl o la Regione mostrano di avere nel riconoscere e gestire le differenze nei bisogni e nello stato di salute dei suoi gruppi sociali. Ciò significa che la regionalizzazione, sebbene possa aiutare, non garantisce di per sé una maggiore attenzione ai temi del gradiente sociale.

Infine, un fenomeno strettamente collegato ai temi delle disuguaglianze in sanità riguarda la forte immigrazione vissuta dall'Italia negli ultimi anni (Istat, 2007b). Se fino a poco tempo fa le condizioni e le necessità delle popolazioni locali potevano essere ipotizzate come culturalmente omogenee, oggi ciò non è più vero, almeno per la rapidità e i volumi dei recenti flussi migratori. In altre parole, l'immigrazione aggiunge una dimensione ulteriore al tema delle disuguaglianze in sanità,

che probabilmente non saranno più legate per gran parte al gradiente «verticale» povero/ricco, avvantaggiato/svantaggiato, ma potrebbero essere legate anche a una differenziazione «orizzontale» determinata dalle diverse culture di origine.

3.2. Le risposte manageriali alle disuguaglianze

Il management delle aziende sanitarie italiane ha a disposizione analisi simili a quelle richiamate nelle pagine precedenti o che comunque possono essere la base su cui sviluppare politiche di sanità pubblica (cfr. ad esempio Costa, Faggiano, 1994; Costa, Spadea, 2004; Aa.Vv., 2006; Buiatti, Voller, 2006; e, naturalmente, le indagini Istat relative ai consumi delle famiglie, alle condizioni di accesso ai servizi sanitari, al consumo di alcol, alla pratica sportiva, ecc.).

Ciò nonostante, i temi del gradiente sociale e delle determinanti psico-sociali il più delle volte non sembrano tra le priorità dei documenti aziendali di pianificazione pluriennale e di programmazione attuativa.

Anche riconoscendo le difficoltà concettuali e operative che la questione dell'equità pone, i punti richiamati nei paragrafi che seguono provano a indicare alcuni ambiti di azione concreti a disposizione del management del Ssn per conoscere e provare a ridurre i problemi discussi nel presente articolo.

In generale, è in ogni caso necessario sottolineare come, per affrontare le disuguaglianze in sanità, occorra passare da un atteggiamento *reattivo* dei servizi sanitari a un'assistenza *proattiva* o *di iniziativa*, capaci di verificare comportamenti, condizioni di vita e bisogni di salute di *specifici target di popolazione* e relativamente a *specifici problemi o stati di salute*.

La rete dei servizi sanitari

L'assetto istituzionale del Ssn con la sua articolazione in Asl favorisce l'integrazione dei servizi sanitari, poiché molti di loro sono erogati all'interno di uno stesso soggetto giuridico. In altre parole, nell'ambito delle Asl l'integrazione tra i servizi non richiede rapporti di collaborazione interaziendale o scambi sul mercato ma dovrebbe invece es-

sere risolta dall'organizzazione infra-aziendale e dalla sua gerarchia.

Ciò detto, almeno tre fattori concorrono in realtà a sgranare sempre più i percorsi di cura lungo una pluralità di soggetti giuridici erogatori:

- la crescente specializzazione delle conoscenze cliniche e assistenziali, che tende a riflettersi in una parallela specializzazione del sistema delle aziende, meno capaci di un tempo di offrire prestazioni specialistiche su tutte le discipline o le fasi del percorso di cura;

- l'*empowerment* degli utenti che dispongono di maggiore informazione¹⁵, maggiore autonomia e, quindi, sono portati a considerare una gamma più ampia di professionisti o strutture sanitarie quali potenziali erogatori di servizi e risposte ai propri bisogni di salute;

- allo stesso modo, la riduzione dei costi della mobilità allarga la rete delle conoscenze e il bacino territoriale di riferimento rispetto al quale i pazienti selezionano i propri fornitori.

È evidente quindi che le logiche di rete (Lega, 2002; Longo, 2005), oltre ad essere centrali per l'efficacia dei percorsi di cura, lo siano anche per intervenire sul gradiente sociale e, a maggior ragione, sulle determinanti psico-sociali della salute. Allo stesso modo, risulta chiaro che gradiente *sociale* e determinanti psico-*sociali* rendono evidente l'utilità di una stretta integrazione coi servizi sociali dei Comuni e quindi con (almeno) un altro soggetto giuridico, diverso dalla Asl.

Il governo delle reti dei servizi sanitari e sociosanitari può essere accompagnato e supportato in modo importante dallo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (Buccoliero *et al.*, 2005). In particolare, si tratta di potenziare logiche concettualmente simili a quelle sviluppate nei decenni scorsi dalle imprese coi sistemi di *customer relation management* (o CRM), concetto spesso adattato alla sanità con l'espressione *patient relation management*. Nonostante la potenziale utilità di un sistema capace di offrire alle Asl un quadro completo dei consumi individuali (e quindi indirettamente degli stili di vita, dei rischi e dei bisogni sanitari) dei propri assistiti, gli investimenti, il grado di sviluppo e

il grado di utilizzo di tali sistemi sembrano rimanere oltremodo carenti. Se ci limitiamo ai soli servizi sanitari, la centralità dell'Asl – erogatrice diretta dei servizi o comunque acquirente-finanziatrice dei servizi che i propri iscritti ottengono da altre aziende – costituisce un'occasione formidabile per sviluppare sistemi di CRM e pone il sistema sanitario italiano in posizione di invidiabile vantaggio rispetto a gran parte degli altri Paesi che occorre valorizzare opportunamente¹⁶.

Infine, un meccanismo operativo che può migliorare l'orientamento e la capacità di presa in carico dei pazienti difficili o difficilmente riconducibili a uno specifico servizio o specialista, è rappresentato dalle varie forme di unità di valutazione multidimensionale, ovvero dal tentativo d'inquadramento e presa in carico del paziente mediato da un *team* multidisciplinare in grado di ponderare il bisogno socio-sanitario *ex-ante* rispetto al processo assistenziale. Soluzioni simili sono ancora diffuse a macchia di leopardo nei distretti delle Asl italiane e certamente la variabilità, che si riscontra nella composizione delle unità di valutazione multidimensionale e nella quota di popolazione presa in carico, è tale da fare ipotizzare spazi di sviluppo e miglioramento ancora importanti.

Il dipartimento di igiene e prevenzione e le cure primarie

La riduzione del gradiente sociale e il governo dei fattori psico-sociali passano necessariamente da azioni di sanità pubblica che nelle Asl sono responsabilità primaria dei dipartimenti di igiene e prevenzione, dei servizi di assistenza primaria, dei dipartimenti di salute mentale.

A tale proposito i piani di azione cruciali sembrano riguardare:

- una conoscenza più sistematica dei bisogni di salute delle diverse classi sociali, anche attraverso ricerche *ad hoc*, eventualmente svolte in collaborazione con enti locali, enti pubblici di ricerca, ecc.;
- un'azione di comunicazione sanitaria volta a ridurre le asimmetrie informative esistenti tra popolazione/pazienti e professionisti sanitari, così da perseguire un *empowerment* dei pazienti correttamente informato.

Se del primo punto si è almeno in parte già detto, è appena il caso accennare alla sostanziale debolezza dei sistemi di educazione e comunicazione sanitaria da parte di molte Asl e di molti dipartimenti di igiene e prevenzione. Questi ultimi in particolare il più delle volte promuovono numerose iniziative di comunicazione sanitaria che però spesso risultano legate agli interessi di singoli professionisti, frammentarie e poco visibili oppure, in altri casi, sembrano limitarsi alle sole attività richieste espressamente dalla normativa. La necessità sembra allora quella di sviluppare competenze e processi di *priority setting* efficaci, per poi identificare indicatori appropriati e avviare quindi le azioni di comunicazione e di prevenzione più adatte, come detto anche nel punto che segue.

La programmazione e il performance measurement

La pianificazione strategica, i sistemi di *budget* interni e gli accordi con i Mmg, così come i sistemi informativi attualmente in uso nelle aziende, non sembrano affrontare adeguatamente i temi del gradiente sociale e delle determinanti psico-sociali.

In particolare, questi dovrebbero essere più presenti nei documenti di pianificazione e programmazione delle Asl, accompagnandosi a impegni concreti e indicatori facilmente verificabili¹⁷.

Allo stesso modo, i sistemi di programmazione e controllo sono chiamati a sviluppare indicatori rilevanti per i temi qui discussi e integrarli compiutamente negli obiettivi di *budget* di distretti, dipartimenti per la salute mentale, dipartimenti di igiene e prevenzione, servizi dipendenze, dipartimenti delle cure primarie, servizi per l'assistenza socio-sanitaria integrata, ecc. Più in particolare, i sistemi di *performance management* dovrebbero rispondere ai seguenti criteri:

- prendere esplicitamente in considerazione pochi e importanti aspetti di salute sensibili ai divari nel gradiente sociale;
- usare quindi indicatori che possano essere riferiti alle diverse classi sociali, anche la disponibilità di informazioni e dati presso l'Asl o presso altri enti pubblici o privati;
- prediligere analisi statistiche e indicatori relativi alla distribuzione delle grandezze

oggetto di misurazione, più che ai loro valori medi;

– definire obiettivi esplicitamente riferibili alla riduzione della dispersione e delle divergenze nei comportamenti a rischio, nello stato di salute, ecc.

Si tratta evidentemente di misure che richiedono di passare da una conoscenza amministrativa dell'assistito ad una fotografia delle co-morbilità individuali e familiari e quindi verosimilmente dei bisogni complessivi, il che richiede non solo l'aver coscienza di tali problemi, ma anche avere competenze e incentivi adeguati a passare da sistemi di programmazione e controllo standard e oramai rodati a sistemi di rilevazione, segmentazione, simulazione e monitoraggio dei bisogni per gruppi sociali o per tipologia di problemi.

La gestione dei gruppi sociali difficili

Un ultimo aspetto riguarda gli aspetti di organizzazione del lavoro e delle competenze degli operatori.

Gran parte dei servizi sanitari sono tradizionalmente organizzati per dare risposte ai singoli individui (assistenza per acuti) o a gruppi di popolazione che si distinguono per caratteristiche demografiche (bambini, anziani, fasce di età prestabilite per determinati *screening* di popolazione, ecc.) o sanitarie (puerpere, diabetici, cardiopatici, stomizzati, ecc.). Meno frequente la situazione in cui la popolazione *target* di politiche e interventi sanitari corrisponde a una determinata classe sociale¹⁸. Le evidenze presentate in queste pagine mostrano l'opportunità di definire politiche sanitarie indirizzate ad alcune classi sociali particolarmente fragili, previa un'adeguata lettura clinica ed epidemiologica dei fenomeni.

Tradizionalmente le politiche di *welfare* garantiscono tutele di varia natura alle famiglie a basso reddito, soprattutto nei campi delle abitazioni, dei servizi all'infanzia, dei trasporti, ecc. La stessa politica sanitaria, grazie all'esenzione dal pagamento dei *ticket* per i componenti di famiglie meno abbienti, opera distinzioni che cercano di compensare alcune difficoltà di accesso ai servizi sanitari. E gli interventi sociali dei Comuni sono per lo più indirizzati alle famiglie in difficoltà,

grazie al lavoro di figure quali gli assistenti sociali, specificatamente formate per garantire un approccio psico-sociale ai bisogni di assistenza e quindi per garantire una regia capace di orientare l'utente all'interno della rete dei servizi sociali e sanitari¹⁹.

Nonostante tali misure, le aziende territoriali del Ssn sembrano essere ancora attrezzate per trattare quasi esclusivamente i singoli individui o fasce di popolazione caratterizzate da particolari condizioni demografico-sanitarie. I progressi diagnostici e terapeutici, insieme ai risultati conseguiti dai sistemi sanitari occidentali, finora hanno dato ragione a tale approccio. Le evidenze discusse nel presente articolo mostrano però che, in un contesto sociale e sanitario evoluto e multiculturale, interventi di politica sanitaria costo-efficaci dovrebbero in futuro essere orientati ai gruppi sociali individuati come particolarmente fragili. Ciò necessiterebbe di misure positive progettate per favorire l'accesso di tali classi sociali sfavorite, per fermare le «epidemie sociali» anche intergenerazionali sopra illustrate, per evitare che il gradiente sociale si approfondisca e, in ultimo, che il peggioramento nelle condizioni di salute delle fasce più deboli sia addirittura tale da peggiorare gli indicatori di salute per la popolazione complessiva.

Note

1. La povertà assoluta è identificata da un livello di reddito inferiore a una determinata soglia espressa in valori assoluti, ad esempio un dollaro al giorno. La povertà relativa è identificata da un livello di reddito inferiore di una certa percentuale rispetto a quello medio in una determinata società, ad esempio al di sotto del 50% del reddito medio.
2. Soprattutto su riviste quali *Social Science and Medicine*, *American Journal of Public Health*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, ma anche su *Lancet*, *British Medical Journal*, *New England Journal of Medicine*, ecc.
3. In realtà sulle singole patologie non è chiaro se i membri delle classi sociali deboli si ammalano di più perché più esposti ai rischi oppure perché, nonostante siano esposti agli stessi rischi dei gruppi sociali più favoriti, le loro difese – biologiche, immunitarie, culturali, sociali – sono minori o comunque meno efficaci.
4. Un ampio aggiornamento e approfondimento è stato poi fornito dal rapporto Acheson (1998).
5. In precedenza in Canada era stato prodotto il cosiddetto rapporto Lalonde (1974).
6. Nel contempo, in sessant'anni la media generale per gli uomini in età lavorativa era scesa del 55%.

7. Nel 2003 il tasso per gli Stati Uniti era di 6,9 morti per mille nati vivi, rispetto ai 4,2 in Italia, ai 3,0 in Giappone, ai 3,1 in Svezia (OECD, 2006).
8. Il riferimento agli uomini (invece che alle donne o alla popolazione generale) è tipica di questi studi, in quanto la più alta mortalità dei maschi durante la vita attiva li rende più sensibili a tali fattori e alle eventuali politiche sanitarie che vogliono gestirli.
9. I dati sono aggiustati per età, sesso, durata del *follow-up*, bilanciamento percepito tra contributi individuali e ricompense organizzative, livello gerarchico, fattori di rischio coronarico.
10. Misurata attraverso l'indice di Gini, Q5/Q1, D10/D1, la percentuale di popolazione che soffre di povertà relativa (ad esempio che ha reddito inferiore al 50% di quello medio del Paese), il reddito/ricchezza del D10 o del centile più alto, ecc.
11. Lo stato di salute della popolazione dipende da: (a) ambiente fisico e sociale, (b) patrimonio genetico e fattori biologici, (c) sistema medico e di prevenzione, (d) stili e comportamenti di vita (Gutzwiller, Paccaud, 2007: 14).
12. L'OMS considera bevitori a rischio gli uomini che assumono più di 40 grammi di alcol al giorno (pari a circa mezzo litro di vino) e le donne che ne assumono più di 20 grammi (pari a poco più di due bicchieri).
13. Tralasciando le persone senza titolo di studio – poche e in media anziane nel 2005 – la percentuale si è ridotta del 45% per i laureati uomini (donne – 52%) e del 36% (donne – 34%) per gli uomini con licenza elementare.
14. A questo proposito, è necessario però rilevare come il ricorso al privato per le visite specialistiche e le prestazioni diagnostiche sia aumentato negli ultimi anni e costituisca certamente un problema importante per la pretesa universalità e gratuità del sistema sanitario pubblico in Italia. In tal senso, l'ultima indagine multiscopo Istat «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», relativa al 2005, rileva che «il 57% delle visite specialistiche è interamente a carico dei cittadini» e anche «escludendo le visite odontoiatriche la quota scende al 47,8%» (Istat, 2007a: 35). Si tratta di una sorta di «privatizzazione strisciante» che potrebbe essere particolarmente rischiosa se influisce sulle condizioni effettive di accesso ai servizi.
15. Il tema si collega alla qualità di tali informazioni e alle interferenze delle imprese e dei professionisti, che spesso possono orientare o distorcere l'informazione a proprio favore (Domenighetti *et al.*, 2003).
16. Per avere una prima idea delle potenzialità di tali analisi, cfr. ad esempio Mapelli (2004).
17. Un chiaro esempio in tal senso è già citato piano inglese del 2003 (DOH, 2003), dove si fissa l'obiettivo generale di riduzione entro il 2010 del 10% le disuguaglianze nella mortalità infantile e nella speranza di vita alla nascita. Tale obiettivo si accompagna a due sotto-obiettivi specifici, anch'essa da conseguire entro il 2010: (a) riduzione almeno del 10% della differenza nella mortalità per i bambini sotto un anno di età tra la classe «routine and manual groups» e la popolazione complessiva; (b) ridurre almeno del 10% della differenza nella speranza di vita delle cinque aree territoriali con la speranza di vita più bassa e la popolazione generale. Per un primo, dettagliato *report* sull'andamento del programma, cfr. DOH (2005).
18. Interventi sanitari frequenti in Italia e assimilabili a tale logica sono quelli a favore degli immigrati, anche irregolari, da poco nel nostro Paese.
19. Un'altra figura pensata per soddisfare bisogni di natura sia sociale sia sanitaria è l'Oss (operatore socio-sanitario), utilizzato sia dal Ssn sia dagli enti locali (o dalle aziende a cui Asl e Comuni affidano eventualmente servizi residenziali, di assistenza domiciliare, ecc.).

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

- AA.VV. (2006), *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Edizioni ETS, Pisa.
- ACHESON D. (1998), *Independent inquiry into inequalities in health, report of the scientific advisory group*, Stationery Office, London.
- ATUN R.A. (2005), «The health crisis in Russia», *British Medical Journal*, 331, pp. 1418-1419.
- BLACK D., MORRIS J., SMITH C., TOWNSEND P. (1980), *Inequalities in health: report of a working group*, DHSS, London.
- BUCCOLIERO L., CACCIA C., NASI G. (2005), *E-he@lth. Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- BUIATTI E., VOLLER F. (2006), «Disuguaglianze e stili di vita in Italia», *Salute e territorio*, 158, pp. 294-300.
- COSTA G., FAGGIANO F. (a cura di) (1994), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli, Milano.
- COSTA G., SPADEA T. (a cura di) (2004), Supplemento «Disuguaglianze di salute in Italia», *Epidemiologia e prevenzione*, 28(3).
- DCMSSS - DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (2007), *La santé autrement dit...*, Gouvernement du Québec, Québec.
- DOH - DEPARTMENT OF HEALTH (2003), *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, Department of Health Publications, London.
- DOH - DEPARTMENT OF HEALTH (2005), *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action*, Department of Health Publications, London.

- DOMENIGHETTI G., D'AVANZO B., EGGER M., BERRINO F., PERNERGER T., MOSCONI P., ZWAHLEN M. (2003), «Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries», *International Journal of Epidemiology*, 32, pp. 816-821.
- DONKIN A., GOLDBLATT P., LYNCH K. (2002), «Inequalities in life expectancy by social class 1972-1999», *Health Statistics Quarterly*, 15, pp. 5-15.
- FERRIE J.E. (ed) (2004), *Work stress and health: the Whitehall II study*, CCSU/cabinet Office, London.
- GUTZWILLER F., PACCAUD F. (2007), «Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Partnerdiszipliner», in idem (Hrsg.), *Sozial- und präventivmedizin - Public Health*, 3. Auflage, Huber, Berne.
- HCSP - HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998), *Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris.
- HCSP - HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2002), *La santé en France 2002*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris.
- HRDCN - HEALTH RESEARCH AND DEVELOPEMENT COUNCIL OF THE NETHERLANDS (2001), *Reducing Socio-economic Inequalities in Health. Final report and policy recommendations from the second Dutch Programme Committee on Socio-Economic Inequalities in Health*, SEGV II.
- ISTAT (2007a), *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, ISTAT, Roma, www.istat.it.
- ISTAT (2007b), *La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche*, Istat, Roma, www.istat.it.
- LALONDE M. (1974), *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Minister of Supply and Services, Ottawa.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Egea, Milano.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.
- MAPELLI V. (2004), «Bisogni sanitari, consumi e spesa nella base dati di un'Asl lombarda», in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2004*, il Mulino, Bologna.
- MARMOT M. (2004), *Status Syndrome - How your social standing directly affects your health and life expectancy*, Bloomsbury, London.
- MARMOT M., ROSE G., SHIPLEY M., HAMILTON P. (1978), «Employment grade and coronary heart disease in British civil servants», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, pp. 244-249.
- MARMOT M.G. et al. (1997), «Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence», *Lancet*, 350, pp. 235-239.
- MARMOT M.G., WILKINSON R. (eds) (1999), *The social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford.
- NORTH F., SYME S.L., FEENEY A., HEAD J., SHIPLEY M.J., MARMOT M.G. (1993), «Explaining socioeconomic differences in sickness absence: The Whitehall II study», *British Medical Journal*, 306, pp. 361-366.
- OECD - ORGANIZATION FOR THE ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (2006), *Eco-Salute 2006* (Cdrom), OECD, Paris.
- OSTLIN P., DIDERICHSEN F. (2000), *Equality-Oriented National Strategy for Public Health in Sweden. A Case Study*, Policy Learning Curve Series, 1, European Centre for Health Policy, Brussels.
- PLAVINSKI S.L., PLAVINSKAYA S.I., KLIMOV A.N. (2003), «Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study», *British Medical Journal*, 326, pp. 1240-1242.
- RAINHORN J.-D., BURNIER M.J. (sous la direction de) (2001), *La santé au risque du marché: Incertitudes à l'aube du XXIème siècle*, Editions PUF/IUED, Paris/Genève.
- SEN A. (1973), *On Economic Inequality*, Norton, New York.
- TOWNSEND P., DAVIDSON N. (1982), *Inequalities in health: the Black report*, Penguin, Harmondsworth.
- VOLLER F., ORSINI C. (2006), «Stili di vita e disuguaglianze di salute in Italia: alcune differenze geografiche», presentazione al convegno «Sanità Sud Salute. Quali strategie per l'equità?», Salerno, 26-28 ottobre.
- WILKINSON R., MARMOT M. (sous la direction de) (2004), *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. Deuxième édition*, OMS Europe, Copenhagen.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007), *World health statistics 2007*, WHO, Geneva.

Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

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

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

Monografie

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

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Articoli in riviste

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

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

Non appropriatezza del ricovero in regime ordinario e riflessi sulla spesa ospedaliera

CARLO LAZZARO

Impropriety of inpatient admissions in Italian National Health Service (INHS) hospitals is under debate since 2003, when 43 Diagnosis Related Groups (DRGs) codes were restricted to day-hospital setting only. During 2003-2004, global hospital admissions for a sample of 15 out of 43 of the abovementioned DRGs have increased (1,935,672 vs. 1,954,110; crude Incidence Rate Ratio (IRR): 1.009; 95%CI: 1.007-1.011; $p < 0.0001$), despite a reduction in inpatient admissions (835,158 vs. 775,287; crude IRR: 0.928; 95%CI: 0.925-0.931; $p < 0.0001$). When valued according to the last updated national DRGs tariffs, the increased number of day-hospital admissions (1,100,514 vs. 1,178,823; crude IRR: 1.071; 95%CI: 1.068-1.074; $p < 0.0001$) was estimated to save INHS more than Euro million 46. DRGs system can greatly contribute to INHS governance by curbing competition among hospitals and reducing the public expenditure for hospitalization.

Note sull'autore

Carlo Lazzaro, economista sanitario, Milano
Una versione preliminare del presente manoscritto è stata presentata dall'autore in occasione del Convegno AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria) «Priorità ed equità nelle scelte di politica sanitaria», tenutosi presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Firenze li 18-19 ottobre 2007

1. Introduzione

I rapporti tra appropriatezza delle prestazioni sanitarie¹ e compatibilità macroeconomiche sono ampiamente documentati in letteratura (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2006; Vasselli *et al.*, 2005).

Infatti, se da un lato la spesa sanitaria è oggetto di costante monitoraggio da parte dei decisori (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2006), anche alla luce delle attuali tendenze demografiche, che riportano una percentuale di ultra65enni pari al 20% della popolazione (Agenzia Sanitaria Italiana, 2007a), e se, dall'altro, il livello di sviluppo di un determinato sistema sanitario è anche condizionato dalle risorse a tale scopo destinabili, ne consegue un inscindibile intreccio tra disponibilità economiche di una data collettività ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate all'utenza (Vasselli *et al.*, 2005).

Secondo la Relazione generale sulla situazione economica del Paese, elaborata dalla Ragioneria generale dello Stato (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2006), nel corso del 2005 si è assistito ad un rallentamento del tasso di crescita della spesa sanitaria (4,9%, vs. 9,9% dell'anno precedente), accompagnato da una riduzione del tasso di crescita della spesa per l'assistenza ospedaliera (3,9%, vs. 11,4% dell'anno precedente); tale rallentamento è principalmente attribuibile all'assistenza ospedaliera erogata in case di cura private. Secondo stime più recenti, nel corso del medesimo anno l'attività di ricovero ospedaliero assorbiva risorse in misura pari al 46% della spesa complessiva del Servizio sanitario nazionale (Ssn) (55% ospedali pubblici e 45% strutture private ac-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivi
3. Materiali e metodi
4. Risultati
5. Discussione e conclusioni

creditate), quest'ultima pari ad Euro/Mln. 95.242 (Caruso, Dirindin, 2007).

La costante riduzione della spesa sanitaria ospedaliera nel nostro Paese non ha, comunque, diminuito l'attenzione dei governi nazionale e regionali verso il contenimento, laddove possibile, dell'istituzionalizzazione del paziente, soprattutto in caso di non appropriatezza della medesima.

Al proposito, già nel recente passato alcune esperienze regionali si sono indirizzate verso il controllo e la riconversione della spesa ospedaliera per prestazioni di ricovero in regime ordinario erogate a favore di pazienti in acuto giudicate a ridotto livello di complessità clinica e pertanto gestibili, con comparabili livelli di efficacia, sicurezza, appropriatezza e qualità, attraverso modalità territoriali e/o residenziali (Vanara, 2000), anche con rilevante intervento del Medico di medicina generale e contestuale penalizzazione tariffaria delle strutture sanitarie che ospitalizzassero tali tipologie di pazienti (Fiorini *et al.*, 2002).

A livello nazionale, un notevole impulso normativo sul tema è stato successivamente fornito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 29 novembre 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001) istitutivo dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), che riportava, all'Allegato 2C, un elenco di 43 *Diagnosis Related Group* (Drg) ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria. Tale provvedimento di politica sanitaria si inseriva in un contesto di costanza delle tariffe Drg nazionali (Ministero della Sanità, 1997), l'ultima revisione indiretta delle quali risale al tariffario della Tariffa Unica Convenzionale (Tuc) 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 2005).

Infine, il documento di Programmazione Economico-Finanziaria per il triennio 2008-2011 (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2007) riporta, tra gli altri, due obiettivi concernenti la tutela della salute pubblica – da conseguirsi nel rispetto del vincolo al finanziamento del Ssn al quale concorre lo Stato in via ordinaria – quali la ridefinizione dei Lea, nonché la revisione ed il possibile ampliamento dei precedentemente citati 43 Drg ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria (De-

creto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001).

2. Obiettivi

Il presente contributo intende proporre alcune riflessioni sugli effetti di contenimento della spesa ospedaliera per acuti, attribuibili, a parità di altri fattori, alla valorizzazione del rischio di non appropriatezza del ricovero in regime ordinario per alcuni dei 43 Drg indicati nell'Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001).

3. Materiali e metodi

3.1. Fonti dei dati di attività ospedaliera

Sulla base dei dati di attività desumibili dalle più recenti Schede di dimissione ospedaliera (SDO) consultabili, riferite al biennio 2003-2004 (Ministero della salute, 2005; 2006), relativi ad un campione di 15 dei 43 Drg sopra menzionati (codici: 6; 39; 40; 119; 134; 162; 183; 222; 270; 284; 294; 301; 364; 395; 467; 53,33% chirurgici), sono state comparate le modalità di ricovero ospedaliero per acuti (in regime ordinario e diurno) (**tabella 1**). La scelta del campione in questione si giustifica alla luce del riscontro, nelle SDO riferite al biennio 2003-2004 (Ministero della salute, 2005; 2006), dell'assenza del numero medio di accessi in regime di ricovero diurno per i restanti 28 Drg.

3.2. Modello di valutazione economica dei programmi sanitari utilizzato

All'interno di un modello di analisi dei costi (Drummond *et al.*, 2005) – la cui finalità consiste nel confronto tra il valore delle risorse assorbite da diversi programmi o procedure sanitari, escludendo ogni valutazione della rispettiva efficacia – condotta secondo la prospettiva del Ssn², ciascuna modalità di ricovero è stata valorizzata tramite rispettiva tariffa nazionale teorica, nell'ipotesi, già adottata nelle elaborazioni del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2005; 2006), che in ogni Regione ciascuna prestazione fosse rimborsata alle strutture erogatrici secondo i valori delle tariffe nazionali di riferimento.

Tabella 1

Analisi di base - Differenza SDO 2003-2004 per 15 dei 43 Drg ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario

Codice Drg	MDC	Tipo Drg	Descrizione Drg	SDO 2004 (A)	SDO 2003 (B)	Differenza SDO 2004-2003 (A-B)	
							%
Regime ordinario (RO)							
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	13.763	16.084	- 2321	- 0,28%
39	1	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	95.355	116.574	- 21.219	- 2,54%
40	1	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17	14.870	15.258	- 388	- 0,05%
119	5	C	Legatura e stripping di vene	51.385	53.483	- 2098	- 0,25%
134	5	M	Iperensione	50.981	54.674	- 3693	- 0,44%
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc ^a	80.981	87.517	- 6536	- 0,78%
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie dell'apparato digerente età > 17 senza cc	124.971	134.501	- 9530	- 1,14%
222	8	C	Interventi sul ginocchio senza cc	94.024	98.794	- 4770	- 0,57%
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	20.719	20.993	- 274	- 0,03%
284	9	M	Malattie minori della pelle senza cc	24.836	27.327	- 2491	- 0,30%
294	10	M	Diabete età > 35	39.715	39.715	- 2395	- 0,29%
301	10	M	Malattie endocrine, senza cc	22.264	24.453	- 2189	- 0,26%
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	33.639	38.591	- 4952	- 0,59%
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	42.530	43.887	- 1357	- 0,16%
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	67.649	63.307	4342	0,52%
Totale RO^b				775.287	835.158	- 59.871	- 7,17%
Regime diurno (DH) [accessi medi per DH]							
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	69.497 [1,60]	68.123 [1,60]	- 2321	0,12%
39	1	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	340.907 [1,70]	328.084 [1,80]	- 21.219	1,17%
40	1	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17	35.669 [1,70]	29.629 [1,70]	- 388	0,55%
119	5	C	Legatura e stripping di vene	64.739 [1,70]	57.970 [1,70]	- 2098	0,62%
134	5	M	Iperensione	70.455 [1,70]	60.866 [2,00]	- 3693	0,87%
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	72.595 [1,80]	65.338 [1,80]	- 6536	0,66%
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscelanea malattie dell'apparato digerente età > 17 senza cc	48.377 [2,10]	45.111 [2,00]	- 9530	0,30%
222	8	C	Interventi sul ginocchio senza cc	63.764 [1,50]	54.469 [1,60]	- 4770	0,84%
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	64.139 [1,90]	55.776 [1,80]	- 274	0,76%
284	9	M	Malattie minori della pelle senza cc	44.759 [2,30]	45.207 [2,30]	- 2491	- 0,04%
294	10	M	Diabete età > 35	39.961 [2,00]	38.835 [1,90]	- 2395	0,10%
301	10	M	Malattie endocrine, senza cc	69.857 [2,00]	69.016 [2,00]	- 2189	0,08%
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	70.359 [1,40]	66.582 [1,40]	- 4952	0,34%
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	39.593 [6,80]	37.824 [6,50]	- 1357	0,16%
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	84.152 [2,10]	77.684 [2,20]	4342	0,59%
Totale DH^c				1.178.823 [2,15]	1.100.514 [2,15]	78.309	7,12%
Totale RO+DH^d				1.954.110	1.935.672	18.438	0,95%

^a cc = complicanze o comorbilità.^b Rapporto tra i tassi di incidenza (IRR) grezzo: 0,928 (IC95%: 0,925-0,931; p<0,0001).^c IRR grezzo: 1,071 (IC95%: 1,068-1,074; p<0,0001).^d IRR grezzo: 1,009 (IC95%: 1,007-1,011; p<0,0001).

Ai fini della valorizzazione, coerentemente con la normativa nazionale (Di Loreto, Spolaore, 2004; Di Loreto, Falcitelli, 2006; Ministero della sanità, 1995), i casi gestiti in regime di ricovero diurno sono stati moltiplicati per tariffa Drg-specifica singola, nel caso di procedure chirurgiche, ed anche per il numero di accessi medi alla struttura ospedaliera, nel caso di procedure mediche (tabella 1).

I valori monetari, espressi in Euro, sono riferiti al 2007, posto che, in assenza di esplicita abolizione del tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997), ad oggi risultano ancora validi i rimborsi Drg-specifici in esso riportati, sebbene questi ultimi siano, di fatto, sostituiti a livello locale dalle tariffe regionali.

3.3. Analisi statistica

I dati quantitativi confrontati sono stati descritti in termini di media e deviazione standard (DS).

Nell'ipotesi di invarianza della popolazione a rischio di ospedalizzazione per gli anni 2003-2004, è stato calcolato il rapporto tra i tassi di incidenza (IRR) grezzi (Attena, 2004; Juul, 2006), corredato degli intervalli di confidenza al 95% (IC95%), sulle casistiche dei ricoveri totali, in regime ordinario e diurno, dei 15 Drg considerati.

L'analisi statistica è stata supportata dal pacchetto statistico Statatm/SE versione 9.2 per Windows[®] 2000 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

3.4. Analisi di sensibilità

L'analisi di sensibilità misura l'impatto indotto da una serie di variazioni delle ipotesi di partenza, più rilevanti o più incerte, sui risultati ottenuti, al fine di valutarne la robustezza (Drummond *et al.*, 2005).

Nel caso in questione, l'analisi di sensibilità è stata condotta monetizzando i volumi di attività ospedaliera nazionali desunti dalle SDO per gli anni 2003 e 2004 (Ministero della salute, 2005; 2006) mediante i rimborsi Drg contemplati dal tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) e dai tariffari adottati da alcune Regioni italiane, quali Lom-

bardia (Regione Lombardia, 2004; 2007); Toscana (Regione Toscana, 2002a); Sicilia (Regione Siciliana, 2002).

Tali fonti tariffarie sono state selezionate sia secondo un criterio di rilevanza metodologica, sia secondo un criterio di facilità della consultazione.

Per quanto concerne il primo dei criteri di selezione, si è considerata, a livello nazionale, l'importanza presente e, soprattutto, prospettica, del tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) in termini di sostanziale superamento del tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) e, a livello regionale, l'eterogeneità di carattere istituzionale, organizzativo e di direzione dei flussi di finanziamento (Jommi, 2000; Cantù, Jommi, 2003; Cantù, 2004; Jommi, 2004; Jommi, Del Vecchio, 2004; Regione Toscana, 2002b) che caratterizza i modelli di Ssr implementati dalle Regioni sopra citate.

In particolare, per quanto concerne la Regione Lombardia, si sono presi in esame due distinti tariffari, il primo emanato nel 2004 (Regione Lombardia, 2004), il secondo adottato dal 1° gennaio 2007 (Regione Lombardia, 2007). Tale scelta pare giustificata nell'ottica della realizzazione di un confronto tra gli obiettivi tariffari perseguiti dalle autorità di politica sanitaria della medesima Regione nel volgere del triennio che ha visto la realizzazione del nuovo tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005).

Per quanto concerne la Regione Toscana, si è fatto riferimento alle tariffe Drg per i presidi che operano in regime di urgenza ed emergenza (Regione Toscana, 2002a).

Il secondo criterio che ha informato la scelta dei tariffari da compararsi è stato individuato nella accessibilità dei medesimi, nella loro versione più recente, mediante collegamento Internet ai siti di pertinenza, da parte di un qualunque soggetto interessato, anche esterno alle istituzioni nazionali e regionali deputate alla programmazione ed alla implementazione della politica sanitaria.

Ai fini di connotare di eventuale significatività statistica ($\alpha = 0,05$) la differenza tra le tariffe medie confrontate nell'analisi di sensibilità, è stata effettuata un'analisi della va-

rianza (ANOVA) (Pagano, Gauvreau, 2003), impostando come unico criterio di classificazione i diversi tariffari e, come variabile di risposta, gli importi tariffari medi Drg-specifici. Quando il *p-value* del test statistico F è risultato inferiore al livello di significatività sopra specificato, si sono eseguiti i confronti multipli sulle tariffe medie previa correzione di Bonferroni, adottando idoneo livello di significatività per ciascun confronto individuale ($\alpha^*=0,0033$). (Pagano, Gauvreau, 2003).

L'ANOVA, replicata per le tariffe medie di ricovero ordinario e diurno, è stata applicata alla totalità dei 15 Drg esaminati e, separatamente, agli 8 Drg chirurgici ed ai 7 Drg medici.

Data la frequente esistenza di fenomeni di asimmetria destra nelle distribuzioni campionarie delle tariffe Drg-specifiche, che violerebbero i prerequisiti metodologici all'applicazione dell'ANOVA (Pagano, Gauvreau, 2003), se ne è effettuata la rielaborazione secondo la metodologia del *bootstrap* non parametrico (Efron, Tibshirani, 1993; Tibshirani, 2007), ampiamente suggerita dalla letteratura di riferimento sulla valutazione economica dei programmi sanitari per l'analisi dei costi non normalmente distribuiti (Desgagné, 1998; Barber, Thompson, 2000; Briggs *et al.*, 2003).

ANOVA e metodologia del *bootstrap* non parametrico sono stati supportati dal pacchetto statistico Statatm/SE versione 9.2 per Windows[®] 2000 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

4. Risultati

4.1. Analisi di base

Relativamente ai 15 Drg considerati, nell'ipotesi di invarianza della popolazione a rischio di istituzionalizzazione nel biennio 2003-2004, il numero di ricoveri ospedalieri per acuti è aumentato (+ 0,95% nel 2004; 1.935.672 vs. 1.954.110 casi; IRR grezzo 1,009; IC95%: 1,007-1,011; $p < 0,0001$), ma è mutata la modalità di accesso alla struttura sanitaria.

Infatti, mentre i ricoveri in regime ordinario sono diminuiti (- 7,17% nel 2004; 835.158 vs. 775.287 casi; IRR grezzo 0,928; IC95%: 0,925-0,931; $p < 0,0001$), si è verificato un maggiore ricorso alla ospedalizzazione

in regime diurno (+ 7,12% nel 2004; 1.100.514 vs. 1.178.823 casi; IRR grezzo 1,071; IC95%: 1,068-1,074; $p < 0,0001$) (tabella 1).

Nel corso del biennio 2003-2004, il numero medio di accessi per paziente in *day-hospital* è rimasto, invece, invariato (2,15), così come i Drg che riportano il numero medio di accessi per paziente minore (Drg 364 C - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne: 1,40 accessi sia nel 2003, sia nel 2004) e maggiore (Drg 395 M - Anomalie dei globuli rossi, età > 17: + 0,30 nel 2004; 6,50 vs. 6,80 accessi), rispettivamente (tabella 1).

Rispetto al 2003, nel 2004 si sono verificati una riduzione della spesa ospedaliera per ricoveri in regime ordinario (- euro 117.605.470,28) ed un aumento della medesima grandezza per i ricoveri in regime diurno (+ euro 71.545.418,73), con un considerevole risparmio a favore del Ssn (- euro 46.060.051,55) (tabella 2).

Per i 15 Drg considerati, la tariffa media da tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) risulta pari ad euro 1963,57 ($\pm 544,92$) per i ricoveri in regime ordinario. Per tale modalità di ospedalizzazione, la tariffa minore si registra per una procedura di pertinenza oftalmologica (Drg 40 C - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17: euro 1454,34), mentre il rimborso maggiore è previsto per una prestazione di pertinenza ematologica (Drg 39 M - Anomalie dei globuli rossi, età > 17: euro 3393,64) (tabella 2).

Per i medesimi codici Drg gestiti in regime diurno, la tariffa media da tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) è risultata pari ad euro 663,27 ($\pm 432,40$). Per tale modalità di ospedalizzazione, la tariffa minore si registra per una prestazione di pertinenza endocrinologica (Drg 10 M - Diabete età > 35: euro 224,14), mentre il rimborso maggiore è previsto per una procedura di pertinenza ortopedica (Drg 222 C - Interventi sul ginocchio senza complicanze o comorbilità: euro 1477,58) (tabella 2).

4.2. Analisi di sensibilità

L'analisi di sensibilità non ha confermato i risultati ottenuti con le ipotesi di base.

Tabella 2

Analisi di base - Risparmio Ssn da differenza SDO 2003-2004 per incremento ricovero diurno in 15 dei 43 Drg ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario

Codice Drg	MDC	Tipo Drg	Descrizione Drg	Differenza SDO 2003-2004	Tariffario nazionale 1997	Differenza spesa Ssn (euro 2007)
Regime ordinario (RO)						
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	- 2321	1502,89	- 3.488.207,69
39	1	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	- 21.219	1876,80	- 39.823.819,20
40	1	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17	- 388	1454,34	564.283,92
119	5	C	Legatura e <i>stripping</i> di vene	- 2098	1898,50	- 3.983.053,00
134	5	M	Ipertensione	- 3693	2015,73	- 7.444.090,89
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc ^a	6536	1850,98	12.098.005,28
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie dell'apparato digerente età >17 senza cc	- 9530	1742,01	- 16.601.355,30
222	8	C	Interventi sul ginocchio senza cc	- 4770	2752,2	- 13.127.994,00
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	- 274	1753,89	- 480.565,86
284	9	M	Malattie minori della pelle senza cc	- 2491	1706,37	- 4.250.567,67
294	10	M	Diabete età > 35	- 2395	2584,35	- 6.189.518,25
301	10	M	Malattie endocrine, senza cc	- 2189	1938,26	- 4.242.851,14
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	- 4952	1469,84	- 7.278.647,68
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	- 1357	3393,64	- 4.605.169,48
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	- 342	1513,74	6.572.659,08
Totale RO				- 59.871	1963,57 (± 544,92)^b	- 117.605.470,28
Regime diurno (DH)						
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	1374	1020,52	1.402.194,48
39	1	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	12.823	1185,79	15.205.385,17
40	1	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17	6040	948,73	5.730.329,20
119	5	C	Legatura e <i>stripping</i> di vene	6769	1089,72	7.376.314,68
134	5	M	Ipertensione	9589	234,47	- 459.209,50
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	7257	928,59	6.738.777,63
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie dell'apparato digerente età >17 senza cc	3266	228,27	2.595.361,42
222	8	C	Interventi sul ginocchio senza cc	9295	1477,58	13.734.106,10
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	8363	795,86	6.655.777,18
284	9	M	Malattie minori della pelle senza cc	- 448	234,47	- 241.597,89
294	10	M	Diabete età > 35	1126	224,14	1.375.210,97
301	10	M	Malattie endocrine, senza cc	841	278,89	469.092,98
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	3777	747,31	2.822.589,87
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	1769	279,92	6.543.521,89
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	6468	274,76	1.597.564,54
Totale DH^c				78.309	663,27 (± 432,40)^b	71.545.418,73
Totale RO+DH				18.438		- 46.060.051,55

^a cc = complicanze o comorbidità.

^b Tariffa media (± DS).

^c Nel caso dei ricoveri effettuati in regime diurno, coerentemente con la normativa nazionale (Ministero della sanità, 1995; Di Loreto, Spolaore, 2004; Di Loreto, Falcitelli, 2006), il risparmio per il Ssn è stato calcolato moltiplicando i casi relativi a ciascun Drg per tariffa Drg-specifica singola, nel caso di procedure chirurgiche, ed anche per il numero di accessi medi alla struttura ospedaliera riportati in tabella 1, nel caso di procedure mediche.

Per quanto concerne i ricoveri in regime ordinario, la totalità dei tariffari consultati in alternativa al tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) riporta una tariffa media per 15 dei 43 Drg ad alto rischio di non appropriatezza se istituzionalizzati secondo tale modalità, inferiore a quanto rilevato nell'analisi di base (figura 1).

Per quanto riguarda i ricoveri in regime diurno, la totalità dei tariffari consultati riporta una tariffa media per 15 dei 43 Drg considerati superiore a quanto rilevato nel tariffario nazionale 1997 (Ministero della Sanità, 1997) (figura 1).

La monetizzazione della casistica ricavata dalla comparazione tra le SDO 2003 e 2004 (Ministero della salute, 2005; 2006) per il tramite dei tariffari selezionati quali alternative al tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) genererebbe, con la sola eccezione del tariffario della Regione Toscana 2002 (Regione Toscana, 2002a) (- euro milioni 14,90), un aggravio di spesa per il terzo pagante, compreso tra euro milioni 1,27, impiegando il tariffario della Regio-

ne Sicilia 2002 (Regione Siciliana, 2002), ed euro milioni 13,16, utilizzando il tariffario nazionale Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) (figura 2).

La comparazione mediante ANOVA delle tariffe medie per la remunerazione dell'attività di ricovero ordinario codificata alla dimissione mediante i 15 Drg oggetto di indagine ($F = 14,62$; $p < 0,0001$), ha imposto i confronti multipli tra le diverse tariffe medie, che hanno determinato i seguenti risultati (tabella 3):

- entrambi i tariffari della Regione Lombardia (Regione Lombardia, 2004; 2007) presentano tariffe mediamente inferiori ($p < 0,001$) a quelle previste dalle Regioni Sicilia (Regione Siciliana, 2002) e Toscana (Regione Toscana, 2002a), nonché dal tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997); il medesimo riscontro, ancorché non statisticamente significativo ($p = 1,000$), emerge dalla comparazione con il tariffario

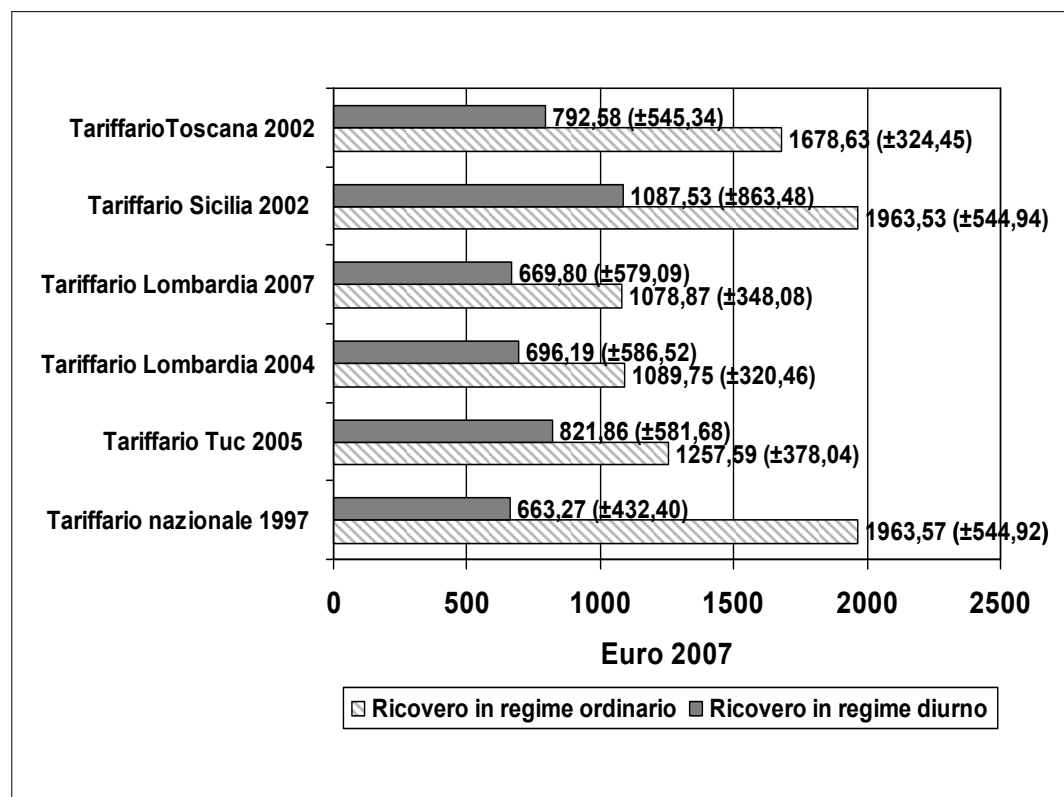


Figura 1

Analisi di sensibilità -
Tariffe medie (\pm DS) per 15
dei 43 Drg ex DPCM 29
novembre 2001

Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005);

– il tariffario della Regione Sicilia 2002 (Regione Siciliana, 2002) risulta sostanzialmente sovrapponibile al tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997);

– nel tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) si apprezza una notevole riduzione tariffaria media ($p < 0,001$) rispetto sia al tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997), sia al tariffario della Regione Sicilia 2002 (Regione Siciliana, 2002); il medesimo riscontro, ancorché non statisticamente significativo ($p < 0,114$), emerge dalla comparazione con il tariffario della Regione Toscana (Regione Toscana, 2002a).

Limitando, invece, l'analisi di sensibilità agli 8 Drg chirurgici, sebbene i risultati dell'ANOVA offrano evidenza di significatività statistica in merito alla differenza tra le

medie confrontate ($F = 5,60$; $p = 0,0005$), la significatività statistica dei confronti multipli risulta costantemente inferiore al valore-soglia di accettabilità precedentemente determinato (tabella 3).

Anche in questo caso, tuttavia:

– si osserva un notevole contenimento dei rimborsi per entrambi i tariffari della Regione Lombardia (Regione Lombardia, 2004; 2007), soprattutto per la versione più recente e specie nei confronti dei tariffari nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) e della Regione Sicilia 2002 (Regione Siciliana, 2002);

– i rimborsi previsti dal tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) risultano ampiamente inferiori agli analoghi importi contemplati dai tariffari delle Regioni Sicilia (Regione Siciliana, 2002) e Toscana (Regione Toscana, 2002a) e, ancora, dal tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997).

Figura 2

Analisi di sensibilità -
Risparmio Ssn
per incremento 2003-2004
ricovero in regime diurno
15 dei 43 Drg ex DPCM 29
novembre 2001

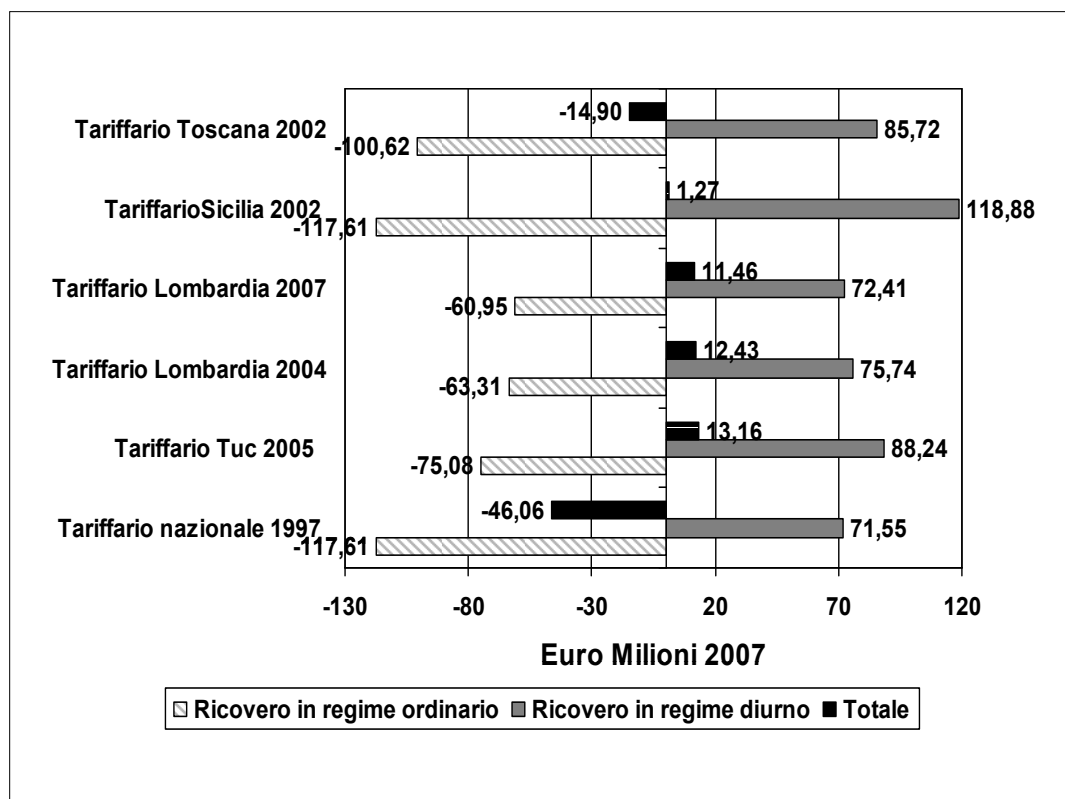


Tabella 3

Analisi di sensibilità - Analisi della varianza (ANOVA) ad un criterio di classificazione eseguita sulle tariffe medie relative a 15 dei 43 Drg ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario (I)

Regime ordinario (RO) – Tutti i Drg (15)					
Tipologia varianza	Somma quadrati	Gradi di libertà	Media quadrati	F	p-value
Intergruppi	12.988.759,50	5	2.597.751,89	14,62	< 0,0001 ^a
Intragruppi	14.923.027,10	84	177.655,08		
Totale	27.911.786,60	89	313.615,58		
Confronti multipli tariffe medie previa correzione di Bonferroni (valore-soglia: $\alpha^* = 0,0033$)					
(Somma riga-somma colonna)	Tariffario Lombardia 2004	Tariffario Lombardia 2007	Tariffario Sicilia 2002	Tariffario Toscana 2002	Tariffario nazionale 1997
Tariffario Lombardia 2007 (p-value)	- 10,89 (1,000)				
Tariffario Sicilia 2002 (p-value)	873,78 ($< 0,001$)	884,67 ($< 0,001$)			
Tariffario Toscana 2002 (p-value)	588,88 (0,004)	599,76 (0,003)	- 284,90 (1,000)		
Tariffario nazionale 1997 (p-value)	873,82 ($< 0,001$)	884,70 ($< 0,001$)	0,04 (1,000)	284,94 (1,000)	
Tariffario Tuc 2005 (p-value)	167,83 (1,000)	178,72 (1,000)	- 705,95 ($< 0,001$)	- 421,04 (0,114)	- 705,98 ($< 0,001$)
Regime ordinario (RO) – Solo i Drg Chirurgici (8)					
Tipologia varianza	Somma quadrati	Gradi di libertà	Media quadrati	F	p-value
Intergruppi	4.319.526,24	5	863.905,25	5,60	0,0005 ^b
Intragruppi	6.482.586,99	42	154.347,31		
Totale	10.802.113,20	47	229.832,16		
Confronti multipli tariffe medie previa correzione di Bonferroni (valore-soglia: $\alpha^* = 0,0033$)					
(Somma riga-somma colonna)	Tariffario Lombardia 2004	Tariffario Lombardia 2007	Tariffario Sicilia 2002	Tariffario Toscana 2002	Tariffario nazionale 1997
Tariffario Lombardia 2007 (p-value)	- 54,03 (1,000)				
Tariffario Sicilia 2002 (p-value)	645,72 (0,031)	699,75 (0,014)			
Tariffario Toscana 2002 (p-value)	556,13 (0,106)	610,16 (0,051)	- 89,59 (1,000)		
Tariffario nazionale 1997 (p-value)	645,78 (0,031)	699,81 (0,014)	0,06 (1,000)	89,65 (1,000)	
Tariffario Tuc 2005 (p-value)	147,56 (1,000)	201,59 (1,000)	- 498,16 (0,225)	- 408,57 (0,655)	- 498,22 (0,225)
Regime ordinario (RO) – Solo i DRG Medici (7)					
Tipologia varianza	Somma quadrati	Gradi di libertà	Media quadrati	F	p-value
Intergruppi	9.638.224,17	5	192.7644,83	9,30	< 0,0001 ^c
Intragruppi	7.465.438,89	36	207.373,303		
Totale	17.103.663,10	41	417.162,514		
Confronti multipli tariffe medie previa correzione di Bonferroni (valore-soglia: $\alpha^* = 0,0033$)					
(Somma riga-somma colonna)	Tariffario Lombardia 2004	Tariffario Lombardia 2007	Tariffario Sicilia 2002	Tariffario Toscana 2002	Tariffario nazionale 1997
Tariffario Lombardia 2007 (p-value)	38,41 (1,000)				
Tariffario Sicilia 2002 (p-value)	1134,41 (0,001)	1096,00 (0,001)			
Tariffario Toscana 2002 (p-value)	626,30 (0,215)	587,89 (0,314)	- 508,11 (0,660)		
Tariffario nazionale 1997 (p-value)	1134,43 (0,001)	1096,01 (0,001)	0,01 (1,000)	508,13 (0,660)	
Tariffario Tuc 2005 (p-value)	191,00 (1,000)	152,58 (1,000)	- 943,42 (0,006)	- 435,30 (1,000)	- 943,43 (0,006)

^a p-value_{bootstrap} < 0,0001; ^b p-value_{bootstrap} < 0,0001; ^c p-value_{bootstrap} = 0,0005.

Dai risultati dell'ANOVA condotta sulle tariffe medie relative unicamente agli 8 Drg medici del campione dei 15 Drg presi in considerazione, emerge una significatività statistica delle differenze ($F = 9,30$; $p < 0,0001$), la rilevanza informativa della quale trova conferma in almeno alcuni dei confronti individuali tra gli importi medi previsti dai 6 tariffari consultati (tabella 3):

- nuovamente, sussiste una marcata differenza ($p < 0,001$) tra le tariffe medie previste dai tariffari nazionali 1997 (Ministero della sanità, 1997) e della Regione Sicilia 2002 (Regione Siciliana, 2002) rispetto ai rimborsi medi contemplati negli analoghi documenti della Regione Lombardia (Regione Lombardia, 2004; 2007);

- per contro, non si riscontrano differenze statisticamente significative, rispetto al valore-soglia di accettabilità precedentemente stabilito per i confronti multipli, tra quanto previsto dal tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) e dai restanti tariffari di confronto, pur nell'evidenza di apprezzabili scostamenti, rispetto ai rimborsi previsti dal tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) e dai tariffari delle Regioni Sicilia (Regione Siciliana, 2002) e Toscana (Regione Toscana, 2002a).

Per quanto riguarda le tariffe stabilite per i ricoveri in regime diurno, l'ANOVA condotta sulla totalità dei 15 Drg considerati non ha consentito di rilevare alcuna differenza statisticamente significativa ($F = 1,03$; $p = 0,4044$) (tabella 4).

Limitatamente agli 8 Drg chirurgici, la significatività statistica raggiunta dall'ANOVA ($F = 5,51$; $p = 0,0005$) è sostanzialmente il portato delle differenze, in diminuzione, tra l'importo medio dei rimborsi indicati nei tariffari nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) e della Regione Lombardia per il 2007 (Regione Lombardia, 2007) rispetto al tariffario della Regione Sicilia 2002 (Regione Siciliana, 2002) (tabella 4).

Nel caso dei 7 Drg medici, l'ANOVA indica significatività statistica ($F = 32,76$; $p < 0,0001$) ed i confronti individuali tra le diverse tariffe medie originano i seguenti risultati (tabella 4):

- i tariffari della Regione Lombardia 2004 e 2007 (Regione Lombardia, 2004; 2007) riportano una tariffa media significativamente minore ($p < 0,001$) rispetto alla totalità delle alternative di confronto;

- la tariffa media prevista dal tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) per i 7 Drg medici esaminati, superiore all'importo medio previsto dai tariffari della Regione Lombardia 2004 e 2007 (Regione Lombardia, 2004; 2007) ($p < 0,001$), non pare, invece, discostarsi in maniera apprezzabile ($p = 1,000$) dai rimborsi medi riportati nelle restanti alternative di confronto.

L'applicazione della metodologia del *bootstrap* non parametrico alla totalità dei test ANOVA ha confermato i *p-value* ottenuti (tabelle 3 e 4).

5. Discussione e conclusioni

Nei paragrafi precedenti si è perseguita la finalità di fornire un contributo sul tema del contenimento della spesa ospedaliera relativa ad alcuni dei 43 Drg ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001).

L'argomento trattato appare strettamente collegato alla candidatura del tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005) alla sostituzione del tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) – e, sorprendentemente, mai più sottoposto a revisione, nonostante l'evidenza che il sistema Drg rimborsi circa il 65% della attività ospedaliera di ricovero (Di Loreto, Spolaore, 2004) – non solo come espressione dell'esigenza di coordinamento, a livello di governo centrale, delle modalità di remunerazione delle realtà ospedaliere (Di Loreto, Falcitelli, 2006), ma anche come riferimento per la valorizzazione delle prestazioni ospedaliere nelle ricerche di valutazione economica dei programmi sanitari condotte secondo la prospettiva del terzo pagante (Brouwer *et al.*, 2001; Berto, Vagliasindi, 2006).

I limiti relativi al presente tentativo di ricerca sono da ravvisarsi, in primo luogo, nel

Tabella 4

Analisi di sensibilità - Analisi della varianza (ANOVA) ad un criterio di classificazione eseguita sulle tariffe medie relative a 15 dei 43 Drg ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario (II)

Regime diurno (DH) – Tutti i DRG (15)					
Tipologia varianza	Somma quadrati	Gradi di libertà	Media quadrati	F	p-value
Intergruppi	1.932.670,17	5	386.534,04	1,03	0,4044 ^a
Intragruppi	31.467.392,30	84	374.611,81		
Totale	33.400.062,50	89	375.281,60		
Regime diurno (DH) – Solo i DRG Chirurgici (8)					
Tipologia varianza	Somma quadrati	Gradi di libertà	Media quadrati	F	p-value
Intergruppi	3.167.278,70	5	633.455,74	5,51	0,0005 ^b
Intragruppi	4.825.353,84	42	114.889,38		
Totale	7.992.632,54	47	170.056,01		
Confronti multipli tariffe medie previa correzione di Bonferroni (valore-soglia: $\alpha^* = 0,0033$)					
(Somma riga-somma colonna)	Tariffario Sicilia 2002	Tariffario Lombardia 2004	Tariffario nazionale 1997	Tariffario Tuc 2005	Tariffario Lombardia 2007
Tariffario Lombardia 2004 (p-value)	- 645,72 (0,007)				
Tariffario nazionale 1997 (p-value)	- 795,61 (<0,001)	- 149,89 (1,000)			
Tariffario Tuc 2005 (p-value)	- 501,77 (0,075)	143,96 (1,000)	293,85 (1,000)		
Tariffario Lombardia 2007 (p-value)	- 699,75 (0,003)	54,03 (1,000)	95,86 (1,000)	- 197,98 (1,000)	
Tariffario Toscana 2002 (p-value)	- 570,51 (0,025)	75,21 (1,000)	225,10 (1,000)	- 68,75 (1,000)	129,27 (1,000)
Regime diurno (DH) – Solo i DRG Medici (7)					
Tipologia varianza	Somma quadrati	Gradi di libertà	Media quadrati	F	p-value
Intergruppi	103.107,60	5	20.621,52	32,76	< 0,0001 ^c
Intragruppi	22.663,21	36	629,53		
Totale	125.770,81	41	3.067,58		
Confronti multipli tariffe medie previa correzione di Bonferroni (valore-soglia: $\alpha^* = 0,0033$)					
(Somma riga-somma colonna)	Tariffario Sicilia 2002	Tariffario Lombardia 2004	Tariffario nazionali 1997	Tariffario Tuc 2005	Tariffario Lombardia 2007
Tariffario Lombardia 2004 (p-value)	- 100,63 (< 0,001)				
Tariffario nazionale 1997 (p-value)	0,13 (1,000)	100,76 (< 0,001)			
Tariffario Tuc 2005 (p-value)	4,14 (1,000)	104,77 (< 0,001)	4,01 (1,000)		
Tariffario Lombardia 2007 (p-value)	- 95,43 (< 0,001)	5,20 (1,000)	- 95,56 (< 0,001)	- 99,57 (< 0,001)	
Tariffario Toscana 2002 (p-value)	19,98 (1,000)	120,61 (< 0,001)	19,85 (1,000)	15,84 (1,000)	115,41 (< 0,001)

^a $p\text{-value}_{bootstrap} = 0,3952$; ^b $p\text{-value}_{bootstrap} < 0,0001$; ^c $p\text{-value}_{bootstrap} < 0,0001$.

numero dei Drg ad alto rischio di non appropriatezza se gestiti in regime di ricovero ordinario considerati (15 su 43): pertanto, eventuali generalizzazioni alla totalità dei Drg citati dal DPCM 29 novembre 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001) sulla base dei risultati presentati in queste pagine, potrebbero rivelarsi fuorvianti.

Altrettanto rilevante appare un secondo limite, inerente alla modalità di selezione dei tariffari alternativi al tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997), vale a dire la accessibilità di tali documenti anche al pubblico dei non addetti ai lavori mediante collegamento Internet; intuitivamente, tale ipotesi di ricerca non esclude l'esistenza – e la contestuale adozione a fini di finanziamento delle realtà ospedaliere locali – di tariffari regionali più recenti. Al proposito, occorre tuttavia osservare che, per circa 8 anni, il tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) ha costituito un importante riferimento per la realizzazione dei tariffari regionali. La maggior parte di questi ultimi, infatti, si è fondata su tale documento (anziché sulla determinazione delle tariffe in base alla raccolta empirica dei dati di costo pieno presso le strutture ospedaliere regionali), pur apportando variazioni ai rimborsi nazionali calcolate nell'ordine del $-20\%+30$ (Di Loreto, Falcitelli, 2006).

La monetizzazione secondo tariffe regionali delle differenze fra la casistica trattata in regime di ricovero ordinario e diurno nel biennio 2003-2004 riportata nelle SDO nazionali (Ministero della salute, 2005; 2006), oltre a richiamare riferimenti monetari cronologicamente eterogenei, potrebbe poi risultare inficiata dalla non sovrapposibilità del saldo delle variazioni localmente sperimentate concernenti i due regimi di ospedalizzazione.

Inoltre, relativamente ai test ANOVA eseguiti sulle tariffe medie, come sottolineava un celebre editoriale del *British Medical Journal*, «l'assenza di evidenza non è evidenza di assenza» (Altman, Bland, 1995).

Infine, pare opportuno rammentare che l'equilibrio finanziario complessivo del sistema Drg è da valutarsi considerando la totalità dell'attività di ricovero (Taroni, 1996) e non solo la frazione ad elevato rischio di

non appropriatezza se erogata in regime di ospedalizzazione ordinaria.

Fatti salvi i limiti sopra riportati, dai risultati ottenuti paiono emergere alcune indicazioni che si ritengono interessanti.

In primo luogo, sembra opportuno osservare che l'aumento della spesa ospedaliera, riscontrato monetizzando con la quasi totalità dei tariffari alternativi al documento nazionale del 1997 (Ministero della sanità, 1997) il saldo delle differenze nell'attività di ricovero ospedaliero del Ssn intercorsa nel periodo 2003-2004, è sostanzialmente causato da un aumento più che proporzionale delle tariffe per ricoveri effettuati in regime diurno rispetto alla diminuzione delle tariffe previste per la remunerazione dell'attività di ospedalizzazione in regime ordinario.

Con maggior grado di dettaglio, per quanto riguarda le tariffe destinate alla remunerazione delle ospedalizzazioni in regime ordinario, con la sola eccezione della Regione Sicilia (Regione Siciliana, 2002), tutti i tariffari regionali considerati in alternativa al tariffario nazionale 1997 (Ministero della sanità, 1997) evidenziano una riduzione delle tariffe medie anche superiore al tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005), unitamente ad una minore dispersione intorno a tale misura di posizione (figura 1).

Tale risultato – che conferma il processo di revisione tariffaria posto in essere da alcune Regioni, finalizzato a penalizzare i Drg ad alto rischio di non appropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001) e ad incrementare, contestualmente, le tariffe delle prestazioni di alta specialità (Di Loreto, Spolaore, 2004) – è particolarmente rilevante per la Regione Lombardia, specie per le tariffe in vigore dal 1° gennaio 2007 (Regione Lombardia, 2007).

Al proposito, pare pertinente osservare che, mentre il tariffario della Regione Sicilia 2002 (Regione Siciliana, 2002) richiama integralmente i rimborsi contemplati dal corrispondente documento nazionale del 1997 (Ministero della sanità, 1997), la Regione Lombardia, già nel 2003 disponeva – insieme a Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana – di un proprio modello per

la determinazione delle tariffe, in deroga a quelle suggerite dal Decreto Ministeriale (DM) 30 giugno 1997 (Ministero della sanità, 1997), ed aveva provveduto ad adottare la 19a versione del sistema Drg, introdotta a livello nazionale solo a partire dal 1° gennaio 2006 (Di Loreto, Falcitelli, 2006); all'epoca, la maggioranza delle restanti Regioni italiane utilizzava, invece, la 10ª versione di tale sistema di rimborso prospettico delle strutture ospedaliere (Di Loreto, Falcitelli, 2006).

Una ulteriore motivazione dell'attenzione dimostrata dalla Regione Lombardia alle dinamiche tariffarie pare risiedere nella netta separazione tra acquirenti ed erogatori di prestazioni sanitarie che ne caratterizza il Ssr (Jommi, 2000), alla luce della quale, verosimilmente, la calibrazione del sistema di rimborso prospettico costituisce un importante volano della gestione economicamente efficiente delle strutture ospedaliere.

I commenti operati a proposito dell'esplicito contenimento tariffario operato dalla Regione Lombardia con riferimento al regime di ricovero ordinario possono essere in parte replicati per l'ospedalizzazione in regime diurno, specie per quanto concerne il tariffario 2007 (Regione Lombardia, 2007).

Per converso, nel caso della Regione Sicilia, l'adozione di una politica tariffaria particolarmente incentivante l'attività di *day-surgery* (Regione Siciliana, 2002) non ha prodotto, secondo quanto documentato dalle autorità di politica sanitaria locali, risultati totalmente soddisfacenti anche in merito all'appropriatezza dei ricoveri in regime diurno, che hanno indotto l'attuazione di un programma fondato su abbattimenti tariffari selettivi e monitoraggio dell'attività di ricovero ospedaliero complessiva (Regione Siciliana, 2007).

Sulla scorta di tali riscontri, paiono opportune due considerazioni. In primo luogo, il DM 30 giugno 1997 (Ministero della sanità, 1997), istitutivo dell'ultima revisione ufficiale del tariffario nazionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, disponeva che, a differenza del passato (Ministero della sanità, 1994), le tariffe regionali, in luogo di quelle nazionali, costituissero il limite massimo del rimborso spettante ai fornitori operanti sul territorio

di pertinenza del Ssr (Di Loreto, Falcitelli, 2006): la variabilità tariffaria interregionale genera, pertanto, rilevanti ma controllabili riflessi sulla dinamica della spesa ospedaliera locale.

In secondo luogo, la variabilità tariffaria interregionale non pare giustificata tanto da apprezzabili differenze nei locali costi di produzione delle prestazioni sanitarie, quanto dall'impiego della tariffa quale strumento di controllo dell'offerta ospedaliera (Di Loreto, Spolaore, 2004). Per altro, tale constatazione appare compatibile con l'esistenza di tariffe regionali ampiamente inferiori ai costi effettivamente sostenuti dalle strutture erogatrici (Di Loreto, 2006).

Per quanto concerne, invece, i rimborsi contemplati dal tariffario Tuc 2005 (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005), pare emergere con evidenza la finalità di incrementare il ricovero in regime diurno nei 15 dei 43 Drg ad elevato rischio di non appropriatezza se gestiti in regime di ricovero ordinario. Tuttavia, non pare rilevarsi un'analoga penalizzazione dei rimborsi rivolti alle strutture ospedaliere che, invece, optassero per quest'ultima modalità di ricovero, dal momento che, rispetto al tariffario Tuc 2005 (Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005), la Regione Lombardia prevede una diminuzione maggiore per tali Drg e per entrambi i regimi di ospedalizzazione (Regione Lombardia, 2004; 2007) (figura 1; tabelle 3 e 4). Tale riscontro pare richiamare una possibile ed almeno temporanea inversione del previsto processo di adeguamento agli importi del tariffario Tuc 2005 da parte dei diversi tariffari regionali (Di Loreto, Falcitelli, 2006).

Pertanto, pur considerando che dall'introduzione dei sistemi di rimborso a prestazione le Regioni hanno operato su tre variabili caratterizzanti le modalità di remunerazione degli erogatori (tariffe; classificazione delle strutture; finanziamento a funzione) in maniera differenziata e coerente con le finalità di programmazione sanitaria locale (Di Loreto, Falcitelli, 2006), se tra gli obiettivi del tariffario Tuc – istituzionalmente indirizzato alla remunerazione della sola mobilità sanitaria interregionale ma ora candidato ad

assumere, di fatto, il ruolo di tariffario di riferimento nazionale (Di Loreto, Falcitelli, 2006) – rientra l'adozione delle migliori soluzioni di rimborso prospettico implementate dalle diverse realtà regionali (Di Loreto, Falcitelli, 2006), sulla base dei risultati precedentemente proposti sembrerebbero esistere spazi per ulteriori contenimenti tariffari nei confronti di almeno alcuni dei 15 Drg ad alto rischio di non appropriatezza se gestiti in regime di ricovero ordinario (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001) (figura 1). I riflessi pratici di tale osservazione sono condizionati dal verificarsi dell'ipotesi secondo la quale, nel futuro - fatta salva la coesistenza tra logiche di finanziamento a prestazione ed a funzione, sintetizzabile nella formula dell'ammontare globale predefinito introdotta dal D.L. n. 229/99 (Presidente della Repubblica, 1999) – la leva tariffaria assurga a strumento preponderante nella dialettica committente/produttore di prestazioni sanitarie, sia all'interno del territorio di pertinenza del governo locale, sia nell'ambito degli accordi per la remunerazione della mobilità sanitaria tra Ssr (Di Loreto, Spolaore, 2004). Pare infatti rilevante sottolineare che, mentre il tariffario Tuc ha l'obiettivo di finanziare i saldi di mobilità sanitaria interregionali (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005; Di Loreto, Falcitelli, 2006), le Regioni sono tenute a remunerare con le tariffe regionali gli erogatori che operano sul territorio di pertinenza, anche nel caso di prestazioni fornite ad un soggetto non residente (Di Loreto, Falcitelli, 2006); tale disposizione costituisce, di fatto, un ulteriore stimolo per le Regioni ad allineare i propri tariffari agli importi previsti dal tariffario Tuc (Di Loreto, Falcitelli, 2006).

Appare pertanto condivisibile sostenere che, allorché opportunamente indirizzato secondo logiche di appropriatezza, il sistema Drg esprima le caratteristiche di possibile strumento di *governance* del Ssn, limitando la natura originaria di volano della competizione tra strutture ospedaliere per l'attrazione dei pazienti (Fattore, 2006) e generando, conseguentemente, apprezzabili effetti di contenimento della spesa ospedaliera. Per altro, tale riflessione trova conferme da parte nella produzione scientifica

del recente filone di ricerca economico-aziendale dedicato alle politiche regionali di razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica, dal quale emergono evidenze intorno all'adozione di strumenti istituzionali (es.: tetti o target sulle prestazioni; contratti) finalizzati all'attenuazione delle dinamiche competitive attivate dai sistemi tariffari (Jommi, 2000; Fiorini *et al.*, 2002; Di Loreto, Spolaore, 2004; Jommi, Del Vecchio, 2004).

Tuttavia, ad integrazione delle considerazioni sulle cogenti esigenze di moderazione tariffaria, contenimento della spesa ospedaliera ed ampliamento dell'elenco dei ricoveri eventualmente non appropriati se effettuati in regime di ricovero ordinario, sembrerebbe lecito interrogarsi sulla già richiamata opportunità, riportata in alcuni Piani Sanitari Regionali (Vanara, 2000) ed oggetto di concreta implementazione in alcune realtà del nostro Paese (Fiorini *et al.*, 2002), di riservare, per i 43 Drg citati dal DPCM 29 novembre 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 2001), così come per alcuni Drg a bassa complessità ed a potenziale rischio di non appropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria, percorsi assistenziali a prevalente od esclusiva connotazione territoriale, obiettivo per altro contemplato nel progetto del Ministero della sanità denominato «Casa della Salute» (Agenzia sanitaria italiana, 2007b).

Al pari dell'attività di manutenzione tariffaria nazionale e regionale, tale possibile soluzione non potrebbe però prescindere dalla considerazione di un rilevante prerequisito, che al momento attuale non pare ancora soddisfatto appieno all'interno dei diversi Ssr (Di Loreto P, 2006): la valutazione, metodologicamente corretta ed effettuata secondo linee-guida definite a livello nazionale, dei costi standard di produzione sopportati dai soggetti erogatori di tali prestazioni sanitarie, al fine di stabilire modalità di finanziamento coerenti (Aguzzi, Fattore, 2006; Di Loreto, Falcitelli, 2006), comprensive, ad esempio, del tasso di inflazione Ssn-specifico (Langiano *et al.*, 2004; Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, 2005).

Note

1. Secondo alcuni Autori (Vasselli *et al.*, 2005), una prestazione sanitaria è appropriata quando risulta:
 - efficace;
 - dispensata ai reali beneficiari;
 - erogata secondo la modalità assistenziale più idonea sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico;

- tempestiva e, se del caso, continuativa.
2. Poiché la prospettiva del Ssn e dei Servizi sanitari regionali (Ssr) fa principalmente riferimento alle tariffe – metodologicamente distinte dai costi (Vanara, 1995) – per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero (Di Loreto, Spolaore, 2004), nel prosieguo del testo e nella tabelle del presente manoscritto si utilizzerà il termine analisi dei costi, pur precisando che trattasi di tariffe.

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

- AGENZIA SANITARIA ITALIANA (2007a), «Siamo quasi 59 milioni ed il 20% ha più di 65 anni», *Agenzia Sanitaria Italiana*, 18, pp. 6-7.
- AGENZIA SANITARIA ITALIANA (2007b), «“Casa della Salute”, secondo pilastro del Ssn», *Agenzia Sanitaria Italiana*, 13, pp. 2-6.
- AGUZZI G, FATTORE G. (2006), «L’analisi dei costi di produzione dei servizi e l’utilizzo delle tariffe nelle valutazioni economiche in sanità», *PharmacoEconomics Italian Research Articles*, 8, pp. 62-66.
- ALTMAN D.G., BLAND M.J. (1995), «Statistics notes: absence of evidence is not evidence of absence», *British Medical Journal*, 311, p. 485.
- ATTENA F. (2004), *Epidemiologia e valutazione degli interventi sanitari*, Piccin, Padova, pp. 42-43.
- BARBER J.A., THOMPSON S.G. (2000), «Analysis of cost data in randomized trials: an application of the non-parametric bootstrap», *Statistics in Medicine*, 19, pp. 3219-3236.
- BERTO P., VAGLIASINDI C. (2006), «L’utilizzo delle tariffe DRG come standard del costo delle prestazioni ospedaliere nelle valutazioni economiche in Italia», *PharmacoEconomics Italian Research Articles*, 8, pp. 82-87.
- BRIGGS A., CLARKE P., POLSKY D., GLICK H. (2003), *Modelling the cost of health care interventions, Paper prepared for DEEM III: Costing Methods for Economic Evaluation*. University of Aberdeen, 15-16th April.
- BROUWER W., RUTTEN F., M. KOOPMANSCHAP (2001), «Costing in economic evaluations», in M. Drummond, A. McGuire (Eds), *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*, Oxford University Press, Oxford, pp. 68-93.
- CANTÙ E., JOMMI C. (2003), «I sistemi di finanziamento e di controllo della spesa in cinque regioni: un aggiornamento al 2003», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano, pp. 168-192.
- CANTÙ E. (2004), «Il finanziamento delle aziende sanitarie nella Regione Toscana», in C. Jommi (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano, pp. 129-155.
- CARUSO E., DIRINDIN N. (2007), «La Sanità nel 2006: cambia il tono, resta il rigore», in M.C. Guerra, A. Zanardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2007*, il Mulino, Bologna, pp. 79-101.
- CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO (2005), *Tariffa Unica Convenzionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Regole e tariffe valide per l’anno 2006*, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Roma, 15 dicembre.
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 NOVEMBRE 2001 (2001), «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», Allegato 2C, Supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale*, n. 33, dell’8 febbraio 2002, Serie generale, Istituto Poligrafico e Zecca di Stato, Roma, pp. 49-50.
- DESGAGNÉ A., CASTILLOUX A.M., ANGERS J.F., LELORIER J. (1998), «The use of bootstrap statistical method for the pharmacoeconomic cost analysis of skewed data», *PharmacoEconomics*, 13, pp. 487-497.
- DI LORETO P, SPOLAORE P. (2004), «L’evoluzione del sistema nelle politiche regionali», in N. Falcitelli, T. Langiano (a cura di), *Politiche innovative del Ssn: i primi dieci anni dei DRG in Italia*, il Mulino, Bologna, pp. 117-164.
- DI LORETO P. (2006), «L’approccio della Regione dell’Umbria alla determinazione del tariffario per la remunerazione delle prestazioni di ricovero», *PharmacoEconomics Italian Research Articles*, 8, pp. 74-81.
- DI LORETO P., FALCITELLI N. (2006), «La remunerazione delle attività di assistenza ospedaliera», in N. Falcitelli, T. Langiano (a cura di), *La remunerazione delle attività sanitarie*, il Mulino, Bologna, pp. 147-176.
- DRUMMOND M.F., SCHULPER M.J., TORRANCE G.W., O’BRIEN B.J., STODDART G.L. (2005), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, (3rd ed), Oxford University Press, Oxford.
- EFRON B., TIBSHIRANI R.J. (1993), *An Introduction to the Bootstrap*, Chapman and Hall, New York, pp. 220-236.
- FATTORE G. (2006), «L’organizzazione dei servizi sanitari: un’analisi per servizi», in C. Cislighi (a cura di), *Gli scenari della sanità*, Franco Angeli, Milano, pp. 123-162.

- FIORINI M., MALL S., DONATINI A. (2002), «L'appropriatezza assistenziale: il ruolo dei contratti e delle tariffe», in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia 2002*, il Mulino, Bologna, pp. 129-161.
- JOMMI C. (2000), «I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Egea, Milano, pp. 71-92.
- JOMMI C. (2004), «I sistemi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie: cinque realtà regionali a confronto», in C. Jommi (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano, pp. 41-71.
- JOMMI C., DEL VECCHIO M. (2004), «I sistemi di finanziamento delle aziende nel servizio sanitario nazionale», *Mecosan*, 49, pp. 9-20.
- JUUL S. (2006), *An Introduction to Stata for Health Researchers*, Stata Press, College Station, TX, pp. 211-213.
- LANGIANO T., COPELLO F., DE BRAUD F., FORTINO A., LONGO A., MERLINO L., PASSERINO C., PENNELLI O., REPETTO F., TRAVERSI P., ZOCCHETTI C., SALATINO G. (2004), «Gruppo tecnico sul sistema di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale ex articolo 8-sexies del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni», in N. Falcitelli, T. Langiano (a cura di), *Politiche innovative del Ssn: i primi dieci anni dei DRG in Italia*, il Mulino, Bologna, pp. 185-211.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (2006), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (2005)*, Volumi I-II, Istituto Poligrafico e Zecca di Stato, Roma.
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (2007), *Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 2008-2011*, Istituto Poligrafico e Zecca di Stato, Roma, giugno.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2005), «Sistema Informativo Sanitario, SDO. I dati delle SDO. File dati delle SDO 2003», www.sanita.it/sdo/software/datisdo.htm, Ministero della Salute, Roma, giugno (Ultima consultazione il 29 luglio 2007).
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), «Sistema Informativo Sanitario, SDO. I dati delle SDO. File dati delle SDO 2004», www.sanita.it/sdo/software/datisdo.htm, Ministero della Salute, Roma, giugno (Ultima consultazione il 29 luglio 2007).
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1994), «Decreto ministeriale 15 aprile 1994. Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», Supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale*, n. 107 del 10 maggio 1994, Serie generale. Istituto Poligrafico e Zecca di Stato, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1995), «Linee di guida n. 1/95. Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle «Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi ed i servizi extra-ospedalieri», *Gazzetta Ufficiale*, n. 150 del 29 giugno 1995, Serie generale, Istituto Poligrafico e Zecca di Stato, Roma.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (1997), «Decreto ministeriale del 30 giugno 1997. Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al decreto ministeriale 14 dicembre 1994», Supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale*, n. 209 dell'8 settembre 1997 - Serie generale, Istituto Poligrafico e Zecca di Stato, Roma.
- PAGANO M., GAUVREAU K. (2000), *Principles of Biostatistics* (2nd ed), Brooks/Cole, trad. it.: Angelillo I.F., Pavia M., Villari P. (a cura di) (2003), *Fondamenti di biostatistica* (2ª ed.), Idelson-Gnocchi, Napoli, pp. 217-228.
- PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA (1999), «Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419», Supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale*, n. 165 del 16 luglio 1999, Serie generale, Istituto Poligrafico e Zecca di Stato, Roma.
- REGIONE LOMBARDIA (2004), «Revisione del valore del punto DRG ed integrazioni tariffarie relative ad alcuni DRG, endoprotesi ed al nomenclatore tariffario di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale. - All. I DGR N. VII/18585 del 5 agosto 2004», www.dgsan.lombardia.it, Regione Lombardia, Milano, 5 agosto (Ultima consultazione il 25 luglio 2007).
- REGIONE LOMBARDIA (2007), «Tariffe delle prestazioni ospedaliere in regime di ricovero, in vigore dalle dimissioni del 1° gennaio 2007 (CMS-DRG Grouper V19.0) - DGR n. 3776 del 13 dicembre 2006 e n. 4239 del 28 febbraio 2007», www.dgsan.lombardia.it, Regione Lombardia, Milano, 28 febbraio (Ultima consultazione il 25 luglio 2007).
- REGIONE SICILIANA (2007), «Piano di contenimento e di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2007-2009», www.Regione.sicilia.it/sanita/media (Ultima consultazione il 12 agosto 2007).
- REGIONE SICILIANA (2002), «Assessorato della Sanità. Decreto 21 giugno 2002. Modifica del decreto 12 giugno 2002, concernente classificazione delle strutture sanitarie pubbliche e private e rideterminazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera», *Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana*, n. 30 del 1° luglio, *Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana*, Palermo.
- REGIONE TOSCANA (2002a), «Delibera n. 372 del 15 aprile 2002. Dipartimento della Salute e delle Politiche della Solidarietà. Revisione dei criteri di attribuzione delle tariffe ai presidi di ricovero per acuti (livelli tariffari). Individuazione dei DRG di alta specialità e loro remunerazione. Allegato 1», www.rete.toscana.it, Regione Toscana, Firenze, aprile (Ultima consultazione il 24 giugno 2007).
- REGIONE TOSCANA (2002b), «Delibera Consiglio Regionale n. 60 del 9 aprile 2002. Piano Sanitario Regionale 2002-2004. Linee guida per la formazione del Piano integrato sociale 2002-2004», www.rete.toscana.it, Regione Toscana, Firenze, aprile (Ultima consultazione il 24 giugno 2007).
- TARONI F. (1996), *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma: pp. 1-48.

- TIBSHIRANI R.J. (tibs@stanford.edu) (2007), Re: Bootstrap ANOVA, Comunicazione personale per posta elettronica del 16 gennaio.
- VANARA F. (1995), *Il nuovo sistema di finanziamento nel servizio sanitario nazionale*, Aracne, Roma, pp. 17-18.
- VANARA F. (2000), «La programmazione dell'assistenza ospedaliera», in N. Falcitelli, M. Trabucchi e F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2000. L'Ospedale del futuro*, il Mulino, Bologna, pp. 125-147.
- VASSELLI S., FILIPETTI G., SPIZZICHINO L. (2005), *Misurare la performance del sistema sanitario. Proposta di una metodologia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, p. 38.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

Monografie

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

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Personale infermieristico interno e in outsourcing: contesto aziendale e soddisfazione professionale

MANUELA S. MACINATI

One of the major trends within the SSN over the past few years has been the move towards outsourcing. Outsourcing in the Italian health care sector has typically regarded non clinical services (e.g.: security, garden and grounds, car parking, food and cleaning services). Recently, it has been extended to essential activities and, particularly, to nursing. Despite nursing outsourcing is a growing phenomenon within healthcare providers, there has been limited research that studies professional satisfaction, professional practice, and staff performance in context where internal staff works together with outsourced staff. Basing on Kanter's theory, this paper presents the results of an empirical study conducted on four selected healthcare providers (AO, Irccs, Policlinico universitario and Ospedale a gestione diretta) on nursing outsourcing and professional satisfaction.

Keywords: outsourcing, personale infermieristico, motivazione, soddisfazione, performance

Note sull'autore

Manuela S. Macinati, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia, Roma
msmacinati@rm.unicatt.it

1. Introduzione

Tra i fenomeni che meglio segnalano l'adozione da parte delle aziende sanitarie pubbliche di logiche economico-aziendali vi è il ricorso a soluzioni dirette alla riduzione dell'estensione verticale delle combinazioni di produzione e consumo. In un contesto caratterizzato dalla ricerca di più elevati livelli di economicità e in un'ottica di ridisegno organizzativo, di specializzazione e di complementarietà, l'esigenza di rendere l'azienda sanitaria più snella, flessibile e adattabile alle opportunità e ai vincoli provenienti dall'ambiente esterno si è sostanziata nella ricerca di un equilibrio dinamico e sinergico tra competenze, risorse e attività interne e quelle acquisibili all'esterno attraverso l'instaurazione di opportune relazioni di collaborazione.

L'affidamento a terzi di attività precedentemente svolte all'interno si è frequentemente sostanziato nello sviluppo di rapporti di *outsourcing*, cioè in quella «particolare modalità di esternalizzazione che ha per oggetto l'enucleazione di intere aree di attività, strategiche e non, e che si fonda sulla costituzione di una *partnership* tra l'azienda che esternalizza e un'azienda già presente sul mercato in qualità di specialista» (Arcari, 1996).

Le pressioni create dall'assetto istituzionale di riferimento in materia di reclutamento del personale e di rispetto del vincolo di bilancio, da un lato, e l'ampliamento degli spazi strategici e operativi attribuiti alle aziende sanitarie pubbliche, dall'altro, hanno favorito il progressivo ricorso all'*outsourcing* parziale di professionalità di varia natura e, tra queste, del personale infermieristico.

Tuttavia, a differenza di altre professionalità per le quali è possibile ricorrere al-

SOMMARIO

1. Premessa
2. *Outsourcing* del personale infermieristico, contesto aziendale e soddisfazione professionale
3. La ricerca empirica
4. Discussione e conclusioni

l'*outsourcing* parziale, l'attività infermieristica presenta talune peculiarità legate al ruolo da essa svolto nella definizione e nella qualificazione dell'*output* erogato dall'azienda sanitaria. L'attività infermieristica, infatti, è intimamente legata al *core business* e tale da poter contribuire, in qualità di *core competencies*, al conseguimento del vantaggio competitivo. Ciò impone di riflettere attentamente sulle problematiche di carattere organizzativo e relazionale che possono derivare dall'*outsourcing* parziale del personale infermieristico. In particolare, la temporaneità del rapporto che si instaura tra l'azienda sanitaria e il personale infermieristico in *outsourcing* potrebbe influenzarne la soddisfazione professionale. Ciò, in considerazione della centralità del ruolo dell'infermiere nel processo di cura, potrebbe riflettersi non solo sul successo dell'operazione di *outsourcing*, ma anche sul grado di raggiungimento da parte dell'azienda sanitaria delle proprie finalità istituzionali.

La diffusione dell'*outsourcing* parziale del personale infermieristico tra le aziende sanitarie pubbliche ed equiparate (Macinati, 2006) e la scarsità di ricerche sull'argomento suggeriscono di approfondire l'analisi del fenomeno in oggetto.

Il presente lavoro si articola in due parti. In una prima sezione viene approfondita l'analisi del fenomeno dell'*outsourcing* del personale infermieristico e viene analizzata la relazione tra contesto aziendale, soddisfazione professionale e risultati aziendali alla luce degli spunti teorici e applicativi provenienti dalla letteratura internazionale (§ 2). Nella seconda sezione (§ 3) vengono presentati i risultati di una ricerca empirica in tema di soddisfazione professionale del personale infermieristico interno e in *outsourcing*. La ricerca, condotta presso quattro strutture sanitarie della regione Lazio, è supportata dalla teoria di Kanter (1977; 1993) in materia di rapporto tra contesto aziendale e soddisfazione professionale.

2. Outsourcing del personale infermieristico, contesto aziendale e soddisfazione professionale

Il fenomeno dell'*outsourcing* è stato variamente analizzato in letteratura individuando,

su base teorica ed empirica, le motivazioni, i vantaggi e i limiti.

Scarsa attenzione è stata tuttavia attribuita alla valutazione degli effetti dell'*outsourcing* sul personale e sul rapporto tra *outsourcing* e risultati aziendali. In particolare, se si eccettua il lavoro di Lilly e altri (2005), sia la letteratura nazionale che internazionale trascurano di indagare le circostanze al ricorrere delle quali l'*outsourcing* del personale consente di generare valore per l'azienda permettendo alla stessa di conseguire i risultati desiderati in termini istituzionali, economico-reddituali, strategici e sociali.

Se da un lato l'*outsourcing* può consentire l'ottenimento di benefici di varia natura, dall'altro può incidere negativamente sul conseguimento delle finalità istituzionali a causa dei possibili effetti sulla qualità dell'*output* erogato, sui rapporti interpersonali e professionali, sul clima aziendale e sulla motivazione del personale (SHRM, 2004).

La carenza di studi sull'argomento è particolarmente avvertita nel settore sanitario. Nelle aziende sanitarie, tipici sistemi professionali (Mintzberg, 1979), la qualità dell'*output* erogato, la sua efficacia e la sua appropriatezza dipendono in maniera cruciale dall'assistenza prestata al paziente, rispetto alla quale l'attività infermieristica riveste un ruolo cruciale.

L'*outsourcing* del personale infermieristico, invero, presenta in sé alcune problematiche legate al ruolo svolto dallo stesso nella definizione e qualificazione dell'*output* erogato dall'azienda. L'assistenza infermieristica contribuisce direttamente alla definizione del *core service* dell'azienda sanitaria, alla creazione di valore e, qualora interpretata dall'azienda come *core competence*, al conseguimento del vantaggio competitivo (figura 1).

In linea di principio, gli studi riportati nella letteratura internazionale sottolineano l'inappropriatezza dell'*outsourcing* del personale qualora l'attività svolta sia riconducibile al *core business* dell'azienda e sia per sua natura di carattere relazionale (Gilley et al., 2004; Greer, 2001) o, sotto un'altra prospettiva, sia direttamente strumentale al raggiungimento delle finalità istituzionali e non sia strettamente routinaria (Lepak, Snell, 1998).

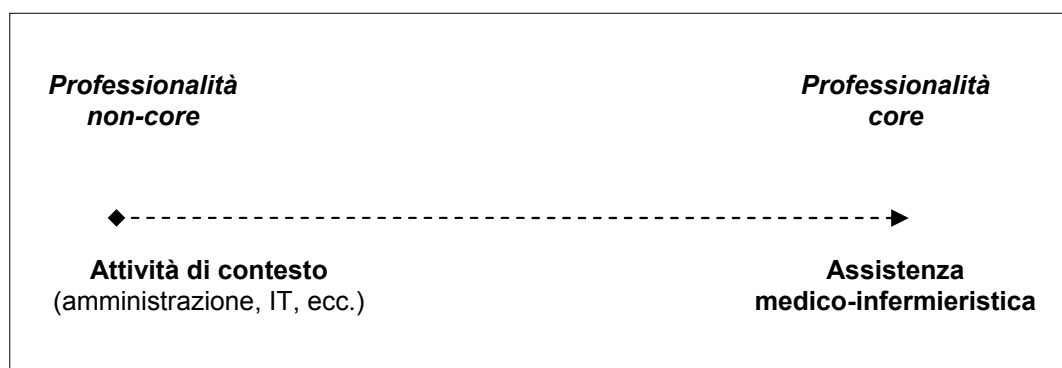


Figura 1
Professionalità core e non-core in sanità

Tali caratteristiche sono facilmente riscontrabili nella professione infermieristica per la quale, in linea teorica, andrebbe evitato il ricorso all'*outsourcing*.

La realtà, tuttavia, mostra come le aziende sanitarie pubbliche ed equiparate ricorrono variamente all'*outsourcing* del personale infermieristico, normalmente per far fronte a carenze temporanee di professionalità¹ dovute alla presenza di vincoli normativo-istituzionali in materia di gestione del personale (Macinati, 2006)².

L'*outsourcing* del personale infermieristico, che sfuggirebbe ai criteri di desiderabilità previsti dagli studi teorici ed empirici in tema di *outsourcing* delle risorse umane, potrebbe essere ricondotto a motivazioni prettamente istituzionali. Specialmente nell'area del personale infermieristico, sarebbe dunque possibile delineare un approccio «reattivo» da parte delle aziende alle scelte di *outsourcing* effettuate. Esse potrebbero essere interpretate come una soluzione alla carenza di personale che non può essere altrimenti affrontata in modo efficace a causa delle rigidità insite nel contesto istituzionale di riferimento³.

È altresì indubbio che il ricorso all'*outsourcing* delle risorse umane consente alle aziende sanitarie di conseguire vantaggi in termini reddituali attraverso l'eliminazione dei costi diretti e indiretti correlati all'assunzione, alla formazione, alla supervisione, alla gestione amministrativa e alla sostituzione del personale.

In sintesi, i principali vantaggi del ricorso all'*outsourcing* del personale infermieristico possono essere ricondotti a:

- sostituzione immediata del personale assente a cura del terzo;
- attività di formazione e aggiornamento del personale in *outsourcing* a carico del terzo;
- attività inerenti all'assunzione del personale in *outsourcing* a carico del terzo;
- gestione operativa e amministrativa del personale in *outsourcing* a carico del terzo;
- sostituzione di costi fissi del lavoro con costi variabili.

La possibilità di conseguire tali vantaggi e l'entità degli stessi dipende, tuttavia, da una valutazione a priori dei fattori che influenzano i risultati dell'operazione di *outsourcing*. Tra questi le caratteristiche del terzo, la tipologia e l'intensità della relazione e il contenuto del contratto che intercorre tra le parti. Particolare attenzione deve dunque essere posta alla fase di selezione del terzo e di stipula del contratto in modo da creare i presupposti per il successo dell'operazione.

Sebbene la fase preliminare di sviluppo della relazione di *outsourcing* sia fondamentale per la creazione di valore, l'importanza dell'attività infermieristica nel processo assistenziale richiede di considerare altresì le condizioni organizzative e interpersonali che influenzano nella fase operativa la performance del personale infermieristico in *outsourcing* e, conseguentemente, l'esito della stessa operazione di *outsourcing*.

La letteratura internazionale ha ampiamente riconosciuto l'esistenza di una significativa relazione tra aspetti organizzativi e gestionali dell'unità nel quale il personale infermieristico opera, soddisfazione professionale e *outcome* clinico (Aiken, 1994, 1997,

2002; Packard, Motowidlo, 1987; Cavanagh, Coffin, 1992).

Il contesto organizzativo e gestionale dell'unità operativa nel quale il personale opera dovrebbe fornire le condizioni necessarie per permettere la piena espressione della propria professionalità e lo svolgimento efficace ed efficiente della propria attività. Qualora il personale non percepisca tale supporto potrebbe ritenere che l'azienda non valorizzi il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Ciò potrebbe riflettersi negativamente sulla propria soddisfazione personale e, conseguentemente, sull'*outcome* clinico. L'analisi della letteratura permette di enucleare diverse teorie in tema di soddisfazione professionale: (i) le *Discrepancy Theories*, che si concentrano sullo studio della eventuale differenza tra i bisogni professionali percepiti e i bisogni professionali soddisfatti dall'azienda; (ii) le *Equity Theories*, che si basano sulla comparazione sociale nella valutazione dei riconoscimenti professionali; (iii) le *Expectancy Theories*, che focalizzano la loro attenzione sulla motivazione professionale. La soddisfazione professionale è altresì concepita come elemento determinato dalla sommatoria di una serie di variabili discrete relative alle caratteristiche del lavoro (Stamps, Peidmont, 1986; Traynor, Wade, 1993). Nonostante le differenti prospettive di analisi proposte dalle diverse teorie è possibile interpretare la soddisfazione professionale come il grado di «coinvolgimento positivo» rispetto a un'attività professionale o a sue componenti (Adams, Bond, 2000). Tale coinvolgimento positivo può essere ricondotto sia a elementi di natura personale che alle modalità di svolgimento del lavoro e, in particolare, alle condizioni organizzative del contesto nel quale il lavoro si svolge.

La relazione tra contesto aziendale e soddisfazione professionale può essere studiata alla luce della teoria proposta da R.M. Kanter sull'*empowerment* del personale. Secondo Kanter (1977; 1993), il contesto aziendale dovrebbe fornire al lavoratore le opportunità di crescita e il potere necessario per accedere e mobilitare le risorse, nonché il supporto e le informazioni indispensabili per lo svolgimento del proprio lavoro.

L'accessibilità a questi elementi che consentono l'*empowerment* del personale è in-

fluenzato dal grado di potere formale e informale detenuto dall'individuo. Il potere formale si riferisce allo svolgimento delle attività riguardanti il proprio lavoro e si acquisisce attraverso la visibilità e la centralità delle stesse per il raggiungimento degli obiettivi aziendali o la soluzione di problemi contingenti (Brown, Kanter, 1982). Il potere informale si riferisce allo sviluppo di opportune relazioni con i propri colleghi, superiori e subordinati.

Nel momento in cui il lavoratore dispone di un appropriato livello di potere formale e informale può accedere a risorse, informazioni e opportunità adeguate per lo svolgimento efficace ed efficiente della propria attività professionale. L'accesso alle risorse si riferisce alla disponibilità di strumentazioni, materiali, presidi, denaro e tempo per lo svolgimento della propria attività. L'accesso alle informazioni riguarda da un lato la conoscenza dei valori e degli obiettivi aziendali e dall'altro l'acquisizione di dati, indicazioni pratiche e ragguagli tecnici richiesti per l'adempimento delle proprie funzioni. Il supporto è relativo alla guida, al sostegno alla risoluzione dei problemi e al *feedback* ricevuti da superiori e colleghi. Le opportunità si riferiscono alle prospettive di crescita professionale all'interno dell'azienda e allo sviluppo di opportunità per consolidare le conoscenze e le capacità richieste dalla professione svolta.

Secondo Kanter (1993) gli individui che hanno accesso al potere e alle opportunità sono in grado di svolgere la propria attività in modo da contribuire al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati aziendali. Poiché essi dispongono di tali strumenti forniti dal contesto aziendale risultano altamente motivati e in grado di favorire l'*empowerment* dei propri colleghi. Coloro che non percepiscono il supporto da parte dell'azienda in termini di accesso a potere e opportunità avvertono in misura minore il proprio ruolo all'interno dell'azienda e il proprio contributo al raggiungimento degli obiettivi aziendali. La mancata percezione da parte dell'individuo del supporto da parte dell'azienda ai fini dell'*empowerment* si risolve in una minore soddisfazione professionale (Laschinger, Haven, 1996; Laschinger *et al.*, 2001; Kutzscher *et al.*, 1996) che, a sua volta, in-

fluenzerebbe negativamente la performance del dipendente (Sarmiento *et al.*, 2004).

3. La ricerca empirica

3.1. Obiettivi e schema analitico della ricerca

La letteratura internazionale riporta numerosi studi relativi al rapporto tra soddisfazione del personale infermieristico e contesto aziendale. Non appaiono, al contrario, lavori specificatamente riferiti al personale infermieristico in *outsourcing*.

In considerazione della rilevanza del fenomeno dell'*outsourcing* del personale infermieristico e della carenza di studi sull'argomento, il presente lavoro intende esaminare il rapporto tra contesto aziendale e soddisfazione professionale nel caso del personale infermieristico interno e in *outsourcing*. In particolare, basandosi sulla teoria di Kanter sull'*empowerment* del personale, il presente lavoro intende verificare eventuali differenze di percezione tra personale interno e in *outsourcing* rispetto al supporto offerto dall'azienda in termini opportunità di crescita e accesso alle risorse e ai suoi riflessi sulla soddisfazione del personale (figura 2). La ricerca non esamina invece il rapporto tra il lavoratore e il soggetto terzo dal quale egli dipende (spesso una cooperativa di lavoro)⁴.

La percezione da parte dell'infermiere del supporto offerto dall'azienda in termini di opportunità di crescita e di potere necessario per accedere e mobilitare le risorse, il supporto e le informazioni indispensabili per lo svolgi-

mento del proprio lavoro potrebbe invece differire tra personale interno e in *outsourcing*. Infatti, il rapporto temporaneo che viene a instaurarsi tra l'azienda sanitaria e il personale in *outsourcing* potrebbe riflettersi negativamente sulla percezione del supporto da parte dell'azienda e sulla soddisfazione professionale.

Sulla base delle indicazioni provenienti dallo schema analitico sono state individuate e operazionalizzate una serie di variabili di ricerca relative all'accessibilità alle informazioni, risorse, opportunità, supporto da parte del responsabile, ruoli formali, rapporti informali con colleghi e superiori, supporto da parte dell'azienda (tabella 1).

La misura della soddisfazione globale è tratta da quella impiegata dall'*Institute for Social Research* dell'Università del Michigan, seppur adattata alla peculiarità del contesto italiano. Le variabili di cui si compone e le domande formulate sono indicate in tabella 1. I punteggi ottenuti nelle singole domande sono stati successivamente sommati per ottenere un indice della soddisfazione globale.

3.2. Materiali e metodi

Gli obiettivi di ricerca sono stati perseguiti attraverso la predisposizione e la somministrazione di un questionario presso un campione⁵ di quattro aziende operanti nella regione Lazio che dispongono di personale infermieristico in *outsourcing*: un policlinico, un'azienda ospedaliera, un Irccs, un ospedale a gestione diretta.

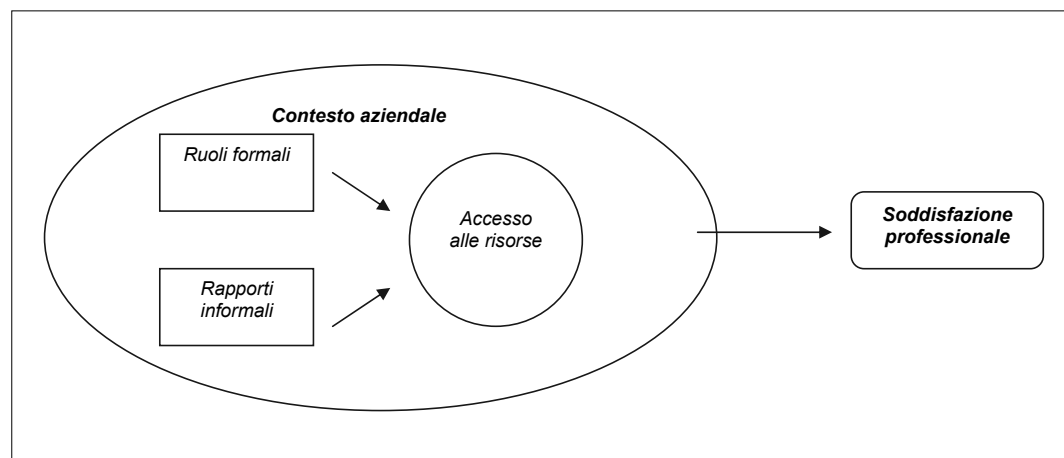


Figura 2
Lo schema analitico della ricerca

Tabella 1

Le aree di ricerca e le variabili indagate

Contesto aziendale	Accessibilità a: <ul style="list-style-type: none"> ● informazioni 	<ul style="list-style-type: none"> – Comunicazione degli obiettivi assegnati. – Comunicazione delle informazioni relative agli obiettivi dell'ospedale e dell'unità operativa. – Comunicazione delle procedure interne e/o le linee guida adottate nel reparto. – Disponibilità di informazioni circa l'effettiva disponibilità di risorse necessarie per lo svolgimento dell'attività. – Disponibilità di informazioni circa la struttura organizzativa dell'ospedale e delle persone alle quali rivolgersi per lo svolgimento dell'attività.
	<ul style="list-style-type: none"> ● risorse necessarie allo svolgimento dell'attività 	<ul style="list-style-type: none"> – Tempo concesso per il conseguimento degli obiettivi assegnati. – Tempo concesso per la corretta compilazione della scheda infermieristica. – Disponibilità di risorse adeguate per quantità e qualità per lo svolgimento dell'attività.
	<ul style="list-style-type: none"> ● opportunità di crescita professionale 	<ul style="list-style-type: none"> – Opportunità di crescita professionale. – Ruolo della presenza/mancanza di un rapporto stabile con una specifica unità operativa sulla possibilità di crescita professionale.
	<ul style="list-style-type: none"> ● supporto da parte del responsabile 	<ul style="list-style-type: none"> – Consigli e suggerimenti utili per poter svolgere al meglio l'attività. – <i>Feedback</i> sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati. – Portavoce verso l'esterno o verso altri gruppi professionali delle problematiche ed esigenze della unità operativa ed esigenze degli infermieri in <i>outsourcing</i>.
	Potere formale	<ul style="list-style-type: none"> – Visibilità del proprio lavoro. – Incentivazione. – Flessibilità.
	Potere informale	<ul style="list-style-type: none"> – Rapporti di collaborazione con colleghi, superiori e medici.
	Supporto da parte dell'azienda	<ul style="list-style-type: none"> – Considerazione da parte dell'azienda. – Valorizzazione dei contributi individuali. – Gestione delle lamentele.
Soddisfazione professionale globale	Soddisfazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> – Soddisfazione generale. <ul style="list-style-type: none"> ● In generale, è soddisfatto del suo lavoro? – Conferma scelta professionale. <ul style="list-style-type: none"> ● Sulla base della sua esperienza di lavoro, se le offrisse nuovamente di diventare infermiere cosa deciderebbe? – Aspettative. <ul style="list-style-type: none"> ● Le sue aspettative circa il ruolo del infermiere sono state confermate dalla sua esperienza professionale? – Consiglio. <ul style="list-style-type: none"> ● Se suo figlio/a fosse intenzionato/a a diventare infermiere, cosa gli consiglierebbe?

Il questionario anonimo, elaborato sulla base delle variabili indicate in tabella 1, si articolava in trenta *item*. I ventiquattro *item* relativi al contesto aziendale sono stati proposti in forma di affermazioni rispetto alle quali rispondente è stato chiamato a indicare il proprio grado di accordo/disaccordo attraverso una scala Likert 1-7. I rimanenti *item* relativi alla soddisfazione professionale sono stati espressi sottoforma di domande a risposta multipla con tre opzioni per ogni *item* (da «poco» a «molto»).

Il questionario, dopo una fase pilota, è stato distribuito agli infermieri interni e in *outsourcing* presenti nelle unità operative interessate dal fenomeno dell'*outsourcing*. Tale livello organizzativo, infatti, presentando una specifica cultura e un suo proprio clima (Thomas, 1992), potrebbe essere in grado di influenzare la percezione da parte dell'infermiere in *outsourcing* delle opportunità di crescita e di accesso alle risorse. Conseguentemente, sebbene l'analisi potesse essere svolta anche con riferimento ad altri livelli organizzativi (azienda, dipartimento, ecc.), l'unità operativa «reparto», intesa come struttura fisica e sociale, è apparso il livello di analisi più opportuno per la conduzione dello studio.

Per la selezione delle unità operative coinvolte nello studio sono state a priori escluse le unità operative a elevata complessità assistenziale (terapie intensive, rianimazione, dipartimento di emergenza e accettazione) e quelle con meno di due infermieri in *outsourcing*.

La somministrazione del questionario, consegnato personalmente agli interessati presso le unità operative coinvolte nella ricerca, è iniziata nel maggio 2006 e conclusa alla fine di giugno dello stesso anno.

Il tasso medio di ritorno del questionario è stato del 54% per il personale interno e del 74,7% per il personale in *outsourcing* (tabella 2) su un totale, rispettivamente, di 276 infermieri interni e 119 infermieri in

outsourcing. Con riferimento al tasso di ritorno dei questionari, non sussistono differenze statisticamente significative né tra le diverse aziende, né tra le diverse unità operative.

I dati raccolti sono stati analizzati statisticamente. Allo scopo di spiegare il comportamento delle relazioni tra le diverse variabili di ricerca è apparso opportuno ricorrere all'Analisi delle componenti principali (PCA) e all'Analisi fattoriale (FA). Esse si propongono di esaminare la struttura delle relazioni tra variabili e di identificare alcuni «attributi» che, pur non esistendo nella realtà, determinano i comportamenti individuali e incidono sulla percezione rispetto a una specifica problematica. La PCA e la FA consentono di misurare gli effetti apparenti dell'attributo e di individuare l'elemento che li correla. Quest'ultimo altro non è che lo stesso l'attributo soggiacente responsabile degli atteggiamenti e della percezione individuale. In psicologia, questi attributi sono chiamati costrutti ipotetici; in statistica sono chiamati fattori o variabili latenti.

Il percorso logico seguito per l'analisi dei dati si è sviluppato in tre differenti momenti:

- 1) analisi fattoriale e delle componenti principali per la determinazione dei fattori latenti relativi al rapporto con l'azienda;
- 2) determinazione dell'indicatore di soddisfazione globale;
- 3) analisi della relazione tra fattori latenti relativi al rapporto con l'azienda e la soddisfazione professionale globale.

3.2. Risultati

L'impiego dell'analisi fattoriale ha permesso di trasformare l'elevato numero di variabili indipendenti relative al contesto aziendale in un numero inferiore di fattori latenti. Dalle ventiquattro variabili originarie sono stati estratti 3 fattori in grado di spiegare il 72.5% della varianza complessiva.

	Personale coinvolto	Rispondenti (valore assoluto)	Rispondenti (valore percentuale)
Personale interno	276	149	54.0%
Personale in <i>outsourcing</i>	119	89	74.7%

Tabella 2
I rispondenti

Il passo successivo è stato quello dell'interpretazione dei fattori. Il primo fattore è stato ricondotto al costrutto postulato «*prospettive di crescita e accessibilità alle risorse e informazioni*». Le variabili che incidono su tale fattore latente sono relative alla possibilità di crescita professionale all'interno dell'azienda considerata e alla disponibilità di risorse materiali e di tempo adeguati per lo svolgimento dell'attività. Il secondo fattore latente è stato individuato nel «*supporto da parte dell'azienda e del responsabile infermieristico*». Tale fattore si riferisce alla valorizzazione del ruolo dell'infermiere da parte dell'azienda e del responsabile infermieristico. Il terzo fattore latente, «*potere*», aggregava le variabili riferite al potere formale all'interno dell'azienda e a quello informale. I fattori latenti e le relative variabili costituenti sono indicate nella **tabella 3**.

I diversi fattori estratti sono statisticamente robusti poiché l'alpha di Cronbach relativo a ciascuno di essi assume un valore superiore a quello raccomandato (0.7) e pari, rispettivamente per i tre fattori, a 0.834, 0.855, 0.878.

Per verificare eventuali difformità di percezione da parte degli infermieri interni e in *outsourcing* rispetto al contesto aziendale è

stato impiegato il testo della somma dei ranghi. Il test della somma dei ranghi applicato al fattore latente 1, «prospettive di crescita e accessibilità alle risorse e informazioni», e al fattore latente 2, «supporto da parte dell'azienda e del responsabile infermieristico», ha portato al rigetto dell'ipotesi nulla dell'uguaglianza dei due campioni ($p < 0.01$). Analogo test è stato applicato al terzo fattore latente «potere». In questo caso, a differenza dei precedenti, la probabilità di errore ha raggiunto un valore superiore a quanto si era disposti ad accettare e pari a 0.017. Ne consegue che i due campioni considerati (infermieri interni e in *outsourcing*) percepiscono in modo statisticamente analogo gli aspetti legati al potere formale e informale.

Allo scopo di valutare la diversa percezione da parte dei due gruppi di rispondenti rispetto al medesimo fattore latente, è stato ottenuto un indicatore sintetico di ciascuna dimensione (Lichtenstein, 1984) sommando i punteggi attribuiti dai rispondenti a ciascuna degli *item* aggregati nel fattore latente considerato (**tabella 4**). La variabile latente «potere» non è stata inclusa nell'analisi che segue a causa del mancato rigetto dell'ipotesi nulla riferita all'uguaglianza tra i due gruppi. L'analisi descrittiva mostra valori sistemati-

Tabella 3

I fattori latenti relativi al contesto aziendale

	Fattori latenti		
	1	2	3
Opportunità di crescita professionale.	0.752		
Ruolo della presenza/mancanza di un rapporto stabile con una specifica unità operativa sulla possibilità di crescita professionale.	0.748		
Tempo concesso per il conseguimento degli obiettivi assegnati.	0.733		
Disponibilità di risorse adeguate per quantità e qualità per lo svolgimento dell'attività.	0.710		
Tempo concesso per la corretta compilazione della scheda infermieristica.	0.671		
Disponibilità di informazioni circa l'effettiva disponibilità di risorse necessarie per lo svolgimento dell'attività.	0.643		
Disponibilità di informazioni circa la struttura organizzativa dell'ospedale e delle persone alle quali rivolgersi per lo svolgimento dell'attività.	0.620		
Consigli e suggerimenti utili per poter svolgere al meglio l'attività.		0.744	
<i>Feedback</i> sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati.		0.721	
Portavoce verso l'esterno o verso altri gruppi professionali delle problematiche ed esigenze della unità operativa ed esigenze degli infermieri in <i>outsourcing</i> .		0.712	
Considerazione da parte dell'azienda.		0.678	
Valorizzazione dei contributi individuali.		0.643	
Visibilità del proprio lavoro.			0.740
Incentivazione.			0.738
Rapporti di collaborazione con colleghi, superiori e medici.			0.734

Variabili	Infermieri interni			Infermieri in <i>outsourcing</i>		
	N	Media	Range	N	Media	Range
Crescita e accessibilità	149	27.3	16-38	89	25.5	12-34
Supporto	149	26.1	10-32	89	19.7	8-29

Tabella 4

Analisi delle variabili legate al contesto aziendale per gruppi di rispondenti

Variabili	Infermieri interni			Infermieri in <i>outsourcing</i>		
	N	Media	Range	N	Media	Range
Soddisfazione generale	149	2.3	1-3	89	1.6	1-3
Conferma	149	2.3	1-3	89	1.8	1-3
Aspettative	149	2.4	1-3	89	2.2	1-3
Consiglio	149	2.4	1-3	89	2.2	1-3
Soddisfazione globale	149	8.2	4-12	89	6.9	4-12

Tabella 5

Analisi delle variabili legate alla soddisfazione e indice di soddisfazione globale per gruppi di rispondenti

camente minori per il gruppo degli infermieri in *outsourcing* rispetto a quelli interni.

Il secondo passo dell'analisi si è sostanziato nel calcolo dell'indice di soddisfazione globale.

Anche in questo caso, seguendo l'impostazione di Lichtenstein (1984), i punteggi attribuiti dai rispondenti a ciascuna delle variabili riferite alla soddisfazione professionale da parte dei due gruppi di rispondenti sono stati sommati per ottenere un indicatore sintetico. In base ai dati ottenuti è stato successivamente calcolato l'indice di soddisfazione globale per ciascuno dei due campioni considerati. L'analisi dei risultati ottenuti (tabella 5) mostra che sia le variabili legate alla soddisfazione, sia l'indice di soddisfazione globale presentano valori sistematicamente inferiori per il gruppo degli infermieri in *outsourcing*.

In considerazione delle differenze tra i due gruppi di rispondenti in tema di percezione del contesto aziendale, l'analisi della correlazione tra la variabile dipendente costituita dalla soddisfazione globale e le variabili indipendenti rappresentate dai fattori latenti riferiti al contesto aziendale è stata effettuata separatamente per il campione degli infermieri interni e quelli in *outsourcing*.

Nel caso degli infermieri interni, l'analisi effettuata mostra una correlazione positiva tra la soddisfazione e i tre fattori latenti

con un livello di significatività pari a 0.01. Analogamente accade per gli infermieri in *outsourcing*, ma con un livello di significatività pari a 0.05. Questi dati dimostrano l'esistenza di una correlazione positiva tra contesto aziendale e soddisfazione professionale. Tale correlazione appare, coerentemente con le attese, più stringente per il gruppo degli infermieri interni rispetto a quelli in *outsourcing*.

4. Discussione e conclusioni

Il tema della soddisfazione professionale è certamente complesso a causa del vario comporsi di variabili individuali e di contesto. Esso, nel caso del personale infermieristico, assume un rilievo del tutto peculiare in considerazione dell'importanza del ruolo da esso svolto nell'assistenza al paziente e, conseguentemente, nell'ottenimento di risultati positivi sia in termini clinici che aziendali esterni (soddisfazione del paziente, reputazione dell'azienda tra gli *stakeholder*, immagine aziendale ecc.).

La ricerca presentata, nonostante i limiti derivanti dall'osservazione parziale della realtà e dallo strumento di ricerca impiegato per la rilevazione dei dati che potrebbe aver dato luogo al fenomeno delle risposte false, consente di effettuare alcune valutazioni di carattere teorico e operativo.

In primo luogo, l'analisi delle componenti principali realizzata sui dati disponibili ha permesso di validare le indicazioni teoriche provenienti dalla letteratura in materia di rapporto tra *empowerment* del personale e contesto aziendale anche nel caso particolare del personale infermieristico in *outsourcing*. In particolare, i tre fattori latenti individuati confermano l'importanza attribuita al contesto aziendale nel favorire la piena espressione della professionalità individuale. Il contesto aziendale è percepito sia dagli infermieri interni che in *outsourcing* come l'elemento che dovrebbe fornire al lavoratore il prospettive di crescita, accesso alle risorse e alle informazioni, supporto e potere.

Tuttavia, gli infermieri interni e in *outsourcing* percepiscono in modo diverso le prospettive di crescita professionale e l'accessibilità alle risorse e alle informazioni. I risultati dell'analisi sembrerebbero indicare che gli infermieri in *outsourcing* percepiscono in misura minore rispetto agli infermieri interni entrambe le variabili. Questo dato potrebbe essere imputato al diverso rapporto che viene a instaurarsi tra l'azienda e i due gruppi infermieri e, in particolare, alla temporaneità che caratterizza la relazione di lavoro degli infermieri in *outsourcing*. Se per le possibilità di crescita professionale un simile dato può per molti versi considerarsi scontato, è interessante notare come la mancanza di stabilità nel rapporto di lavoro potrebbe aver influenzato negativamente la percezione da parte del personale in *outsourcing* circa la possibilità di accedere e mobilitare le risorse e le informazioni necessarie per lo svolgimento del proprio lavoro. Questa conclusione potrebbe essere veritiera soprattutto nei casi di frequente *turnover* del personale in *outsourcing* in quanto, a causa dei repentini ingressi/uscite, l'infermiere potrebbe non avere il tempo sufficiente per individuare le risorse e le informazioni occorrenti per lo svolgimento del proprio lavoro.

Per quanto riguarda la terza componente principale, «potere», l'impossibilità di rigettare l'ipotesi nulla dell'uguaglianza tra i due gruppi di rispondenti porta a concludere che gli infermieri interni e in *outsourcing* percepiscono in modo del tutto analogo la rilevanza dei rapporti formali e informali nello svolgimento dell'attività professionale.

I risultati in tema di soddisfazione indicano una maggiore soddisfazione professionale degli infermieri interni rispetto a quelli in *outsourcing*. Questa situazione si manifesta sia al livello delle singole variabili impiegate per la misura della soddisfazione professionale, che di indice di soddisfazione globale. Effettuando un'analisi comparata tra i due gruppi con riferimento alle diverse variabili della soddisfazione professionale, sembrerebbe poter escludere che il minor valore assunto dalla soddisfazione globale per gli infermieri in *outsourcing* sia imputabile tanto a valutazioni di merito rispetto al percorso professionale intrapreso e alle motivazioni all'esercizio della professione (variabili «consiglio» e «aspettative»), quanto all'esperienza nel mondo del lavoro.

Confermando le indicazioni teoriche, la ricerca dimostra inoltre l'esistenza di una correlazione positiva tra contesto aziendale e soddisfazione professionale. Tale correlazione, più stringente per il gruppo degli infermieri interni, mostra come il supporto dell'azienda sia indispensabile per la piena espressione della professionalità della persona e la sua mancata percezione si sostanzia in una minore soddisfazione professionale.

In conclusione, i risultati della ricerca evidenziano la rilevanza attribuita dal personale infermieristico al contesto aziendale e al supporto che esso dovrebbe offrire ai lavoratori, sia interni che in *outsourcing*, per garantire elevati livelli di soddisfazione professionale.

Ne consegue che l'*outsourcing* del personale infermieristico, che talora rappresenta una reazione ai vincoli esistenti nel settore sanitario pubblico in tema di gestione del personale, non dovrebbe essere attuato se non in presenza di adeguati sistemi volti a favorirne l'inserimento in azienda. Sebbene la soddisfazione professionale del personale infermieristico in *outsourcing* potrebbe essere condizionata anche dal rapporto instaurato con il soggetto terzo dal quale dipendono, l'azienda sanitaria ha il compito di garantire le condizioni organizzative necessarie per favorirne l'*empowerment* all'interno della propria struttura. La scelta di *outsourcing* parziale dell'assistenza infermieristica dovrebbe essere dunque adeguatamente supportata dall'estensione al personale esterno dei sistemi operativi di gestione degli obiettivi, del personale e delle informazioni, nonché da un

contesto aziendale che ne valorizzi il contributo e la professionalità. In questo modo è possibile limitare il manifestarsi di fenomeni di insoddisfazione professionale che, in considerazione della rilevanza dell'assistenza infermieristica nella definizione e nella qualificazione dell'*output* sanitario, potrebbero influenzare negativamente la capacità dell'azienda sanitaria pubblica di conseguire le proprie finalità istituzionali.

Note

1. Per un'analisi sulla carenza di personale infermieristico in Italia si rinvia, tra gli altri, a De Pietro (2006).
2. Una ricerca sulla diffusione dell'*outsourcing* nel settore sanitario (Macinati, 2006) ha individuato due fondamentali motivazioni all'*outsourcing* parziale del personale infermieristico. La motivazione prioritaria è legata all'esigenza di attenuare i vincoli determinati dalle regole di sistema pubblico che l'azienda sanitaria, in quanto azienda pubblica, è tenuta a rispettare.
3. Tra queste, i risultati della ricerca indicano le norme esistenti in materia di gestione del personale. Altra motivazione all'*outsourcing* del personale infermieristico è riconducibile alla percezione da parte di taluni rispondenti della limitata rilevanza strategica dei servizi infermieristici ai fini del conseguimento del vantaggio competitivo.
3. Tale modalità di *outsourcing* è denominata «outsourcing di soluzione» (Accabi, Lopez, 1995). Ad essa si ricorre qualora l'azienda non intenda dismettere la specifica attività o fase del processo produttivo, ma esigenze di contesto richiedono il ricorso a soggetti esterni per la fornitura parziale delle professionalità necessarie per il normale svolgimento delle combinazioni economiche.
4. Questo aspetto, seppur rilevante, non rientrava tra gli obiettivi di ricerca. La valutazione del rapporto tra lavoratore in *outsourcing* e soggetto terzo è stata esclusa, poiché non riconducibile al contesto aziendale della struttura sanitaria nel quale il lavoratore presta la propria opera professionale.
5. Per l'individuazione del campione ci si è basati sulla disponibilità delle aziende allo svolgimento dell'indagine.

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

- ACCABI R., LOPEZ L. (1995), «Outsourcing estremo per situazioni complesse», *L'impresa*, 10, pp. 46-51.
- ADAMS A., ARBER S. (2000) «Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics», *Journal of Advanced Care Nursing*, 32, pp. 536-543.
- AIKEN L.H., SMITH L.H., LAKE E.T. (1994) «Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care», *Medical Care*, 32, pp. 771-778.
- AIKEN L.H., SOCHALSKI J., LAKE E.T. (1997), «Studying outcome of organizational change in health services», *Medical care*, 35, SS, pp. NS6-NS18.
- AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M. (2002), «Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings», *Nursing Outlook*, 50, pp. 187-194.
- ARCARI A.M. (1996), «L'outsourcing: una possibile modalità di organizzazione delle attività di servizi», *Economia & Management*, 4, pp. 109-121.
- BROWN J.C., KANTER R.M. (1982), «Empowerment: key to effectiveness», *Hospital Forum*, 25, pp. 6-13.
- CAVANAGH S.J., COFFIN D.A. (1992), «Staff turnover among hospital nurses», *Journal of Advanced Care Nursing*, 15, pp. 373-380.
- DE PIETRO C. (2006), «La carenza di infermieri: condizioni del mercato del lavoro e risposte del management», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- GILLEY K.M., GREER C.R., RASHEED A.A. (2004), «Human resource outsourcing and performance in manufacturing firm», *Journal of Business Research*, 57, pp. 232-240.
- GREER C.R. (2001), *Strategy and human resources: a general managerial approach*, Prentice Hall, Upper Saddle River, New York.
- KANTER R. (1977), *Men and women of the corporation*, Basic Books, New York.
- KANTER R. (1993), *Men and women of the corporation*, (2nd ed.), Basic Books New York.
- KUTZSCHER L.I.T., SABISTON J.A., LASCHINGER H.K.S., NISH M. (1996), «The effect of a teamwork project on staff perception of empowerment and job satisfaction in a large acute care teaching hospital», *Nursing Administration Quarterly*, 20, pp. 25-41.
- LASCHINGER H.K.S., FINEGAN J., SHAMIN J., WILK P. (2001), «Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work setting», *Journal of Nursing Administration*, 31, pp. 260-272.
- LASCHINGER H.K.S., HAVEN S.D. (1996), «The effect of workplace empowerment on staff nurse's occupational mental health and work effectiveness», *Journal of Nursing Administration*, 27, pp. 42-50.
- LEPACK D.P., SNELL S.A. (1998), «Virtual HR: strategic human resource management in the 21st century», *Human Resource Management Review*, 8, pp. 215-234.
- LEPAK, D.P., SNELL S.A. (1998), «Virtual HR: Strategic human resource management in the 21st Century»,

- Human Resource Management Review*, 8, pp. 215-234.
- LICHTENSTEIN R. (1984), «Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings», *Medical Care*, 22:56-68.
- LILLY J.D., GRAY D.A., VIRICK M. (2005), «Outsourcing the human resource function: environmental and organizational characteristics that affect performance», *Journal of Business Strategy*, 22, pp. 55-73.
- MACINATI M.S. (2006), «Il ricorso all'outsourcing nel Ssn: i risultati di un'indagine empirica», *Mecosan*, 57, pp. 121-139.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organization*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- PACKARD J.S., MOTOWIDLO S.J. (1987), «Subjective stress, job satisfaction and job performance of hospital nurse», *Research in Nursing Health*, 10, pp. 253-261.
- QUINN J.B., HILMER F.G. (1994), «Strategic outsourcing», *Sloan Management Review*, 35, pp. 43-55.
- SARMIENTO T.P., LASCHINGER H.K.S., IWASIS C. (2004), «Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory», *Journal of Advanced Nursing*, 46, pp. 134-143.
- SHAFFER F.A. 2000, «Outsourcing: a managerial competency for the 21st century», *Nursing Administration Quarterly*, 25, pp. 84-88.
- SOCIETY FOR HUMAN RESOURCE MANAGEMENT (2004), *Human resource outsourcing survey report*, SHRM Research, Virginia.
- STAMPS P.L., PEIDMONT E.B. (1986), *Nurses and work satisfaction*, Health Administration Press Perspectives, Ann Arbor, Michigan.
- THOMAS L.H. (1992), *A comparison of the work of qualified nurses and nursing auxiliaries in primary, team and functional nursing wards*, University of Newcastle, Newcastle.
- TRAYNOR M., WADE B. (1993) «The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trust», *Journal of Advanced Nursing*, 18, pp. 127-136.

La gestione del rischio clinico nelle strutture ospedaliere: l'attività di prevenzione e le responsabilità del management

G. BARAGHINI, S. GAINOTTI, L. IUGHETTI, C. PETRINI, B. TREVISANI

The Authors analyse the literature on responsibility in healthcare, taking into account organizational and technological changes in the health services. The analysis identifies two crucial factors for enhancing risk control activities: the first is error prevention, that must be primarily made by health care unit directors, through the analysis of diagnostic and therapeutic processes and the definition of risk profiles. The second is the measurement and evaluation of quality and safety levels, which is a responsibility of the General Board of the Hospital. This analysis is addressed to all healthcare stakeholders and to patients representatives (Office for Patients' rights, Consulting Committees).

Note sugli autori

Barbara Trevisani e Gianfranco Baraghini sono rispettivamente referente dell'area verifiche e controlli e responsabile dell'Ufficio Assicurazione Qualità dell'Azienda Policlinico di Modena
Sabina Gainotti, sociologa, è dottore di ricerca in bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
Lorenzo Iughetti, pediatra, è professore associato di pediatria presso l'Università di Modena e Reggio Emilia e referente RAQ della Struttura di Pediatria del Dipartimento Integrato Materno-Infantile
Carlo Petrini è primo ricercatore dell'Unità di Bioetica della Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità

1. Introduzione

I progressi nel campo della ricerca medica e biotecnologica offrono ai malati di oggi possibilità diagnostiche e terapeutiche un tempo impensabili, che lasciano intravedere nuove speranze anche di fronte a diagnosi molto severe.

Tuttavia, l'aumento della complessità del lavoro di cura, la sua parcellizzazione, gli imperativi di efficienza economica dei sistemi sanitari possono avere effetti collaterali significativi per il mondo dell'assistenza, tra cui l'aumento del numero di incidenti e di errori durante tutto il percorso assistenziale dei pazienti.

Nondimeno, si potrebbe dire che il successo della medicina sia anche alla base della sua debolezza.

Infatti, nel momento in cui esistono rimedi per malattie precedentemente incurabili, gli insuccessi non sono più percepiti come tollerabili da parte del pubblico (pensiamo ad una morte per peritonite, un tempo inevitabile, oggi quasi imperdonabile) ma vengono invece letti come «errori».

Il «rischio naturale» si trasforma così in «rischio medico», nuovi rischi e malattie iatrogene si aggiungono alle patologie già esistenti, allargando l'ambito ritenuto di «responsabilità» del sistema sanitario.

Sebbene le prime stime numeriche degli eventi avversi in sanità risalgano a più di vent'anni fa (Brennan, 1991; Leape, 1991), da qualche anno divengono sempre più numerosi gli studi finalizzati a misurare la portata del fenomeno (Thomas, 2000; Wilson, 1995; Vincent, 2001). Nel 1999 tali tematiche sono

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La gestione del rischio: un problema etico ed organizzativo
3. Dalla responsabilità individuale a quella di sistema
4. Le responsabilità sul sistema e l'approccio proattivo alla gestione del rischio
5. Conclusioni

state portate all'attenzione del grande pubblico da Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), autori del famoso rapporto dell'*Institute of Medicine* (IOM) «To Err is Human: Building a Safer Health System», che negli USA ha dato un impulso molto forte nella lotta agli errori in medicina.

Secondo questo rapporto gli errori in sanità sono l'ottava causa di morte negli Stati Uniti e causano più vittime degli incidenti stradali e degli incidenti sul lavoro: gli errori medici sarebbero responsabili di 44.000-98.000 morti l'anno, mentre i costi che ne derivano ammontano a 37,6-50 miliardi di dollari l'anno, pari al 2-4% della spesa sanitaria nazionale statunitense. I danni causati dagli errori in sanità coinvolgerebbero dunque il 3-4% dei pazienti ricoverati e, secondo le stime, il 53-58% di questi errori sarebbero evitabili.

Negli ultimi anni l'attenzione dei mezzi di informazione italiani ai temi della salute e del rischio è cresciuta, come già avvenuto negli Stati Uniti. Un'analisi realizzata dal Censis (2001) nel 2001 su 21 testate nazionali, tra quotidiani e periodici, riporta un totale di 340 articoli pubblicati in un anno su tali temi, e se si fosse ripetuta la stessa ricerca a cinque anni di distanza sicuramente le cifre sarebbero risultate aumentate. Indipendentemente dalle cifre (non esistono studi adeguati a misurare errori e morti evitabili e quindi i numeri pubblicati a questo proposito devono essere considerati con cautela) lo spazio dedicato dai media all'argomento «malasanità» si accompagna ad un importante aumento del contenzioso tra medici e pazienti, con i professionisti chiamati sempre più spesso a rispondere del proprio operato per quanto attiene le responsabilità nella gestione dei casi.

Obiettivo di questo lavoro è di valutare come si è andato modificando il concetto di responsabilità a seguito dei cambiamenti organizzativi che si sono manifestati come conseguenza di un approccio sistemico ai problemi della sanità in questo ultimo decennio, e che cosa questo comporta in termini di azioni dovute, in relazione alla nuova visione del concetto di responsabilità in tema di sicurezza in carico ai professionisti, ma soprattutto al management sanitario.

Quello della sicurezza in sanità, e in particolare del rischio clinico, è un campo di no-

tevole «sperimentazione» e in questo senso deve essere intesa anche questa proposta che è stata tradotta in un progetto in corso di implementazione presso il policlinico di Modena (Baraghini, 2006).

2. La gestione del rischio: un problema etico ed organizzativo

Oltre che un problema di tipo organizzativo, economico, legale o sociale, quello degli errori in medicina è un problema etico, che richiederebbe la piena consapevolezza da parte di tutti (manager, medici e operatori) di due diversi ordini di problemi.

Il primo aspetto è ravvisabile nel fatto che, entrando in contatto con le strutture sanitarie ed ospedaliere, il paziente spesso vive una condizione di debolezza dovuta alla malattia, ma anche di asimmetria informativa rispetto a chi si prende cura di lui. L'impossibilità di capire in modo approfondito i propri problemi mette il paziente nella necessità di fidarsi di qualcuno che prenda decisioni fondamentali per conto suo.

Il secondo aspetto è che il cittadino si rivolge a quelle strutture del sistema sanitario che finanzia anticipatamente (ad inclusione dello stipendio degli operatori) attraverso il sistema contributivo, e quindi, in veste di «cliente abbonato», si aspetta di ricevere servizi di qualità, ma soprattutto sicuri.

Si ritiene che queste due considerazioni siano più che sufficienti a dimostrare che la qualità del servizio erogato e la gestione del rischio nelle strutture sanitarie sono problemi innanzitutto etici ed organizzativi. Lucian Leape (2005) riassume molto bene questo concetto: «Abbiamo un imperativo morale nei confronti dei nostri pazienti, che è quello di fare tutto ciò che è ragionevolmente possibile per rendere le loro cure più sicure. Come potremmo, eticamente, fare altrimenti? I nostri pazienti si fidano di noi e noi dovremmo fare tutto il possibile per onorare la loro fiducia». In questa occasione ci limiteremo a prendere in considerazione prevalentemente problemi di ordine organizzativo all'interno dei quali sono riconducibili quelli relativi all'assetto delle responsabilità e al modo di progettare e/o rivedere un'organizzazione che abbia come obiettivo strategico la prevenzione del rischio clinico.

2.1. La mancanza di risorse: un problema e una scusa

Oggi esistono diverse evidenze sulle pratiche da adottare per rendere il sistema di cure più sicuro ed affidabile (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001, 2003), ma esistono anche freni alla loro adozione. Uno dei più importanti riguarda le limitazioni economiche ed i vincoli di *budget*. Tuttavia, come sottolinea Leape (2005), il più delle volte i fondi necessari ad acquistare apparecchiature nuove, e talvolta non indispensabili, negli ospedali si trovano.

Si deve peraltro segnalare che ritenere la mancanza di risorse o altri fattori esterni le principali cause del «mancato cambiamento» distoglie l'attenzione dalle molte azioni facili e ad elevato rapporto beneficio/costo da intraprendere e che dipendono esclusivamente dall'organizzazione e dalla sensibilità di manager ed operatori.

Esse possono essere, ad esempio, per quanto riguarda i manager la promozione e l'attività di sorveglianza, l'identificazione corretta delle priorità negli investimenti per la sicurezza mentre per quanto riguarda gli operatori il lavarsi regolarmente le mani, (la mancanza di igiene rappresenta uno dei principali fattori di rischio di infezioni), ma anche l'adozione dell'*audit* clinico come prassi di confronto e revisione delle scelte, il tentativo di migliorare la comunicazione in termini di efficacia ed empatia, ecc.

2.2. Manager e operatori: obiettivi diversi?

Le motivazioni per garantire sicurezza che dovrebbero guidare le azioni della direzione aziendale e degli operatori sanitari sono diverse, e a volte possono entrare in conflitto tra loro. Per gli operatori sanitari i valori etici di riferimento riguardano principalmente l'assistenza diretta ai pazienti, e dunque la beneficenza, la non maleficenza, il prendersi cura del singolo paziente onorando la sua fiducia. Dal punto di vista dei manager i valori da ricercare riguardano principalmente l'efficienza delle cure erogate e la loro utilità, anche se il ruolo del management come promotore delle attività di prevenzione e di sicurezza molto spesso è dimenticato o non è adeguatamente valorizzato.

2.3. Beneficenza e non maleficenza

I valori che nell'assistenza ai pazienti sono alla base della sicurezza derivano da due principi fondamentali dell'etica medica: il principio di beneficenza e quello di non maleficenza.

Il principio di beneficenza implica un obbligo morale positivo da parte del sanitario nel prevenire o nel rimuovere la malattia. Il non rispettare questo principio porta a commettere errori di omissione, come non diagnosticare un problema medico, o non fornire ad un paziente il trattamento più adeguato.

Il principio di non maleficenza implica un obbligo morale negativo: non arrecare danno al paziente. Esempi di violazione di questo principio possono essere: le ferite involontarie causate da un intervento chirurgico, la somministrazione di un farmaco sbagliato o in dose eccessiva, la trasmissione di un'infezione nosocomiale.

Insieme, i due principi costituiscono la regola morale del «non nuocere».

Sotto il profilo dell'etica, tuttavia, la nozione di responsabilità è più ampia: «Essere responsabili per qualcosa significa rispondere di essa» (Duff, 2005). La responsabilità può indicare un dovere verso una legge morale o può riferirsi ad un dovere verso altre persone, come è nelle nostre responsabilità verso i familiari o nella responsabilità di non causare danni agli altri (Neiburg, 1999).

La responsabilità non è direttamente dipendente dal fatto che si verifichi un danno. La responsabilità è qualcosa cui si è legati attraverso un obbligo o per il ruolo ricoperto in un gruppo o una comunità. Se una responsabilità è elusa, vi è normalmente qualche tipo di penalità sociale, finanziaria o legale.

Va peraltro ricordato che la giurisprudenza negli ultimi decenni ha usualmente riconosciuto che i medici sono tenuti ad un «obbligo dei mezzi» e non ad un «obbligo dei risultati».

Questa affermazione è fondamentale e talvolta non adeguatamente percepita per l'importanza, sia dal punto di vista della rilevanza morale sia delle implicazioni legali. Essa comporta l'obbligo di distinguere tra una responsabilità prospettica ed una responsabilità retrospettiva, su cui ci si soffermerà nel seguito del presente lavoro.

La prima è strettamente legata al proprio ruolo sociale o professionale (per esempio di medico, di infermiere, come anche di manager della sanità). La seconda riguarda ciò che è stato fatto oppure omesso, e le conseguenze delle azioni o delle omissioni.

Le implicazioni etiche e morali sono evidentemente differenti. Siamo certamente responsabili delle nostre intenzioni, ma la responsabilità per quanto riguarda gli effetti può essere molto diversa secondo le circostanze: la responsabilità, infatti, riguarda essenzialmente ciò che è sotto il proprio controllo.

2.4. Il ruolo dei manager e il concetto di utilità

Da un punto di vista manageriale, la sicurezza del paziente può assumere valore in base ad un altro principio, particolarmente sottolineato dagli esperti di sanità pubblica: l'utilità.

L'utilità consiste nel raggiungimento del maggiore interesse per il più grande numero di persone all'interno di una popolazione. L'utilità in termini di salute può anche essere estesa ad un'utilità di tipo economico, soprattutto se si pensa che gli incidenti iatrogeni hanno conseguenze economiche importanti di tipo diretto, come ad esempio il prolungamento dei ricoveri, l'uso più frequente delle terapie intensive e le spese di tipo legale ed assicurativo, ma anche di tipo indiretto, che dipendono dall'impossibilità per alcuni pazienti di continuare a lavorare e a produrre in seguito ad un evento avverso (Thomas, 1999). In questo senso la sicurezza del paziente è stata definita un imperativo etico e di «business», anche se spesso proprio i problemi economici costituiscono un disincentivo importante all'investimento nelle pratiche più sicure (Massaro, 2003). Il sistema di finanziamento secondo i *Diagnosis Related Groups* (Drg), ad esempio, ha come conseguenza pratica la diminuzione della durata dei ricoveri ed il risparmio su diverse voci di spesa.

Questo può essere un risultato accettabile, ma solo se è il frutto di comportamenti virtuosi come una miglior organizzazione del lavoro e/o l'uso più appropriato delle risorse; non è accettabile, quando è il frutto di dimissioni «anticipate» e/o di acquisto, e quindi

utilizzo, di presidi, materiali di consumo, reattivi e/o farmaci meno costosi ma anche meno efficaci, tanto da diminuire l'efficacia dell'attività sanitaria e/o la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

In linea di principio l'interesse del singolo paziente e l'utilità collettiva non sono inconciliabili in termini di salute, anche se a volte possono entrare in conflitto tra loro.

Le strutture sanitarie potrebbero decidere di non adottare strategie efficaci, come l'analisi dei processi e/o dei percorsi diagnostico-terapeutici per individuare le possibili fonti di errore, o come le tecnologie per la gestione dei farmaci, dell'attività terapeutica, dell'identificazione dei pazienti, perché immediatamente troppo costose e utili solo nel lungo periodo. Altre strategie invece (approccio reattivo e gestione di alcune priorità) potrebbero essere adottate allo scopo di ridurre i rischi immediatamente più dispendiosi (in termini di numero di eventi, di contenziosi e di costi associati), trascurando ad esempio le attività più sistemiche di prevenzione. Se la responsabilità dei sanitari di aiutare e curare i pazienti, e quella di amministratori e manager di raggiungere la migliore utilità possibile, possono entrare in conflitto tra loro, probabilmente è l'idea stessa di responsabilità che deve essere ripensata in ambito sanitario.

3. Dalla responsabilità individuale a quella di sistema

Il termine inglese più spesso utilizzato per designare l'idea di responsabilità è *accountability*, che significa «capacità di rispondere, di rendere conto» e questo presuppone il diritto dei cittadini di «sapere» cosa accade, di conoscere i rischi connessi all'attività medica, le cifre relative alla frequenza degli errori nei servizi, ma anche «i risultati del loro percorso di cura, compresi i risultati inattesi» (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002).

La responsabilità può essere pensata in due diversi modi: in senso retrospettivo o prospettico (Sharpe, 2000). In senso retrospettivo la responsabilità è attribuita a posteriori e può associarsi a rimproveri come: «Tu sei responsabile di aver danneggiato il paziente». In senso prospettico, invece, la responsabilità si riferisce ad obiettivi e/o ad affermazioni di

principio che si esprimono in frasi come: «In quanto genitori, siamo responsabili dell'educazione di nostro figlio» o anche «in quanto direttore generale sono responsabile della qualità e sicurezza dell'ospedale».

La responsabilità retrospettiva è centrata sugli esiti (evento avverso, errore, o altro) e sulle conseguenze (infezione, danno grave, morte del paziente) di un'azione, mentre quella prospettica è centrata sul processo utilizzato per raggiungere determinati obiettivi (cosa devo fare per prevenire l'evento avverso e/o l'errore e le loro conseguenze).

Alla fine del secolo scorso alcuni studi di sociologia dell'organizzazione di Charles Perrow (1985) e di psicologia cognitiva di James Reason (2000) hanno inaugurato nuovi modi di pensare all'errore umano ed alle sue cause, che spesso investono le relazioni tra diversi operatori, l'organizzazione, le tecnologie e l'ambiente di lavoro e quindi le responsabilità. Gli studiosi di *human factors* hanno evidenziato come negli ambienti complessi e mal organizzati i difetti del sistema possano creare condizioni particolarmente favorevoli al verificarsi degli errori (i cosiddetti errori latenti, che aspettano di verificarsi), indipendentemente dall'abilità e dalla scrupolosità dei singoli operatori. Questo nuovo modo di analizzare ed interpretare gli errori sta trovando un certo successo nel mondo della sanità (Leape, 1995; Spath, 1999).

In una prospettiva di sistema, quindi, anche la nozione di responsabilità deve essere ripensata, perché l'approccio sistemico agli errori parte dall'assunto che le persone siano spesso indotte a sbagliare a causa di un modo errato di progettare i sistemi organizzativi in cui lavorano e quindi che al fondo c'è una responsabilità di chi ha progettato e di chi avrebbe dovuto vigilare. Gli incidenti dunque possono essere evitati ridisegnando i sistemi, e per questo compito il sostegno della direzione è un presupposto fondamentale.

Le implicazioni di un simile approccio sono molto profonde. Alcune delle più importanti sono le seguenti (Leape, 2005):

1) i sistemi dovrebbero essere ridisegnati utilizzando principi ergonomici legati ai cosiddetti «fattori umani»; il *redesign* serve a rendere più facile per una persona agire nel modo corretto, e più difficile sbagliare. Que-

sta attività deve essere considerata come attività di prevenzione del rischio;

2) occorre che in azienda siano chiare le responsabilità in merito alla progettazione dei servizi, alla gestione degli eventi e all'attività di verifica e controllo, e devono esistere competenze specifiche per la progettazione e/o riprogettazione dei processi e dei servizi erogati;

3) la sicurezza è una proprietà che investe il sistema e le relazioni tra operatori: nessun sistema può essere sicuro quando le persone non lavorano bene insieme, e quando ogni individuo è convinto di essere personalmente responsabile per la sicurezza;

4) è compito di ogni struttura definire un piano di verifiche e controlli su aspetti specifici legati alla sicurezza;

5) gli ospedali dovrebbero intraprendere tutte le azioni volte a migliorare la sicurezza e mettere in atto tutte le pratiche riconosciute ed indicate come più sicure dalle organizzazioni che si occupano di qualità. I concetti di sicurezza e qualità devono entrare a far parte della *mission* della struttura e gli operatori devono farli propri.

Nel passaggio ad un approccio di sistema gli attori responsabili della sicurezza sono numerosi. Il management e i dirigenti dell'azienda devono promuovere il cambiamento culturale assieme alle attività di prevenzione ed operare affinché la sicurezza diventi patrimonio di tutti gli operatori.

Anche gli organismi regolatori e di accreditamento e/o certificazione hanno una grande responsabilità. Essi sono inviati dalle istituzioni e/o chiamati volontariamente a promuovere e verificare i livelli di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie, secondo schemi delle istituzioni nazionali/regionali e internazionali (certificazione ISO). Accreditare e certificare strutture che non abbiano requisiti minimi di qualità e sicurezza configura un'assunzione di responsabilità importante, perché il cittadino tende e tenderà sempre più a fidarsi del «certificato» che è l'unica garanzia esterna visibile. È un aspetto importante di cui purtroppo si parla pochissimo.

Questo tema è affrontato e sostenuto anche dall'*European Working Group wg01 - zero defects objective* in tema di responsabi-

lità civile per danno da prodotto difettoso ed applicazione della norma ISO 9000.

3.1. Ripensare la responsabilità

Adottare una prospettiva di sistema nella gestione del rischio significa concentrarsi maggiormente su un'idea prospettica di responsabilità e quindi sulla prevenzione attiva degli errori; adottare questa visione significa anche saper imparare dagli eventi avversi, senza cercare la figura del singolo «colpevole».

Nondimeno, secondo alcuni, nel ripensare la cultura della sicurezza bisognerà tener conto delle eventuali conseguenze del passaggio da un «paradigma» maggiormente incentrato sulla responsabilità personale ad uno che enfatizza l'idea di sistema.

In questo senso alcuni hanno espresso riserve circa la possibilità di un dissolvimento della responsabilità individuale di medici e infermieri, sotto il più ampio ombrello della responsabilità di sistema (O'Rourke, 2004; Marini, 2006). Facendo riferimento esclusivo al sistema, infatti, si potrebbero fornire facili alibi agli operatori anche nei casi di reale noncuranza e negligenza. Accentuando in modo unilaterale l'idea di sistema, i comportamenti dei sanitari potrebbero apparire come il risultato di semplici forze esterne, fuori del loro controllo.

L'approccio di sistema solleva un'altra preoccupazione riassunta nel cosiddetto «Problema di Dilbert», che riguarda il concetto di «incapacità addestrata» (Reason, 1998). Nel momento in cui il sistema tende a minimizzare l'importanza del contributo dei singoli operatori, questi potrebbero perdere la loro motivazione a mantenere performance di qualità elevata.

Secondo i «sostenitori» di un approccio sistemico comunque, il rischio che gli operatori si allontanino dalle proprie responsabilità non è reale, poiché questo significherebbe per loro abbandonare anche l'idea di poter intervenire attivamente sul decorso della malattia, il che non è pensabile (Sharpe, 2003).

Infine, bisogna sottolineare che fino ad ora gli operatori hanno teso ad attribuire maggiore responsabilità alle singole persone che all'organizzazione in cui lavorano, tanto in caso di «successo» quanto di «insuccesso» (ISMP, 2001; Gainotti, 2006), approccio che

sta cambiando in funzione del crescere della cultura dell'organizzazione che la conoscenza dei sistemi di gestione per la qualità e l'evoluzione dei sistemi di accreditamento e certificazione stanno portando in Italia.

Una responsabilità attiva che recepisce questi concetti si traduce innanzitutto nella responsabilità di prevenire gli eventi indesiderati e gli errori, identificandoli e pianificando il modo di prevenirli (Ministero della salute, 2004), organizzando l'ambiente in modo efficace, migliorando le condizioni di lavoro, rendendo accessibili le informazioni su problemi potenziali e contribuendo a creare un ambiente dove sia possibile discutere. Questa attività è destinata ad assumere sempre maggior importanza e potrà essere richiamata sempre più frequentemente in causa, in occasione di incidenti e/o errori sia a livello morale/etico che giudiziario.

4. Le responsabilità sul sistema e l'approccio proattivo alla gestione del rischio

Il concetto di responsabilità così articolato si fonda sul presupposto che nelle strutture complesse il management debba assumere un ruolo sempre più attivo e trainante nella gestione del rischio e nella promozione di attività di prevenzione e sorveglianza.

Questo aspetto è ancor più evidente se si prende a riferimento come definizione di sicurezza la seguente: la sicurezza (dal latino «sine cura»: senza preoccupazione) può essere definita come «la conoscenza/il sapere che quello che faremo non provocherà dei danni/eventi indesiderati» ai pazienti, agli operatori, alla azienda.

Questo presuppone che ciascuno, per la parte di competenza abbia questa consapevolezza e sia in grado di dare evidenza al cittadino e alle istituzioni di quanto fa per garantire livelli di sicurezza adeguati.

Compiti dei manager (direttori generali, sanitari, amministrativi) su cui attivare momenti di verifica

Essi sarebbero:

1) conoscere i livelli di qualità e sicurezza che caratterizzano le loro aziende (mappa dei processi, **tabella 1** e mappa dei rischi

aziendali, figura 1; inoltre *report* riassuntivi per dipartimento/unità operativa. cumulative di eventi, reclami, richieste di risarcimento, *incident reporting*);

2) intervenire e, se il caso, impedire la prosecuzione del lavoro laddove il pericolo di incidente è da considerarsi «inaccettabile»;

3) mettere a disposizione nelle aree di produzione (reparti clinici, laboratori, ecc.) strutture e competenze adeguate per il supporto alla analisi dei processi organizzativi (Baraghini, 2006);

4) svolgere attività di verifica attraverso gli organismi istituzionali (direzione sanitaria, ufficio qualità, ecc.);

5) relazionare sistematicamente ad assessorato, Sindaco, Tribunale dei diritti del malato ed altre istituzioni competenti in merito ai risultati di qualità e sicurezza.

Compiti dei dirigenti di dipartimento e di struttura complessa

Essi sarebbero:

1) organizzare il lavoro per garantire qualità e sicurezza (l'organizzazione passa attraverso la definizione di responsabilità, l'ana-

lisi dei processi, l'identificazione dei rischi, ecc.; vedi mappa dei processi, tabella 1 e mappa dei rischi figura 1) con il supporto di strutture e competenze (ufficio qualità, direzione sanitaria, ufficio infermieristico ecc.) messe a disposizione dalla direzione aziendale (Baraghini 2006); tale attività, di cui un esempio è rappresentato dall'approccio della divisione di pediatria (tabella 1, figure 1, 2, 3, 5);

2) coinvolgere gli operatori con attività di sensibilizzazione, formazione e addestramento sul tema della qualità e sicurezza;

3) mettere in essere strumenti di monitoraggio della qualità e sicurezza (sistemi di misura e indicatori di performance clinica e organizzativa, reclami, *incident reporting*, ecc.);

4) riferire alla direzione generale ed agli operatori in merito ai livelli di qualità e sicurezza, fornendo proposte di miglioramento.

4.1. L'esperienza del Policlinico di Modena

Passare da enunciazioni di questo tipo, in cui è evidente la centralità dell'attività di prevenzione, alla loro applicazione richiede che si creino alcune condizioni a partire da

Tabella 1

Mappa dei processi/percorsi della struttura: macro valutazione dei livelli di sicurezza dei processi e percorsi diagnostico terapeutici (*)

Percorso/patologia	1	2	3	4	I problemi più significativi
Ricovero ordinario	1081			SI	Difficoltà di gestione dei ricoveri in periodo epidemico per carenza di posti letto
Polmoniti/broncopolmoniti	42	NO	NO	SI	
IVU e pielonefrite	20-30	NO	NO	NO	
Terapia del dolore		SI	SI	NO	Mancanza di linee guida e esigenza di rivedere modalità di trattamento
Celiachia		NO	NO	SI	
Convulsioni febbrili	34	NO	SI	SI	Comportamenti difforni da linee guida
Emoglobinopatie	23	NO	SI	SI	Mancanza di linee guida
Diabete-chetoacidosi diabetica	11	NO	SI	NO	Comportamenti difforni da linee guida
Gastroenterite	71	NO	SI	SI	Comportamenti difforni da linee guida per uso improprio di antibiotici
Bronchiolite	40-50	NO	SI	SI	Comportamenti difforni da linee guida per uso improprio di antibiotici e $\beta 2$ stimolanti
Miocarditi	1	NO	SI	NO	Percorso assistenziale non definito
Intossicazioni/avvelenamenti	< 50	NO	SI	NO	Accesso diretto e improprio da parte dei pazienti che dovrebbero rivolgersi in prima battuta al Ps generale

1 Numero di casi 2006. **2** Eventi significativi segnalati da pazienti. **3** Percezioni di situazioni non conformi (NO, no solo in rari casi, SI in maniera da meritare significativi approfondimenti. **4** Adeguatezza della documentazione (SI/NO).

(*) La struttura di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico di Modena ha condotto questa analisi per tutte le patologie trattate. Si riportano solo alcuni esempi.

un ruolo attivo della direzione aziendale, che è forse l'unica vera condizione indispensabile e che passa attraverso tre momenti:

1) una comunicazione chiara ed efficace da parte del *top management*: gli obiettivi, le responsabilità ed il piano di azione devono essere esplicitati in documenti programmatici e comunicati agli operatori nella maniera più efficace possibile;

2) il mettere a disposizione degli operatori supporti e competenze adeguati per svolgere quanto previsto;

3) il dare evidenza con esempi pratici che dimostrino la fattibilità e l'efficacia della proposta.

È molto probabile che, se le istituzioni (Ministero della salute e assessorati alle sanità regionali e rappresentanze dei cittadini) oltre ad intervenire in occasione di eventi gravi si facessero anche promotrici di iniziative di verifica che tengano conto di queste considerazioni, «premiando» le esperienze più significative e mettendole a disposizione di tutti come modelli di riferimento, si attiverebbe un meccanismo virtuoso capace di favorire effettivamente il cambiamento.

Presso il Policlinico di Modena è in via di sviluppo un programma di gestione del rischio che vede i suoi due punti di riferimento nella definizione chiara delle responsabilità e nella prevenzione.

L'attività di prevenzione: definizione della mappa e profilo di rischio di una struttura sanitaria

Un approccio di questo tipo deve essere incrementale e a partire da una *macrovalutazione dei livelli di sicurezza* dei processi e percorsi diagnostico-terapeutici della propria struttura secondo il modello applicato, come si è fatta menzione, dalla divisione di Pediatria del Policlinico di Modena.

È interessante notare che, a fronte di un numero di segnalazioni (reclami, richieste di risarcimento ecc.) pressoché nullo, i professionisti hanno identificato una serie di situazioni specifiche che ritengono «perfezionabili» e che sono oggetto di continuo monitoraggio e miglioramento. Questa evidenza è l'ulteriore conferma dei limiti di un approccio alla sicurezza basato unicamente

su reclami, richieste di risarcimento e/o sulle segnalazioni spontanee come l'*incident reporting* e della necessità di investire sull'attività prevenzione.

Uno degli ostacoli emersi è invece rappresentato dal fatto che la direzione di una struttura spesso è portata ad evidenziare maggiormente le carenze di natura strutturale e/o legate alla limitatezza delle risorse piuttosto che quelle legate all'approccio clinico.

Questo approccio (mappa dei processi/percorsi della struttura e loro macrovalutazione), che costituisce solo il punto di partenza per la definizione di un sistema di garanzia e sicurezza, è importante soprattutto in quanto:

a) impegna le direzioni delle varie strutture ad assumersi la responsabilità di valutare il livello della qualità e della sicurezza interna e a condividere le proprie valutazioni con la direzione aziendale, attività richiesta dal loro ruolo ma non sempre praticata;

b) permette alla direzione di avere una visione di sistema dell'intero insieme di regole e comportamenti attesi e praticati;

c) porta a maturazione la percezione dell'utilità della registrazione degli eventi indesiderati (una sorta di *incident reporting*) laddove il parere dei professionisti sui livelli di qualità e sicurezza non risulti uniforme.

La definizione della mappa e profilo di rischio del singolo processo

Adottare un approccio proattivo o «induttivo» in una struttura sanitaria significa applicare all'organizzazione, e quindi ai suoi processi e percorsi diagnostico-terapeutici, tecniche induttive di scomposizione e di analisi di realtà complesse, per individuare ed esaminare i potenziali rischi da gestire in modo preventivo, cioè prima del verificarsi di eventi negativi (Commissione tecnica sul rischio clinico, 2004; Porta, 2005; Wilson, 1995; Baraghini, 2006).

Uno dei metodi proattivi più noti in ambito sanitario è la *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA).

Una gestione orientata alla prevenzione dei rischi presuppone, quindi, una rivalutazione della gestione aziendale per processi (Agency, 2001; Baraghini, 2006; Tozzi, 2004). L'analisi di questi ultimi per mezzo

della FMEA permetterà di produrre mappe e profili di rischio (Porta 2005; Baraghini, 2006) e, conseguentemente, di definire i comportamenti attesi utili a prevenirli.

Quando questo approccio è integrato con i risultati dei sistemi di monitoraggio degli eventi (reclami, richieste di risarcimento, *incident reporting*) permette, in analogia con l'approccio della protezione civile in Italia per la prevenzione dei terremoti e di altre calamità, di conoscere il «territorio» e le priorità e, quindi, di attivare tutte le iniziative necessarie a prevenirle (informazione, campagne di prevenzione, formazione ecc.).

La FMEA è una tecnica di tipo previsionale nata dai procedimenti mentali normalmente adottati dai progettisti, ma può essere utilizzata anche a posteriori su un prodotto o un processo di lavoro per evidenziarne i punti critici e classificarli per priorità.

In estrema sintesi le fasi metodologiche della FMEA sono:

- 1) identificazione dell'oggetto di analisi (prodotto/servizio, processo, ovvero parti o componenti degli stessi);
- 2) identificazione e descrizione delle attività ad esso connesse;
- 3) coinvolgimento dei professionisti e identificazione delle modalità di guasto o di errore: la tecnica FMEA si basa sull'ipotesi che solo gli «esperti» (che operano sul campo) sono in grado di individuare, applicandola, le attività più pericolose e a rischio di errori;
- 4) analisi e determinazione dell'indice di priorità del rischio;
- 5) identificazione di azioni preventive, migliorative, correttive;
- 6) identificazione delle misure per valutare i risultati attesi.

Nell'esperienza del Policlinico di Modena, la rivisitazione dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici ha permesso una prima predisposizione di una mappa aziendale dei singoli processi e dei rischi correlati (figura 1).

Tale analisi, che ha interessato inizialmente i processi sanitari di base (ricovero ordinario, processo chirurgico, gestione del sangue, analisi di laboratorio, emodinamica ecc.), attualmente sta prendendo in considerazione alcuni percorsi diagnostico-terapeutici co-

me i programmi di trapianto (rene e fegato, midollo), Neoplasia del polmone, FIVET, Bronchiolite e tutta una serie altre attività secondo le priorità aziendali definite. Per ogni processo sono stati definiti i profili di rischio (figure 2 e 3) e per ogni rischio i relativi comportamenti attesi atti a prevenirli.

L'esperienza è stata resa possibile grazie allo sviluppo di un *software* dedicato che facilita e standardizza l'approccio FMEA, mettendo a disposizione risorse e competenze specifiche, secondo un approccio metodologico «incrementale» (Baraghini, 2006). In questo modo l'azienda offre al management delle singole strutture l'opportunità di sviluppare quella complessa attività di prevenzione insita nella sua funzione.

Una delle resistenze a questo tipo di approccio è dovuta alla sensazione che sia necessario «produrre troppa carta». Tale aspetto, ritenuto importante, è stato affrontato semplificando la documentazione che viene prodotta secondo tre diversi livelli di complessità in funzione della gravità dell'impatto clinico sul paziente.

I risultati di un tale approccio appaiono evidenti soprattutto per ciò che concerne il crescente grado di coinvolgimento dei professionisti che cominciano a percepire il metodo proposto come un «alleato» e si mostrano quindi più disponibili, superando così le difficoltà incontrate con altri strumenti (in cui la risposta al rischio comporta una «procedura e/o istruzione operativa»), percepiti in genere come troppo burocratici.

La gestione di questo programma ha richiesto e portato anche ad integrare una serie di funzioni aziendali per cui *qualità, gestione del rischio clinico e accreditamento* sono diventati tre aspetti di uno stesso problema, coerentemente con quanto suggerito a diversi livelli istituzionali e scientifici (Brusoni, 2007; Ministero della salute, 2007).

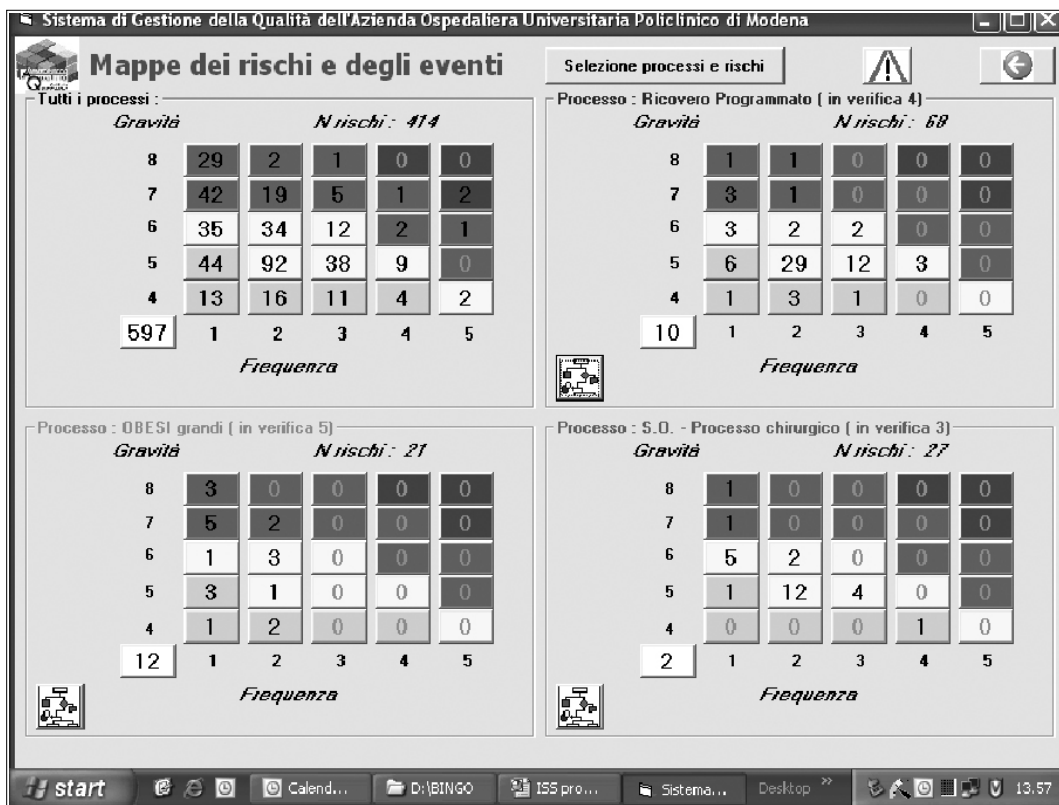
Dai rischi ai comportamenti attesi

Dopo aver identificato i principali rischi, gli operatori sono chiamati a definire con istruzioni operative i comportamenti più appropriati a prevenirli che dovranno prevedere barriere specifiche in relazione al pericolo identificato.

Questo approccio sarà applicato a tutte le attività identificate dalla analisi dei proces-

Figura 1

L'applicazione della tecnica FMEA permette di definire mappe del rischio e profili di rischio di tutti i processi analizzati



Il livello di intensità del grigio identifica un diverso livello di rischio dell'attività considerata. Dal più intenso e riferito a rischi significativi o severi (7-8) per la gravità dell'esito possibile (prolungamento della degenza disabilità permanente, morte) a quello meno intenso con possibili danni per i pazienti poco significativi per il loro stato di salute (esito minore). I dati sono relativi all'esperienza del Policlinico di Modena.

si a partire da quelle che sono le raccomandazioni ministeriali, regionali, della *Joint Commission Accreditation of Healthcare* e della *Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS-VRQ)*, ma anche a tutte le attività pericolose meno conosciute e altrettanto, o forse maggiormente, rischiose.

Durante l'analisi dei processi di laboratorio di Microbiologia e Virologia, ad esempio, sono stati individuati una serie di test di laboratorio eseguiti su pazienti sottoposti a trapianto di fegato con impatto clinico significativo (figura 4) e ad elevato «rischio metodologico». Nella figura 5 si riportano le fasi del dosaggio fonte dei possibili errori e le barriere messe in essere per prevenirli.

5. Conclusioni

I medici e gli altri operatori «di trincea» sono da sempre considerati responsabili nei

confronti del paziente e della sua sicurezza. Eppure, data la complessità organizzativa e finanziaria del mondo sanitario ed ospedaliero, la responsabilità di fronte al paziente oggi investe in maniera sempre più rilevante anche le *direzioni aziendali (generale, sanitaria ed amministrativa), di dipartimento e delle strutture sanitarie e dell'area tecnico-amministrativa.*

La responsabilità, infatti, è un attributo non solo individuale, ma anche collettivo. Nel momento in cui molte persone e professioni contribuiscono a conseguire determinati obiettivi, è giusto che sia condivisa la responsabilità dei processi adottati per raggiungerli.

Purtroppo la dimensione collettiva della responsabilità è raramente presa in considerazione e l'analisi sulle cause di determinati eventi spesso si limita a valutarne gli aspetti contingenti, senza indagare in profondità le dimensioni generali e/o strutturali (mancan-

Cod.	Descrizione fase/rischio	L.d.R.
0021	TRASFUSIONE: richiesta ed esecuzione Frequenza Remota gravità 8: Esito severo	8
0237	IDENTIFICAZIONE in S.O.: identificazione paziente - Mancata e/o errata Frequenza Remota gravità 8: Esito severo	8
0239	REAZIONI ALLERGICHE AL LATTICE S.O. - Mancata segnalazione sulla lista operatoria/inadeguata anamnesi/mancata preparazione della sala operatoria/mancanza di presidi <i>LATEX free</i> Frequenza Remota gravità 8: Esito severo	8
0244	FERRI E GARZE NEL SITO CHIRURGICO S.O. - Perdita di ferri e/o garze nel corso di un intervento chirurgico/mancato o errato conteggio pre-intra-post-operatorio/errata consegna tra gli operatori/conteggio effettuato da più persone Frequenza Occasionale gravità 8: Esito severo	16
3629	LATERALITÀ in S.O.: mancata o errata segnalazione del lato Frequenza Remota gravità 8: Esito severo	8
0352	S.O. POSIZIONAMENTO DEL PZ - Non corretto posizionamento del paziente rispetto all'intervento/uso scorretto o mancato uso di ausili di protezione e presidi meccanici/mancata formazione degli operatori Frequenza Occasionale gravità 7: Esito significativo	14

Profilo di rischio del percorso chirurgico e del processo di trattamento della Chetoacidosi diabetica ordinato per Livello di Rischio (L.d.R. = F x G) laddove frequenza (F) è misurata su una scala 1-5 e la gravità (G) su una scala 4-8.

Figura 2
Profilo di rischio del processo chirurgico (ordinato per gravità)

Cod.	Descrizione fase/rischio	L.d.R.
3501	Idratazione/inappropriata tempi e modi con pericolo di edema cerebrale F: 2 G 7:	14
3502	Bilancio idroelettrolitico terapia con K non appropriata con rischio di iper-ipopotassiemia F: 2 G 7:	14
3503	Controllo glicemico con pericolo di ipoglicemia F: 2 G 7:	14
3504	Terapia con bicarbonato di sodio con pericolo di emorragia cerebrale F: 1 G 8:	8

Profilo di rischio del percorso chirurgico e del processo di trattamento della Chetoacidosi diabetica ordinato per Livello di Rischio (L.d.R. = F x G) laddove frequenza (F) è misurata su una scala 1-5 e la gravità (G) su una scala 4-8.

Figura 3
Profilo di rischio: chetoacidosi diabetica

Figura 4

Impatto clinico di un errore metodologico e/o di refertazione di un dosaggio dell'antigenemia da Citomegalovirus in un paziente sottoposto a trapianto di fegato

ANTIGENEMIA di CMV metodo: manuale di tipo qualitativo con risposta quantitativa
Complessità analitica: elevata

Risultato: X cellule su 200.000 leucociti

Effetto possibile

La mancata o errata diagnosi può comportare un rischio clinico **potenzialmente letale in caso di falso negativo** (non si effettuano o si ritardano terapie antivirali necessarie alla sopravvivenza) mentre il **falso positivo** implica solo la somministrazione non necessaria di terapie, rischio clinico minore (sviluppo di complicanze legate alla terapia)

Figura 5

Potenziali fonti di errore relativi a due test con impatto clinico significativo sul paziente trapiantato di fegato e le barriere attivate per la prevenzione degli eventi indesiderati presso il laboratorio di Microbiologia-Virologia dell'Azienda Ospedaliera - Universitaria Policlinico di Modena

za di investimenti sulle strutture e sulle risorse umane, mancata analisi dei processi organizzativi, scelte che non tengono conto delle vere priorità) in cui gli eventi si verificano, dimensioni che costituiscono spesso le loro cause e/o concause e che, di fatto, richiederebbero che sia analizzata la responsabilità del sistema ancor prima che del singolo.

La consapevolezza, peraltro diffusa (Brunsoni, 2007; Rapporto OASI, 2006), che gli approcci fino ad ora utilizzati per la gestione del rischio siano da considerarsi inadeguati (è importante avere questa consapevolezza) e che questo dipenda in buona parte dal fatto

che l'attività di prevenzione è stata a lungo considerata «secondaria» rispetto ad un'attività di gestione degli eventi è fondamentale, ma lo è anche comprendere che, in tema di responsabilità, si è troppo spesso pensato che questa fosse in capo ai singoli operatori, non comprendendo la portata del problema e chi dovesse davvero farsi carico di gestirlo.

La teoria, così come l'esperienza, portano a dire che esiste una responsabilità primaria in capo al management aziendale e alle singole strutture, che è quella di acquisire una conoscenza approfondita dell'organizzazione interna delle strutture stesse (Baraghini,

ANTIGENEMIA di CMV	
Potenziali cause di errore	Barriere
1. Prelievo tempo dipendente 2. Non conservabilità del campione 3. Complessità analitica di alcune fasi 4. Ripetuti trasferimenti delle provette 5. Lettura al microscopio a fluorescenza	1. Controllo informatizzato dei tempi del prelievo, arrivo 2. Il processo in alcune fasi critiche è fatto sempre contemporaneamente da due persone esperte 3. Procedure studiate <i>ad hoc</i> di gestione delle provette per evitare scambi 4. Può leggere il risultato solo personale a qualificazione garantita e registrata 6. Controllo di qualità interno
EBV DNA qualitativo e quantitativo	
Potenziali cause di errore	Barriere
1. Contaminazione con DNA o altro materiale biologico 2. Scambio di reattivi 3. Errore di identificazione della provetta di reazione 4. Errore di inserimento dello schema di amplificazione 5. Dispensazione degli estratti nella piastra di reazione 6. Analisi dei risultati errata	1. Procedure studiate <i>ad hoc</i> per evitare scambi di campioni 2. Procedure studiate <i>ad hoc</i> per evitare contaminazioni 3. Campione di controllo interno di reazione 4. Campione di controllo dei reattivi di amplificazione (Bianco) 5. Standard positivi di reazione 6. Analisi dei risultati eseguita solo da personale laureato a qualificazione garantita e registrata

2006; Rapporto OASI, 2006). Questa conoscenza passa attraverso l'analisi dei processi organizzativi e, per quanto riguarda la gestione del rischio, si esplicita in un'attività di sorveglianza e di promozione della prevenzione che porta alla definizione del profilo di rischio e dei relativi comportamenti attesi.

L'esperienza del Policlinico di Modena, per quanto parziale, si muove in questa direzione nel tentativo di dimostrare che la gestione del rischio è una strada, lunga e difficile, ma percorribile.

Va rilevato, peraltro, che fin quando non saranno avviate attività di *verifica sistematiche* a livello aziendale e istituzionale (Ministero della salute, assessorati alla sanità)

sulla prevenzione, ma anche di *promozione* di essa, incentivandola e portandola a conoscenza di tutti, non soltanto in occasione di eventi gravi (e dunque limitatamente a questi), tale processo richiederà tempi lunghi, forse troppo lunghi ed inaccettabili. Nella strada verso il cambiamento un ruolo fondamentale deve essere giocato dalle rappresentanze dei cittadini che avrebbero diritto, come spesso peraltro hanno richiesto, ad accedere alle informazioni relative alle iniziative di prevenzione, al fine di esercitare una forma di sorveglianza e controllo maggiore. Anche questo è un elemento su cui riflettere e di cui tener conto per impegnarsi a fare molto di più.

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

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2001, 2003), «Making Health Care safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices», Number 43, Rockville, Safe Practices for better healthcare: a consensus report, National Quality Forum, Washington, DC.
- E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di) (2006), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- BABA-AKBARI SARI A., SHELDON T.A., CRACKNELL A., TURNBULL A. (2007), «Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review», *BMJ*, 79, pp. 334-337.
- BARAGHINI G.F., CAPPONI A., CAPELLI M., LONGO F., TOZZI V., VILLA S. (2006), «La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo fra aziende Ospedaliere», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) (2006), pp. 495-530.
- BARAGHINI G.F., TREVISANI B., ROLI L. (2002), «Processi/percorsi/procedure ed organizzazione del servizio», in G.F. Baraghini, B. Trevisani, L. Roli (a cura di), *Le ISO 9000 in sanità*, Franco Angeli, Milano, pp. 208-227.
- BRENNAN T.A., LEAPE L.L., LAIRD N.M., HEBERT L., LOCALIO A.R., LAWTHERS A.G. (1991), «Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study», *NEJM*, 324, pp. 370-376.
- BRUSONI M., COSMI L., TRINCHERO E. (2006), «Prospettive regionali per la gestione del rischio clinico: una prima indagine esplorativa», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di) (2006), pp. 379-415.
- CENSIS (2001), *Rischi ed errori nella sanità italiana*, Roma: disponibile su: <http://www.censis.it/277/372/4974/5224/5233/5234/content.asp>
- CINEAS (2002), *Quando l'errore entra in ospedale*, Atti convegno, Istituto Nazionale per la Comunicazione, Roma, disponibile su: http://www.cineas.polimi.it/prevenzione_sicurezza/documenti/quando_errore_ospedale.pdf
- COMMISSIONE TECNICA SUL RISCHIO CLINICO (2004), *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*, Roma, disponibile su: www.ministerosalute.it
- DUFF R. (2005), «Responsibility», in: E. Craig (a cura di), *The shorter encyclopedia of philosophy*, Routledge, London, p. 906.
- O'ROURKE F.K. (2004), «Medical error: some ethical concerns. The best protection against error remains the physician's traditional sense of professional responsibility», *Health Prog*, 85, pp. 28-31.
- GAINOTTI S., PETRINI C., SPEDICATO M.R. (2006), «Un confronto di opinioni di alcuni medici italiani sugli errori nella medicina clinica», *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 42, pp. 357-373.
- HOFMAN P.B. (2003), «Management mistakes in healthcare: a disturbing silence», *Camb Q Health Ethics*, 12(2), pp. 201-202.
- ISMP (2001), *Survey on perceptions of a non punitive culture produces some surprising results*, from the August 22, 2001 issue, Huntingdon Valley, Pennsylvania, disponibile su: <http://www.ismp.org/Newsletters/acute/articles/20010822.asp>
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (2002), *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook*, Oakbrook Terrace, IL, JCAHO, Standard RR.1.2.2.

- KOHN L.T., CORRIGA J.M., DONALDSON M.S. (2000) *To err is human: building a safer health system*, Institute of Medicine, National Academy Press.
- LEAPE L. (2005), «Ethical issues in patient safety», *Thorac Surg Clin*, 15, pp. 493-501.
- LEAPE L., BATES D.W., CULLEN D.J. (1995) «System analysis of adverse drug event», *JAMA*, 274, pp. 35-43.
- LEAPE L., BRENNAN T.A., LAIRD N.M., LAWTHERS A.G., LOCALIO A.R., BARNES B.A. (1991) «The nature of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical practice study II», *NEJM*, 324, pp. 377-384.
- MARINI M.G. (2006) «Caccia all'errore: di chi è la colpa?», *Management della Sanità*, 26, pp. 60-61.
- MASSARO R. (2003), «Investing in Patient Safety, an ethical and business imperative», *Trustee*, June, pp. 21-23.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2007), *Disegno di legge concernente: «interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale»*, disponibile su: www.ministerosalute.it
- NEIBURG TERKEL S. (1999), «Responsibility», in S. Neiburg Terkel, R. Duval (a cura di) *Encyclopedia of ethics*, Facts on File, New York, p. 234.
- PERROW C. (1985), *Normal error: Living with High Risk Technologies*, Basic Books, New York.
- PORTA R., COZZI M.R. (2005), «Mappatura del rischio clinico: l'esperienza dell'Azienda Ospedale civile di Legnano», *Rischio Sanità*, 19, pp. 21-27
- REASON J. (1992), *Human Error*, Cambridge, University Press Cambridge.
- REASON J. (1998), *Managing the risks of organizational accidents*, Ashgate Publishing, Aldershot, England.
- REASON J. (2000), «Human error: models and management», *BMJ*, 320, pp. 768-770.
- SHARPE V.A. (2000), «Taking responsibilities for medical mistakes», in S. Rubin, L. Zoloth, (a cura di), *Margin of error: the ethics of mistakes in the practice of medicine*, Maryland University Publishing Group, Hagerstown, pp. 13-24.
- SHARPE V.A. (2003), «Promoting patient safety: an ethical basis for policy deliberation», *The Hastings Center Report*, 33, No. 5, pp. 1-20.
- SPATH P.L. (1999), «Reducing errors through work system improvements», in P.L. Spath (a cura di), *Error reduction in health care, a system approach to improving patient safety*, Jossey-Bass, San Francisco, pp. 199-234.
- THOMAS E.J., STUDDERT D.M., BURSTIN H.R., ORAV E.J., ZEENA T.B.S., WILLIAMS E.J. (2000), «Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado», *Med care*, 38, pp. 261-271.
- THOMAS E.J., STUDDERT D.M., NEWHOUSE J.P. (1999), «Costs of medical injuries in Utah and Colorado», *Inquiry*, 36, pp. 255-264.
- TOZZI V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, 50, pp. 71-80.
- VINCENT C., NEALE G., WOLOSZYNOWYCH M. (2001), «Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review», *BMJ*, 322, pp. 517-519.
- WILSON R.M.C.L., RUNCIMAN W.B., GIBBERD R.W. (1995), «The quality in Australian health care study», *Med J Aust*, 163, pp. 458-471.

La misurazione della soddisfazione nei servizi ospedalieri: il caso del Policlinico S. Orsola-Malpighi

TREVOR G. BOND, M. CAPELLI, G. CAPPIELLO, E. CARRETTA

Hospitals and health service providers are currently being pressed by policy makers and public opinion to fulfill patient satisfaction and achieve high quality standards. Patient satisfaction is a way of describing and assessing the level of hospital service from the patient's point of view. We introduce Rasch's approach to measurement, show how it can help define patient satisfaction, and succeed in developing an efficient instrument for measuring it. This study investigates the questionnaire currently adopted in an Italian hospital. The results confirm the internal consistency of the items. The patient's relationship with the nursing staff and doctors is the most important element in the patient satisfaction scale. Human qualities always rate higher than technical aspects, and courtesy, helpfulness, cordiality and kindness are the elements that influence patients' judgments the most.

Note sugli autori

Trevor G. Bond, Hong Kong Institute of Education (Cina)
Maurizio Capelli Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi
Giuseppe Cappelletto, Elisa Carretta, Università di Bologna

1. Introduzione

I pazienti si rivolgono ai servizi ospedalieri per soddisfare un bisogno di salute. Ad evidenza, non sempre è possibile soddisfare completamente tale bisogno, tuttavia la modalità con cui vengono erogati i servizi ospedalieri contribuisce a creare un contesto positivo e adeguato in cui affrontare la malattia. Ogni singolo aspetto nella fornitura dei servizi sanitari, sia esso un elemento centrale o periferico, può rappresentare una criticità, o al contrario una fonte di sollievo per il paziente. La mancanza di informazioni sulla propria patologia, ma anche un eccesso di informazioni ad esempio, sono determinanti sullo stato di ansia del malato e, come dimostrato ultimamente, sulla guarigione. I tempi d'attesa limitati evitano un'aggiunta di inquietudine, una stanza confortevole può rendere la degenza meno pesante. Un paziente soddisfatto collabora maggiormente alle prescrizioni del medico ed è tendenzialmente più propenso ad ottenere risultati positivi.

Ancora, il sistema sanitario è caratterizzato da una consistente asimmetria informativa per cui il paziente non conosce molte delle caratteristiche del servizio che si appresta a richiedere e spesso non è nemmeno in grado di definire in modo preciso il bisogno che intende soddisfare.

Dal punto di vista della gestione, quanto descritto implica che ogni elemento del servizio ospedaliero concorre, con un peso differente, ad esprimere una valutazione riguardo alla prestazione ricevuta. La stima analitica del servizio erogato diviene pertanto di fondamentale importanza per migliorare la gestione delle strutture sanitarie, per allocare in modo ottimale le risorse e per consentire

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La soddisfazione del paziente
3. Il modello di Rasch
4. Un'indagine svolta presso l'azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna
5. Conclusioni

al paziente una scelta informata e consapevole della struttura sanitaria a cui rivolgersi.

Nel corso degli anni si sono susseguiti vari studi volti ad individuare le relazioni tra soddisfazione e altri costrutti quali la qualità, il valore percepito, la fedeltà e l'intenzione di riacquisto proprio con lo scopo di descrivere e prevedere il comportamento dell'utente (Iacobucci, 1994).

Questo lavoro intende fornire un contributo alla letteratura relativa alla soddisfazione del paziente nei confronti di un servizio ospedaliero con specifico riferimento agli aspetti metodologici e agli strumenti di misurazione. In particolare si vogliono illustrare i benefici dell'utilizzo di un metodo, l'analisi proposta da Georg Rasch, che ha lo scopo di fornire una misura definita oggettiva, della soddisfazione del paziente.

2. La soddisfazione del paziente

Il tema della valutazione delle performance delle aziende pubbliche ha visto ampia diffusione negli ultimi anni, sollecitato a monte dall'esigenza di contenimento della spesa e dalla necessità di accrescere l'efficacia delle politiche pubbliche ed a valle dalla pressione dei cittadini/contribuenti che premono per una qualità superiore e per una trasparenza nell'utilizzo delle risorse.

Il contributo maggiore di questo impegno a favore della valutazione dei risultati risiede probabilmente nella «ridefinizione» dei rapporti che l'azienda pubblica intrattiene con l'ambiente esterno e in particolare con il progressivo inserimento del «mercato dei prodotti» come luogo di verifica delle finalità aziendali oltre al tradizionale «mercato politico» (Del Vecchio, 2001).

Tra gli indicatori di risultato più utilizzati si trova certamente quello della soddisfazione dei pazienti.

La soddisfazione del paziente rappresenta la valutazione del servizio sanitario dal punto di vista del paziente. Dal latino *satisfacere*: «facere» (fare) «satis» (abbastanza), la soddisfazione è raggiunta se il bisogno di mantenimento di salute è sufficientemente appagato dalla struttura sanitaria alla quale il paziente si rivolge. L'etimologia del termine definisce il concetto di soddisfazione come una valutazione cognitiva che risulta solo a seguito dell'esperienza del servizio.

La maggior parte degli studiosi concorda nel definire la soddisfazione come una valutazione *post-experience*, che può variare nel tempo e che risulta influenzata sia dalle caratteristiche del fruitore che dal contesto socio-economico in cui egli vive, nonché dal suo stato di salute. La soddisfazione è quindi misurata su coloro che hanno usufruito del servizio (e non su pazienti potenziali), i quali potranno esprimere un giudizio sull'immagine, sulla reputazione, sul valore del servizio in virtù di una propria esperienza; in questo senso il concetto di soddisfazione non è sovrapponibile a quello di qualità, spesso utilizzato proprio nei servizi sanitari, perché la qualità «è uno stato mentale più stabile, indipendente da una determinata situazione di servizio» (Orsingher, 2003).

Il modello cardine utilizzato per misurare la soddisfazione di un bene o servizio è noto come il paradigma della disconferma (Oliver, 1989) perché pone a confronto le aspettative e la performance ricevuta. Vi è soddisfazione a fronte di una disconferma positiva o nulla, cioè quando la performance percepita supera o eguaglia le aspettative; insoddisfazione quando la disconferma è negativa, ovvero la performance percepita è al di sotto delle aspettative per il servizio.

Recentemente molti studi hanno indagato una estensione del modello originale di Oliver considerando la soddisfazione non solo come una risposta cognitiva ma anche come una risposta affettiva. Questi autori affermano che la soddisfazione è una esperienza che deriva dalla valutazione delle caratteristiche tecniche del bene/servizio come la professionalità, l'organizzazione o la gestione di una struttura sanitaria, ma anche un giudizio originato da una introspezione personale, un paragone con i sentimenti e le sensazioni che emergono dalla percezione del rischio, dalla percezione del dolore o nella relazione con il personale infermieristico e medico. Bagozzi (1999) afferma che il ruolo centrale della soddisfazione negli studi di *marketing* è dovuto proprio al fatto di essere riconosciuta come il primo sentimento che viene valutato dopo il consumo di un bene piuttosto che per il fatto di rappresentare in sé un costrutto fondamentale.

Non è chiaro il legame tra soddisfazione e le diverse emozioni o inclinazioni positive; alcuni ricercatori definiscono la soddisfa-

ne come una emozione distinta, altri pensano che la soddisfazione condivida la sua variabilità con altre emozioni e stati d'animo che si creano nella psiche dell'individuo. Bagozzi sottolinea che l'importanza della soddisfazione, rispetto ad altre emozioni positive e negative, dipende dal prodotto, dal contesto e dai soggetti che coinvolge.

Il processo affettivo spesso è confuso con il termine atteggiamento (*attitude*, una reazione, predisposizione verso un oggetto). Sebbene lo stesso termine atteggiamento sia utilizzato con significati differenti, condividiamo l'opinione di Eagly e Chaiken (1993), Bagozzi (1999), Cohen e Areni (1991) che distinguono tra l'atteggiamento come un giudizio valutativo e l'affezione la valutazione soggettiva legata alla sensibilità e agli stati affettivi personali degli individui. Bolton e Drew (1991) non condividono nemmeno l'utilizzo del termine atteggiamento per il costrutto della soddisfazione. Essi dimostrano, che la disconferma produce effetti limitati sugli atteggiamenti immediati ed effetti considerevoli in successivi periodi di tempo e pertanto distinguono la soddisfazione come una valutazione di una specifica transazione e l'atteggiamento come una valutazione globale di un prodotto/servizio.

Infine, nella fase di misurazione del costrutto, la soddisfazione è stata concettualizzata da alcuni autori come un costrutto unidimensionale, che varia lungo un *continuum* ipoteticamente racchiuso dalle etichette insoddisfatto - soddisfatto (Westbrook, Oliver, 1981) e da altri autori come un costrutto multidimensionale (Fitzpatrick, 1984; Singh, 1990) latente, non osservabile direttamente ma attraverso delle variabili manifeste che riflettono il concetto di soddisfazione.

La natura del costrutto indagato non è univoca e conseguentemente difficile risulta la sua misurazione e il confronto di risultati proveniente da studi differenti. Inoltre, la mancanza di una definizione condivisa rende complessa la selezione di una definizione appropriata al contesto di analisi.

Nell'ambito dei servizi sanitari spesso i ricercatori hanno proposto personali definizioni del concetto di soddisfazione del paziente o addirittura evitato di spiegare la definizione utilizzata, dando per scontata l'univocità del termine e la riproducibilità della misura. Ad esempio, Locker e Dunt

(1978) non forniscono una definizione precisa di soddisfazione del paziente, limitandosi a dire che la qualità delle cure può divenire sinonimo della qualità della vita e della soddisfazione. Carr-Hill (1992) descrive la soddisfazione come il punto in cui le aspirazioni incontrano un certo *status* personale. Le definizioni più condivise dalla letteratura sanitaria sono quelle dovute a Lider-Pelz, Ware e Donabedien. Lider-Pelz (1982) definisce la soddisfazione del paziente come una valutazione positiva delle singole dimensioni del servizio sanitario. Ware (1983) distingue tra soddisfazione oggettiva verso l'erogatore del servizio (*report*) e valutazione personale del servizio non osservata direttamente ma basata sulle preferenze dei pazienti, le aspettative e le esperienze precedenti (*rating*). Infine, Donabedien (1988) definisce la soddisfazione come uno degli *outcome* che devono essere perseguiti dai servizi sanitari e come un elemento dello stato di salute del paziente. Donabedien afferma che la valutazione della soddisfazione/insoddisfazione riguarda la qualità del servizio in tutti i suoi aspetti con particolare importanza al processo delle relazioni interpersonali.

In questo lavoro la scala di misura impiegata trae origine dal paradigma della disconferma di Oliver, mentre la definizione di soddisfazione segue la proposta di Donabedien descrivendo attraverso gli *item* del questionario sia attributi tecnici del servizio ospedaliero (accessibilità, prestazioni alberghiere, prestazioni sanitarie), sia le relazioni col personale medico e infermieristico (cortesia, disponibilità, riservatezza, completezza delle informazioni ricevute). In accordo con Westbrook e Oliver, la soddisfazione è stata concettualizzata come un costrutto unidimensionale che varia in una scala continua derivata dalle stime del modello di Rasch.

3. Il modello di Rasch

Molte strutture sanitarie hanno predisposto attività di raccolta dati attraverso i *box* delle segnalazioni, dei reclami e dei suggerimenti o realizzando vere e proprie indagini con questionari appositamente preparati per misurare la soddisfazione dei pazienti. Questi strumenti forniscono un *feedback* sulla attività posta in essere dalla struttura sanitaria,

un riscontro dal punto di vista del paziente del servizio erogato.

Focalizzando l'attenzione sui questionari costruiti per misurare la soddisfazione del paziente è possibile confrontare i risultati ottenuti da una struttura sanitaria con quelli realizzati da altre strutture operanti nel territorio? È possibile per un paziente conoscere la struttura giudicata in modo più positivo nel luogo in cui vive? All'interno della stessa struttura ospedaliera, è veramente possibile confrontare i giudizi di soddisfazione dei pazienti ricoverati, ad esempio, in Ematologia con i pazienti ricoverati in Medicina interna? È possibile verificare nel tempo l'andamento della soddisfazione depurando l'influenza di fattori esterni che possono incidere sulle valutazioni come notizie sconvolgenti sulla reputazione della struttura, o il malcontento della popolazione sul caro-vita?

In termini più tecnici: i questionari sulla soddisfazione del paziente utilizzati dalla diverse strutture sanitarie misurano tutti la stessa variabile? Con uguale unità di misura?

La risposta ai quesiti posti sopra richiede la capacità di effettuare una corretta misurazione del concetto di soddisfazione, in particolare, la capacità di fornire misure reali che ci assicurino la stessa fiducia che abbiamo quando misuriamo il nostro peso sulla bilancia.

La ricerca del matematico danese Georg Rasch (1960) ha proprio lo scopo di fornire alle scienze sociali misure di valore scientifico cioè misure che rispettino gli stessi standard impiegati nelle scienze esatte. La definizione di misurazione impiegata in ambito sociale per l'analisi dei questionari, differisce da quella usata nei contesti tradizionalmente chiamati scientifici ed è basata sulla definizione di Stevens (1946): la misurazione corrisponde all'«assegnazione di numeri ad oggetti ed eventi in accordo con una regola». Comunemente la procedura di analisi dei dati di un questionario consiste, infatti, nell'attribuire alle opzioni di risposta degli *item* (per nulla soddisfatto, insoddisfatto, soddisfatto, molto soddisfatto) un numero progressivo (1, 2, 3, 4) e di utilizzare tale numero come una misura della soddisfazione del paziente. I dati prodotti dalla misurazione «a la Stevens» sono definiti dati ordinali cioè dati in grado di individuare una posizione d'ordine e l'eventuale somma in uno score

totale o il calcolo di valori percentuali può essere definito un conteggio, una descrizione del fenomeno ma non una operazione di misurazione.

Si pensi al peso o all'altezza di un paziente, entrambe le variabili sono misurate con un opportuno strumento di misura (la bilancia e il metro) che fornisce misure di tipo continuo dotate di unità di misura (kg, cm). Tali misure ci permettono di ragionare nell'ambito dell'inferenza cioè di verificare delle ipotesi, studiare delle relazioni o effettuare dei confronti nel tempo o in luoghi differenti. Affermazioni del tipo: «il paziente A pesa 5 Kg in più rispetto allo scorso anno» o «i pazienti A e B hanno la stessa altezza» sono corrette e condivisibili da chiunque.

In sintesi, il punteggio assegnato all'*item* è necessario ma non sufficiente per trattarlo come una «vera» misura, occorre trasformare tale valore in una scala continua, proporzionale al punteggio medesimo. La scala continua risolve anche il problema della equidistanza delle categorie di risposta spesso non verificabile in contesti che coinvolgono fortemente la sfera personale del soggetto come il bisogno di salute.

In secondo luogo, Georg Rasch sottolineò che solo scale oggettive forniscono una misura scientifica del costrutto indagato (Rasch, 1960; Bond, Fox, 2007). Una misura è definita oggettiva o riproducibile se è indipendente dalle caratteristiche dei soggetti intervistati e indipendente dall'insieme di *item* utilizzati. Ritornando all'esempio del peso e dell'altezza è possibile verificare che la misura fornita dai rispettivi strumenti di misura non sia influenzata da altre caratteristiche del paziente e da altri pazienti su cui si esegue la stessa misurazione (indipendenza dal campione), e non risulti influenzata dallo strumento utilizzato, a meno di errori casuali (indipendenza dallo strumento). In parole semplici, a pazienti con lo stesso peso la bilancia fornirà un'uguale misura così pure uno stesso paziente misurato su due bilance otterrà un'uguale misura del suo peso.

In terzo luogo, Rasch (1967) osserva che ogni misurazione deriva dal confronto fra due elementi. Rasch prende in esame un gruppo di studenti alle prese con un test e conclude che i risultati ottenuti derivano dal confronto tra l'abilità degli studenti e la difficoltà

del test. Analogamente il peso fornito dalla bilancia deriva dal confronto di due componenti: la massa corporea e la variazione della resistenza che si manifesta quando il piatto della bilancia è caricato.

Nel caso della soddisfazione del paziente le due componenti sono state definite come la propensione dell'individuo verso la soddisfazione (B_n) e la capacità delle caratteristiche del servizio di creare soddisfazione (D_i). Più specificatamente, la componente individuale (propensione) è espressa dalle caratteristiche demografiche e socio-economiche del paziente, nonché dal suo stato di salute e dalle esperienze pregresse. Mentre la componente che riguarda le caratteristiche del servizio, indagate negli *item* del questionario, mostra la capacità della struttura ospedaliera di offrire un servizio qualificato, dinamico e attento alle necessità dei pazienti.

Rasch studiando il comportamento degli studenti alle prese con il test, osserva anche che maggiore è l'abilità degli studenti e minore è la difficoltà del test tanto maggiore sarà la probabilità che gli studenti ottengano voti elevati. La stessa relazione, nello studio della soddisfazione del paziente, può essere esplicitata nel seguente modo: maggiore è la propensione di una persona verso la soddisfazione e minore è la difficoltà delle caratteristiche del servizio a generare livelli elevati di soddisfazione, tanto più è probabile che il soggetto attribuisca punteggi elevati agli *item* del questionario (figura 1).

Tutte le proprietà elencate sopra (scala continua, oggettività, confronto) sono esplicitate da Rasch attraverso equazioni probabilistiche in grado di quantificare la variabile in esame in termini del tratto latente, ovvero,

considerando sia la componente sistematica che la componente casuale dei risultati ottenuti sul campione. Il modello più semplice da cui hanno avuto origine tutti i modelli della famiglia di Rasch è il modello dicotomico, sviluppato per *item* con risposte binarie (0/1, No/Yes)¹. La probabilità del soggetto n -esimo di rispondere un punteggio pari a 1 ($x = 1$) all'*item* i -esimo è funzione della differenza dei parametri B_n e D_i . Nel caso in cui gli *item* hanno più di due categorie di risposta (si pensi alla scala Likert), è possibile utilizzare una estensione del modello dicotomico: il modello *Rating Scale* (Andrich, 1978)². In questo modello la componente sugli *item* comprende la difficoltà dell'*item* (D_i) e la difficoltà di raggiungere una certa categoria di risposta (F), in quanto si presuppone che la risposta assegnata ad un *item* (molto soddisfatto) derivi dal superamento delle categorie di risposta precedenti (insoddisfatto e soddisfatto). Esistono altri modelli appartenenti alla famiglia di Rasch tra cui ricordiamo il modello *Partial Credit*, il modello *Many Facet* e il modello *Saltus* (Bond, Fox, 2007).

I modelli proposti da Rasch mostrano una strada verso la misurazione oggettiva: se da un lato possono evidenziare un eccessivo rigore, soprattutto se si pensa alla soddisfazione del paziente in termini di risposta emotiva, dall'altro garantiscono misure invarianti rispetto al campione di pazienti e invarianti rispetto agli *item* riportati nel questionario.

A nostro parere, la possibilità di confrontare su una stessa scala questionari realizzati da differenti strutture sanitarie fornisce il «vero» paragone verso i diversi attori del mercato e garantisce informazioni trasparenti ai pazienti.

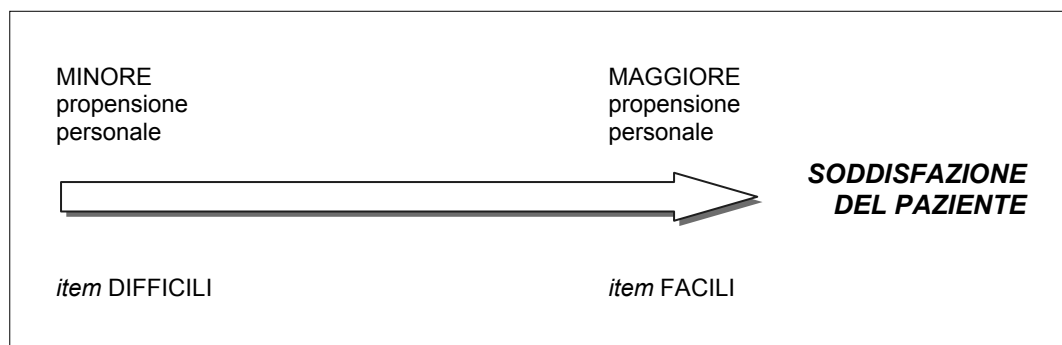


Figura 1
La scala della soddisfazione del paziente

4. Un'indagine svolta presso l'azienda ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna

L'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna rileva già da alcuni anni in modo sistematico la soddisfazione dei propri clienti non solo nell'area degenza ma anche nei servizi diagnostici e ambulatoriali, nel processo di accesso al Pronto soccorso e nel processo di ricovero in *Day Hospital/Day Surgery*. Tale esperienza assieme al supporto di competenze specifiche ha permesso all'azienda ospedaliera di individuare con precisione i fattori coinvolti nella valutazione della soddisfazione del paziente e di riportarli negli *item* di diversi questionari. In particolare i dati analizzati in questo studio sono riferiti al questionario «Customer Satisfaction Audit Degenze Ordinarie» somministrato a 3726 pazienti intervistati telefonicamente con procedura CATI, dopo il ricovero in ospedale avvenuto nell'anno 2005. Il campione presenta un profilo socio-economico medio-basso costituito prevalentemente da pensionati (47%), impiegati/quadro (16%) e casalinghe (11%). Il 31% dei pazienti ha un livello di istruzione di scuola media superiore e il 57% una licenza media o elementare. I pazienti risiedono prevalentemente nel Comune di Bologna o in un comune della Provincia di Bologna (66%) mentre il restante 34% in una provincia diversa da Bologna. Il genere risulta equamente distribuito nel campione. Nella elaborazione dei dati sono stati impiegati gli *item* rivolti a tutti gli intervistati e per i quali i pazienti fornivano una valutazione della soddisfazione sul servizio ospedaliero usufruito. Gli *item* rivolti ai sottocampioni identificati da domande filtro e gli *item* di carattere informativo (es: Ha utilizzato l'ambulanza per recarsi negli altri reparti?) non sono stati analizzati. Complessivamente sono stati valutati 25 *item* relativi a quattro macro aree identificate dall'ospedale nella fase di preparazione e aggiornamen-

to del questionario: accesso-prenotazione-accettazione (B), prestazioni sanitarie (C), prestazioni alberghiere (D) e dimissione (E) (tabella 1).

Ad ogni *item* i pazienti potevano rispondere utilizzando una scala positiva a 3 categorie: «ha deluso le sue aspettative», «è in linea con le sue aspettative», «ha superato le sue aspettative». Secondo l'interpretazione del paradigma della disconferma di Oliver, le possibili modalità di risposta erano: insoddisfatto, soddisfatto e molto soddisfatto.

I dati sono stati analizzati con il modello *Rating Scale* di Rasch implementato in *Bond&FoxSteps* al fine di verificare il costrutto della soddisfazione del paziente e fornire misure di valutazione oggettive.

Per quanto riguarda l'analisi dello strumento di misura e quindi la sua capacità di descrivere il concetto della soddisfazione del paziente, le statistiche di adattamento fornite da Rasch mostrano che tre *item* non fittano adeguatamente il modello. Questi *item* sono indipendenti dalle valutazioni della soddisfazione del paziente e non risultano in linea col *continuum* descritto dagli altri *item* del questionario. Per questo motivo l'*item* D1.1 (la pulizia della stanza e dei servizi igienici), D1.5 (la qualità del cibo) e B2.3 (la velocità di ricovero, cioè tempi di attesa dalla prenotazione al ricovero effettivo) sono stati eliminati dalle analisi successive. Tutti gli altri *item* mostrano un buon adattamento al modello. Sempre in riferimento allo strumento di misura, nella tabella 2 sono riportate alcune statistiche riassuntive della soddisfazione del paziente stimata sugli *item* e sul campione di individui. Nella scala continua della soddisfazione la localizzazione media delle persone è fissata a priori sullo zero, pertanto il valore negativo della soddisfazione media degli *item* (-0.68) permette di affermare che gli *item* sono in grado di raggiungere buoni livelli di soddisfazione. Invece, il valore elevato del test Chi-Quadrato e dell'Alpha di Cronbach mostrano una buona coerenza interna degli *item*.

Negli *output* forniti da Rasch è possibile verificare la scelta delle categorie di risposta agli *item* del questionario (insoddisfatto, soddisfatto e molto soddisfatto). Le categorie risultano distinte e in grado di misurare l'intero intervallo di variabilità della soddisfazione del paziente. Scale sintetiche, come

Tabella 1
Item divisi per sezione

Sezione	Item
Sezione B	B2.3, B2.4, B2.5
Sezione C	C1.1, C1.2, C1.3, C1.4, C1.5, C1.6, C1.7, C1.8, C1.9, C1.10, C1.11
Sezione D	D1.1, D1.2, D1.3, D1.4, D1.5, D1.6, D1.7, D1.8
Sezione E	E1.1, E1.2, E1.3

in questo studio, evitano la dispersione del campione e spesso riescono a catturare in modo sufficientemente corretto i giudizi degli intervistati evitando problemi di raggruppamento delle categorie.

La mappa *item*-persona riportata in **figura 2** rappresenta forse l'*output* più interessante e conosciuto delle applicazioni dei modelli di Rasch. In questo grafico sono riportate con la stessa unità di misura continua (*logit*) le stime oggettive della soddisfazione calcolate per ciascun *item* (a destra della scala) e per ciascun intervistato (a sinistra della scala). Il valore zero della scala è stato calibrato sulla soddisfazione media del campione. Sopra lo zero sono riportati i pazienti molto soddisfatti, con

	Persone		Item	
	Stima	Errore	Stima	Errore
Media	0.00	0.66	- 0.68	0.05
Deviazione standard	1.75	0.11	0.93	0.00

Cronbach Alpha: 0.90 Approximate log-likelihood
Chi-square: 64984.46

un livello di soddisfazione superiore alla soddisfazione media del campione e sotto lo zero i pazienti poco soddisfatti, con un livello di soddisfazione inferiore al valore medio del campione. Spostando l'attenzione sugli *item*, quelli riportati in basso sono gli *item* per i quali l'azienda ospedaliera

Tabella 2
Statistiche riassuntive

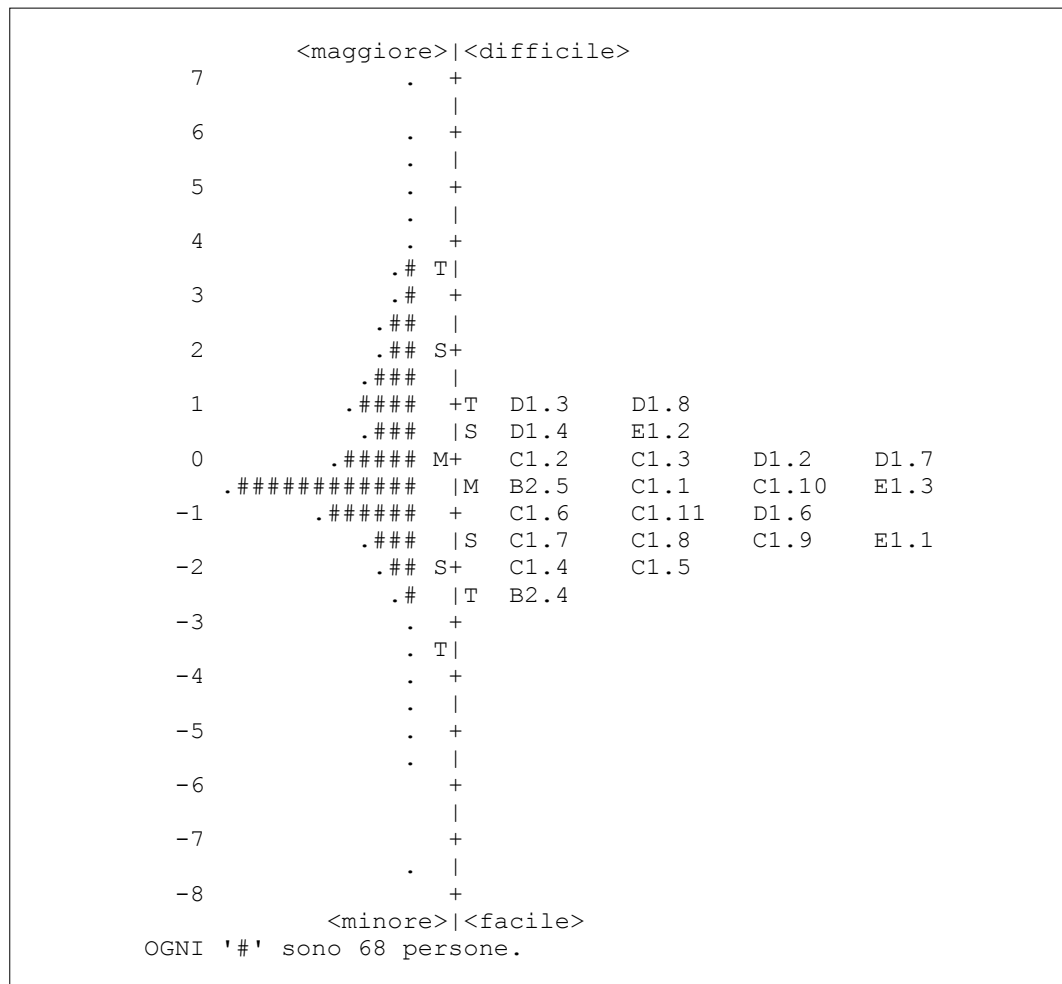


Figura 2
Mapa degli *Item*
e delle persone

La scala è espressa in unità logit, a destra sono riportate le stime sugli *item* (D_i) e a sinistra le stime sulle persone (B_n): M = media, S = Deviazione Standard, T = due Deviazioni Standard.

mostra una certa semplicità a generare soddisfazione (*item* facili), mano a mano che gli *item* si posizionano verso l'alto, diminuisce la capacità dell'azienda a raggiungere livelli elevati di soddisfazione (*item* difficili). Il grafico conferma che gli *item* si posizionano in linea con la soddisfazione del campione con un valore medio leggermente inferiore rispetto alla soddisfazione media registrata nelle persone. In particolare, l'*item* B2.4 (la gentilezza e disponibilità del personale infermieristico al momento del ricovero in reparto) è l'*item* in cui si registra una maggiore soddisfazione, rappresenta l'aspetto più apprezzato del servizio offerto dall'Ospedale S. Orsola-Malpighi. Quattro *item* relativi ai servizi alberghieri e un *item* della sezione dimissione non raggiungono, invece, il livello di soddisfazione medio del campione. In particolare, i pazienti non sono soddisfatti della disponibilità di spazi comuni di socializzazione con TV, telefono esterno e altri servizi quali l'edicola, il bancomat, il bar (*item* D1.8) e del comfort della stanza, ad esempio presenza del bagno interno, adeguato ricambio d'aria, armadio, comodo, sedie, cestino ecc. (*item* D1.3) (figura 3).

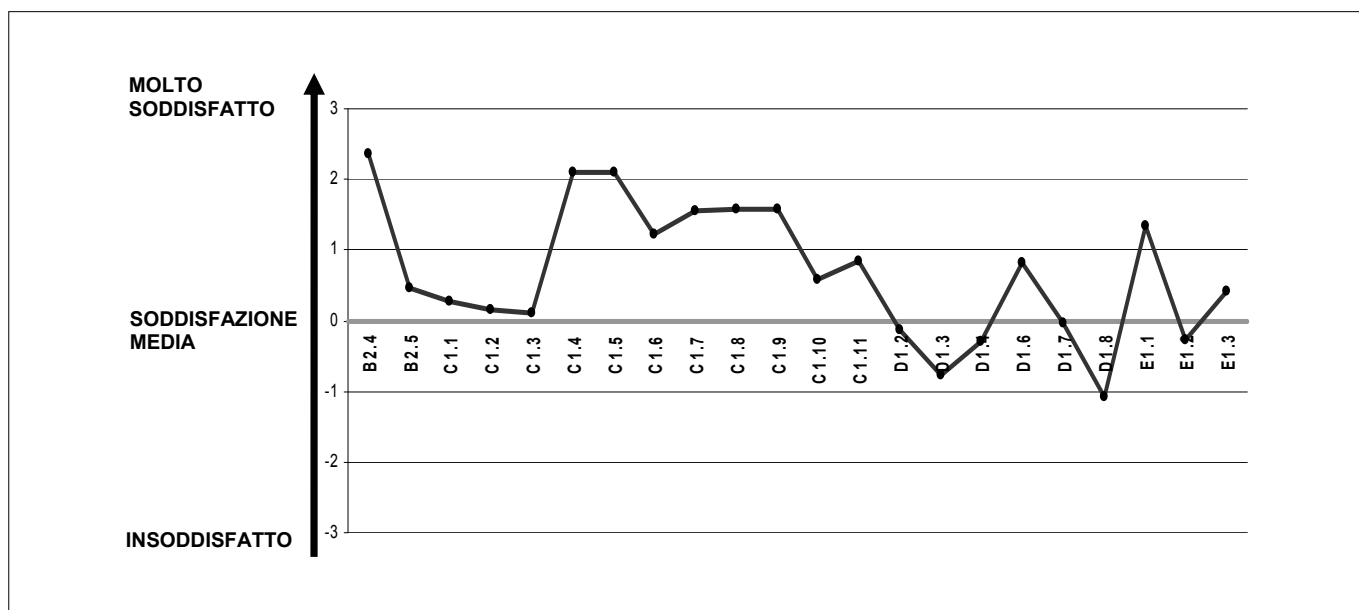
Figura 3
Scala della soddisfazione del paziente

A conferma degli studi di Donabedian, l'aspetto più umano e più soggettivo: le relazioni con il personale infermieristico e

medico influenzano fortemente i giudizi di soddisfazione dei pazienti e rappresentano nell'Ospedale S. Orsola-Malpighi la fonte di maggiore soddisfazione. Gli aspetti più tecnici legati al servizio alberghiero, che probabilmente sono gli aspetti più facilmente valutabili dai pazienti, costituiscono le criticità del servizio esaminato. Non è scopo di questo lavoro indagare l'influenza dei fattori socio-economici e del dipartimento di ricovero sulle valutazioni raccolte, tuttavia, in una fase successiva il modello di Rasch è stato implementato nei sottogruppi di pazienti ricoverati nei dipartimenti dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi. I risultati non hanno evidenziato un'influenza del dipartimento sulle stime di Rasch ma hanno mostrato la presenza di un unico *pattern* di soddisfazione. L'unica eccezione si riferisce all'*item* D1.3 (il comfort della stanza, ad esempio presenza di bagno interno, adeguato ricambio d'aria, armadio, comodo, sedie, cestini, ecc.) il quale rivela una dispersione considerevole tra alcuni dipartimenti dell'ospedale.

5. Conclusioni

Il lavoro descritto in questo articolo è volto a verificare la misurazione della soddisfazione del paziente utilizzando il que-



stionario impiegato per le degenze ordinarie dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi.

L'impiego del modello di Rasch ha permesso la calibrazione del questionario attraverso l'individuazione degli *item* che si discostano dal costrutto latente indagato. Una buona calibrazione presuppone, tuttavia, una buona teoria di base e, mentre l'approfondimento del costrutto teorico relativo alla soddisfazione è stato ampiamente indagato con riferimento ai servizi commerciali, appare poco approfondita l'applicazione nel contesto specifico dei servizi sanitari. La proliferazione di strumenti di misura ha probabilmente preceduto la formazione di una teoria a sostegno, ma solo una dialettica tra teoria e pratica porta alla realizzazione di strumenti adeguati allo scopo (Bond, Fox, 2007).

L'esperienza pluriennale dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi di Bologna nella rilevazione della soddisfazione del paziente è comunque evidenziata dai risultati positivi ottenuti. Le analisi confermano l'unidimensionalità della variabile e la coerenza interna degli *item*. Solo tre dei venticinque *item* iniziali devono essere modificati o rivalutati dall'ospedale perché troppo variabili e non prevedibili dal modello di Rasch. Sempre in riferimento alla scala della soddisfazione del paziente, la mappa *item*-persona suggerisce la possibilità di creare nuovi *item* per indagare i pazienti posizionati nella parte più alta e più bassa della scala ovvero i pazienti molto soddisfatti e molto insoddisfatti del servizio ospedaliero. Questi pazienti sono rappresentati da alcuni punti nella mappa *item*-persona e non sono raggiunti dagli *item* del questionario. Considerando, infatti, che l'azienda ospedaliera registra elevati livelli di soddisfazione, l'informazione derivata dai nuovi *item* potrebbe arricchire il *know-how* dell'azienda ospedaliera e migliorare il servizio offerto.

Questo articolo non ha la pretesa di proporre una scala di misura universale della soddisfazione del paziente in un ospedale ma, con il supporto dell'esperienza maturata dall'Ospedale S. Orsola-Malpighi ed il contributo del modello di Rasch, descrive come è possibile verificare gli strumenti impiegati.

Il modello di Rasch è attualmente l'unico in grado di assicurare l'oggettività di una

misura. Il tentativo di raggiungere livelli elevati di soddisfazione deve essere sempre preceduto da una misurazione corretta e oggettiva. La diffusione della metodologia di Rasch è certamente carente nella comunità scientifica, tuttavia, la conoscenza non deve cedere alla pressione degli interessi o all'attrattiva dell'utilità e cercare, come il danese Rasch, di fornire risposte vere ai problemi della scienza. La problematica evidenziata da Rasch non trova piena risposta nei modelli da lui proposti, ma garantisce e stimola il dialogo tra teoria e pratica quel dialogo che è alla base di ogni conoscenza scientifica.

Questo studio non è esente da limiti, essi possono tuttavia indicare i passi da percorrere in ricerche future. Innanzitutto, la ricerca è rivolta ad un servizio sanitario specifico: un ospedale pubblico, e pertanto i risultati non sono estensibili allo scenario generale dei servizi sanitari che comprende anche strutture private. Un'altro limite è la focalizzazione dell'analisi su di un solo ospedale, ulteriori ricerche dovrebbero comprendere un campione di pazienti ricoverati in differenti ospedali e localizzati in territori diversi per poter verificare contemporaneamente l'effetto dell'eterogeneità del mercato relativamente agli aspetti importanti della soddisfazione.

Da ultimo, emerge l'esigenza di estendere l'oggetto di indagine. Accanto alla soddisfazione, sta registrando una sempre maggiore attenzione il concetto di valore percepito. Quale valore viene attribuito al servizio sanitario? Il servizio ricevuto corrisponde a quanto si è speso in termini di sacrificio per ottenerlo? La creazione e la trasmissione di valore sono considerati dei vantaggi competitivi in un contesto di espansione del mercato e in un contesto in cui la domanda diventa sempre più cosciente ed esigente. Hartnett (1998) afferma che, quando una azienda soddisfa i bisogni primari dei clienti, essa produce valore in grado di assicurare una posizione più stabile nel lungo termine, mentre Cronin e Taylor (1992) e Bolton e Drew (1991) riconoscono nel valore percepito il vero punto focale delle valutazioni dei servizi da parte dei clienti. L'introduzione del concetto di valore avviene anche a seguito della constatazione che nella definizione e nella misurazione della soddisfazione

ne non si tiene conto dei sacrifici sostenuti dal consumatore (de Ruyter *et al.*, 1997), e della concorrenza (Ulaga, Chacour, 2001). A parere di chi scrive, lo studio del valore percepito introduce la possibilità di fare nuovi passi verso una conoscenza più approfondita del servizio sanitario e permette di rispondere in modo sempre più adeguato al bisogno di salute da cui il servizio sanitario trae origine.

Note

1. $P_{ni} (x_{ni} = 1/B_n, D_i) = \frac{\exp(B_n - D_i)}{1 + \exp(B_n - D_i)}$ probabilità che il soggetto n-esimo attribuisca un punteggio pari a 1 all'item i-esimo. B_n è la propensione del soggetto n-esimo e D_i è la difficoltà dell'item i-esimo.
2. $P_{ni1} (x = 1/B_n, D_i, F_i) = \frac{e^{(B_n [D_i + F_i])}}{1 + e^{(B_n [D_i + F_i])}}$ probabilità che il soggetto n-esimo attribuisca un punteggio pari a 1 all'item i-esimo. B_n è la propensione del soggetto n-esimo, D_i è la difficoltà dell'item i-esimo e F_i è la difficoltà associata alla categoria di risposta 1.

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

- ANDRICH D. (1978), «A rating formulation for ordered response categories», *Psychometrika*, vol. 43, pp. 561-573.
- ANDRICH D. (2004), «Controversy and the Rasch model: a characteristic of incompatible paradigms?», *Medical Care*, vol. 42, pp. 1-16.
- BAGOZZI R.P., GOPINATH M., NYER P. (1999), «The role of emotion in marketing», *Journal of Academy of Marketing Science*, vol. 27, 2, pp. 184-206.
- BOLTON R.N., DREW J.H. (1991), «A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value», *Journal of Consumer Research*, vol. 17, March, pp. 375-384.
- BOND T.G., KING J.A. (2003), «Measuring client satisfaction with public education I: meeting competing demands in establishing state-wide benchmarks.», *Journal of Applied Measure*, Vol. 4(2), pp. 111-23.
- BOND T.G., KING J.A. (2003), «Measuring client satisfaction with public education II: comparing schools with state benchmarks», *Journal of Applied Measure*, Vol. 4(3), pp. 258-68.
- BOND T.G., KING J.A. (2003), «Measuring client satisfaction with public education III: group effects in client satisfaction», *Journal of Applied Measure*, Vol. 4(4), pp. 326-34.
- BOND T.G., FOX C.M. (2007), *Applying the Rasch Model. Fundamental Measurement in the Human Sciences*, Lawrence Erlbaum Associates Publisher, New Jersey.
- BROWN T.J., CHURCHILL G.A., PETER P.J. (1993), «Improving the measurement of service quality», *Journal of Retailing*, Vol. 69, pp. 127-38.
- CARR-HILL R. (1992), «The measurement of patient satisfaction», *Journal of Public Health Medicine*, vol. 14, 3, pp. 236-249.
- COHEN J.B., ARENI C.S. (1991), *Affect and Consumer Behavior, Handbook of Consumer Behavior*, Prentice Hall.
- CHURCHILL G.A. (1982), «A paradigm for developing better measures of marketing constructs», *Journal of Marketing Research*, vol. 16, pp. 64-73.
- CRONIN J.J., TAYLOR S.A. (1992), «Measuring service quality: A re-examination and extension», *Journal of Marketing*, vol. 56, 3, pp. 55-68.
- CRONIN J.J., TAYLOR S.A. (1992), «SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perception-minus-expectations measurement of service quality», *Journal of Marketing*, vol. 58, n. 1, pp. 125-131.
- DAY R.L. (1983), *The Next step: Commonly Accepted Constructs for Satisfaction Research*, International Fare in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior, *Indiana University Press*, pp. 113-117.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche, economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- DE RUYTER K.O., BLOEMER J., PEETERS P. (1997), «Merging service quality and service satisfaction: An empirical test of an integrative model», vol. 18, pp. 387-406.
- DONABEDIAN A. (1979), «The quality of medical care: a concept in search of a definition», *Journal of Family Practice*, vol. 9, 2, pp. 277-84.
- DONABEDIAN A. (1988), «The quality of care: how can it be assessed?», *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, 12, pp. 1743-48.
- EAGLY A.H., CHAIKEN S. (1993), *The psychology of attitudes*, Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
- FITZPATRICK R. (1984), «Satisfaction with health care», in *The Experience of Illness*, pp. 154-175.
- FITZPATRICK R. (1991), «Surveys of patient satisfaction: I – important general considerations», *British Medical Journal*, vol. 302, pp. 887-889.
- GARNER W.R. (1962), *Uncertainty and structure of psychological concepts*, New York Wiley.
- GERBING D., ANDERSON J. (1988), «An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment», *Journal of Marketing Research*, Vol. 25, pp. 186-92.
- GEYSKENS I., STEENKAMP J.B., KUMAR N. (1999), «A meta-analysis of satisfaction in marketing channel relationships», *Journal of Marketing Research*, Vol. 36, pp. 223-38.

- GIESE J.L., COTE J.A. (2000), «Defining Consumer Satisfaction», *Academy of Marketing Science Review*, available online.
- HERNETT M. (1998), «Shopper Needs Must be Priority», *Discount Store News*, vol. 37, pp. 21-22.
- HURLEY R.H., ESTELAMI H. (1998), «Alternative indices for monitoring customer perceptions of service quality: a comparative evaluation in a retail context», *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 26, pp. 201-21.
- IACOBUCCI D., GRAYSON K.A., OSTROM A.L. (1994), «The calculus of service quality and customer satisfaction: theoretical and empirical differentiation and integration», in T.A. Swartz, D.E. Bowen, S.W. Brown, *Advances in Services Marketing and Management*, pp. 1-67.
- LILJANDER V., STRANDVIK T. (1995), «The relation between service quality, satisfaction and intentions», in D. Kunst, J. Lemmink (Eds), *Managing Service Quality*, Paul Chapman, London, pp. 45-63.
- LINDER-PELZ S. (1982), «Toward a theory of patient satisfaction», *Social Science & Medicine*, 16, pp. 577-582.
- LOCKER D., DUNT D. (1978), «Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care», *Social Science and Medicine*, vol. 12, pp. 283-292.
- NORQUIST J.M., FITZPATRICK R., DAWSON J., JENKINSON C. (2004), «Comparing alternative Rasch-based methods vs raw scores in measuring change in health», *Med Care.*, vol. 42 (1 Suppl) pp. 125-36.
- OLIVER R.L. (1989), «A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions», *Journal of Marketing Research*, Vol. 17, pp. 460-469.
- OLIVER R.L. (1993), «Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response», *Journal of Consumer Research*, vol. 20, pp. 418-430.
- OLIVER R.L. (1997), *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Customer*, McGraw-Hill, New York, NY.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L. (1985), «A conceptual model of service quality and its implications for future research», *Journal of Marketing*, vol. 49, pp. 41-50.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L. (1988), «SERVQUAL: a multi item scale for measuring customer perception of service quality», *Journal of Retailing*, primavera, pp. 12-40.
- PARASURAMAN A. (1997), «Reflections on gaining competitive advantage through customer value», *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 25, No. 2, pp. 154-61.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L. (1991), *Servire Qualità*, Mc Graw-Hill Italia, Milano.
- PARASURAMAN A., ZEITHAML V.A., BERRY L.L. (1994), «Reassessment of expectation as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research», *Journal of Marketing*, vol. 58, pp. 111-124.
- PERKINS W.S. (1993), «Measuring customer satisfaction», *Industrial Marketing Management*, vol. 22, pp. 247-54.
- RASCH G. (1960), *Probabilistic Models for Some Intelligence and Attainment Tests*, MESA Press, Chicago.
- RASCH G. (1966), «An informal report on a theory of objectivity in comparisons», in L.J. van der Kamp, C.A.J. Vlek (Eds.), *Proceedings of the NUFFIC International Summer Session in Science at «Het Oude Hof»*, The Hague, The Netherlands (pp. 1-19).
- RAVALD A., GRÖNROOS C. (1996), «The value concept and relationship marketing», *European Journal of Marketing*, vol. 30, 2, pp. 19-30.
- SINGH J.E., SAWYER J.C., VAN MATRE J.G. (1990), «Deepening the Understanding of Hospital Patient Satisfaction: Fulfillment and Equity Effects», *Journal of Marketing Research*, vol. 18, pp. 291-300.
- STEVENS S.S. (1946), «On the theory of scales of measurement», *Science*, 103, pp. 667-680.
- TAYLOR (1992), «Measuring service quality: a re-examination and extension», *Journal of Marketing*, vol. 56, 3, pp. 55-68.
- TAYLOR S.A., BAKER T.L. (1994), «An Assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions», *Journal of Retailing*, vol. 70, pp. 163-178.
- ULAGA W., CHACOUR S. (2001), «Measuring Customer-Perceived Value in Business Markets», *Industrial Marketing Management*, vol. 30, pp. 525-540.
- WARE J.E., SNYDER M.K., WRIGHT R., DAVIES A.R. (1983), «Defining and measuring patient satisfaction with medical care», *Evaluation and Program Planning*, vol. 6, pp. 247-263.
- WESTBROOK R.A. (1987), «Product/Consumption-Based Affective Responses and Postpurchase Processes», *Journal of Marketing Research*, vol. 24, pp. 258-270.
- WESTBROOK R.A., OLIVER R.L. (1981), «Developing Better Measure of Consumer Satisfaction: Some Preliminary Analysis», *Advances in Consumer Research*, vol. 8, pp. 94-99.
- WESTBROOK R.A., OLIVER R.L. (1991), «The Dimensionality of Consumption Emotion Pattern and Consumer Satisfaction», *Journal of Consumer Research*, vol. 18, 1, pp. 84-91.
- WRIGHT B.D., LINACRE J.M. (1989), «Observations are always ordinal; measurements, however, must be interval», *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, vol.70, pp. 857-860.
- WRIGHT L.K. (1992), «Success factors across different service types», 2nd International Research Seminar in Service Management, pp. 749-81.
- YI Y. (1990), «A critical review of consumer satisfaction», in V.A. Zeithaml (Eds), *Review of Marketing*, American Marketing Association, Chicago, IL, pp. 68-123.
- ZEITHAML V.A. (1988), «Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence», *Journal of Marketing*, vol. 52, pp. 2-22.
- ZEITHAML V.A. (1993), «A dynamic Process Model of Service Quality: from Expectations to Behavioral Intentions», *Journal of Marketing Research*, vol. 30, 1, pp. 7-27.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

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

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

Monografie

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

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Il bilancio di mandato nell'Azienda ospedaliera «Ospedale Maggiore» di Crema

ALESSANDRO COMINELLI, MARCO CLAUS, DIEGO MALTAGLIATI

This work offers an example of social reporting practice into an Italian healthcare organization. After a brief theoretical introduction related to the development of the practices of social reporting, the document specifically refers to the case of the Azienda Ospedaliera «Ospedale Maggiore di Crema». The analysis concerns: a) social reporting process, investigated in relation to method of editing configuration, modalities of communication of the document and the level of involvement of external and internal people; b) the product of the social reporting initiative, i.e. developed forms and contents, with a synthesis of the document elaborated by the Azienda Ospedaliera «Ospedale Maggiore di Crema»; c) the values looked for according to the recipients identified as «privileged» (inside and outside the hospital).

Note sugli autori

Alessandro Cominelli è dipendente dell'Azienda Ospedaliera «Ospedale Maggiore» di Crema, collaboratore amministrativo dell'ufficio Programmazione e Controllo Strategico
Marco Claus è Direttore del Dipartimento di Programmazione e Controllo Strategico dell'A.O. «Ospedale Maggiore» di Crema
Diego Maltagliati è Direttore Generale dell'A.O. «Ospedale Maggiore» di Crema

1. Introduzione: la rendicontazione sociale, dalle imprese alle aziende sanitarie pubbliche

Il bilancio sociale è uno strumento di comunicazione esterna nato, nella prima metà del secolo scorso, da due «esigenze» quali la «Corporate Social Responsibility» e la «Accountability».

L'esigenza delle imprese di soddisfare in modo sempre crescente le legittime attese sociali e ambientali, oltre che economiche, dei vari portatori di interesse interni ed esterni, ha comportato la nascita, lo sviluppo e la diffusione di pratiche di rendicontazione sociale, ovvero di strumenti che si propongono di rappresentare non solo le informazioni di natura economico-finanziaria, ma anche gli effetti prodotti dall'attività di impresa sulle diverse categorie di portatori di interesse, in termini di impatti sociali e ambientali attuali e futuri.

In tal senso, le iniziative di rendicontazione sociale rappresentano, da un lato, uno strumento di comunicazione e di gestione delle relazioni pubbliche, finalizzato principalmente a migliorare l'immagine percepita dell'azienda e colmare eventuali «gap di legittimazione» dell'azienda nei confronti dell'ambiente esterno; dall'altro lato, uno strumento che, inserito nel più ampio ciclo di programmazione, controllo e rendicontazione aziendale, consente di supportare le strategie aziendali e in particolare quelle orientate al raggiungimento di una maggiore *accountability* e sostenibilità (Bebbington *et al.*, 1999).

Nel tempo, l'applicazione dello strumento si è estesa sia settorialmente e geograficamente, pur con forti andamenti ciclici lega-

SOMMARIO

1. Introduzione: la rendicontazione sociale, dalle imprese alle aziende sanitarie pubbliche
2. La rendicontazione sociale nell'azienda ospedaliera di Crema
3. Analisi del Bilancio di mandato
4. Conclusioni

ti all'evoluzione del rapporto tra economia e società. In particolare, il fenomeno della rendicontazione sociale ha riguardato un numero crescente di Paesi, interessando non solo la realtà di impresa, ma anche il settore *non profit* e il settore pubblico (Marcuccio, 2005).

Lo sviluppo di questo fenomeno nel settore pubblico deve essere considerato da una prospettiva diversa, in quanto le motivazioni ed i bisogni che hanno portato alla nascita, nelle imprese, di tale strumento, nelle aziende pubbliche rappresentano un dato di fatto, rappresentano la *mission* delle stesse; nelle aziende pubbliche l'equilibrio economico, patrimoniale e finanziario, seppur imprescindibile, rappresenta solo un «vincolo», una «leva» per raggiungere la soddisfazione di obiettivi di natura sociale. In tale contesto dunque, la rendicontazione sociale rappresenta «una forma più completa ed efficace di controllo e rappresentazione delle performance complessive dell'azienda pubblica» (Marcuccio, 2002) e, più specificatamente, una forma di controllo che fa riferimento ai principi di trasparenza, neutralità, verificabilità e responsabilizzazione, e di gestione strategica e consapevole delle relazioni tra l'azienda pubblica e gli altri soggetti che costituiscono il *network (public governance)*¹ di offerta di servizi pubblici (Alesani *et al.*, 2006a).

All'interno del settore pubblico, la realtà sanitaria, data (a) l'evoluzione subita negli ultimi anni e considerato (b) il «bene» sensibile in questione (la salute), rappresenta un caso particolare ed interessante.

a) Da un lato, infatti, è doveroso ricordare come negli ultimi anni il Sistema sanitario nazionale sia stato oggetto di alcune dinamiche che ne hanno cambiato drasticamente la configurazione ed il funzionamento; ci si riferisce in particolare alle dinamiche scaturite dai processi di aziendalizzazione e di «regionalizzazione». Il processo di aziendalizzazione, riconoscendo la natura di «aziende» alle Asl ed alle A.O. e valorizzandone l'autonomia gestionale ed organizzativa, ha di fatto reso le stesse aziende sanitarie sempre più soggette a doveri di responsabilizzazione e di *accountability* dei propri risultati nei confronti della popolazione di riferimento. Le aziende sanitarie sono, infatti, chiamate

a rafforzare la capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento ed a valorizzare e comunicare adeguatamente ai «potenziali» utenti ed agli altri portatori di interessi istituzionali la propria strategia, le iniziative realizzate, i servizi erogati ed i risultati conseguiti. Il processo di regionalizzazione ha mutato radicalmente il ruolo dello Stato, delle Regioni e delle Aziende sanitarie, i loro rapporti e le loro relazioni; dal punto di vista delle relazioni, le variazioni intercorse «obbligano» le aziende sanitarie a rafforzare i flussi informativi² con la propria «capogruppo» e ove possibile ad innovare i possibili canali di dialogo, a chiarire all'ambiente di riferimento esterno i cambiamenti intervenuti ed i riflessi che ne conseguono, a dialogare al proprio interno, comunicando al proprio personale come è stato affrontato il cambiamento istituzionale ed organizzativo.

b) Come sostenuto da Alesani (2005) e da Borgonovi (2005) la natura sensibile dell'attività sanitaria (caratterizzata dall'asimmetria informativa tra paziente e professionista, dall'autonomia dei singoli professionisti, dal rapporto fiduciario fra operatore sanitario e paziente, dall'elevato contenuto emozionale della percezione del bisogno di salute, dall'elevata capacità dell'offerta di influenzare la domanda di prestazioni sanitarie) fa sì che il concetto di responsabilità sociale sia peculiare rispetto ad altri settori dell'economia; infatti, ove solitamente si configura come principio di «ottimale contemperamento di interessi legittimi», nel caso specifico delle aziende sanitarie deve essere interpretato con un «consapevole sbilanciamento» delle priorità a favore degli interessi dei pazienti. Inoltre l'erogazione dell'attività sanitaria può comportare impatti sociali ed ambientali rilevanti, ad esempio a causa della produzione di rifiuti speciali potenzialmente nocivi e dei flussi di mobilità che convergono sulle strutture sanitarie di rilevanti dimensioni.

Nel caso del settore sanitario pubblico quindi, stante le dinamiche evolutive verificatesi e la peculiare accezione di responsabilità sociale attribuibile alle aziende che in esso operano, la diffusione della rendicontazione sociale deve essere vista come un tentativo di rispondere in modo organico ed articolato ai crescenti fabbisogni informativi esterni e interni e di supportare con una base

documentale condivisa l'articolato sistema delle relazioni istituzionali e ambientali nelle quali l'azienda sanitaria è inserita.

Nonostante il notevole e rapido sviluppo delle pratiche di rendicontazione, le aziende sanitarie italiane sono state interessate da questo fenomeno solo negli ultimi anni; dal 2003 si sta assistendo ad un ricco proliferare di rendicontazione sociali, un insieme di esperienze e di sperimentazioni che assumono una pluralità di denominazioni (ad esempio bilancio di mandato, bilancio sociale, bilancio di missione, rapporto di salute) ed una grande varietà di forme e contenuti.

Il panorama italiano, ad oggi, è suddividibile in due distinte situazioni: da un lato vi sono le aziende che hanno deciso volontariamente di adottare un loro modello di rendicontazione sociale (soprattutto in Lombardia, Toscana, Liguria, Piemonte e Sicilia); dall'altro vi sono le aziende che sono state chiamate a redigere strumenti simili sulla base di indicazioni e disposizioni regionali (è il caso, ad esempio, della realtà della Regione Emilia-Romagna).

2. La rendicontazione sociale nell'azienda ospedaliera di Crema

All'inizio del 2007, nel corso degli incontri per la negoziazione del contratto annuale con l'Asl, si è condivisa con i vertici dell'azienda sanitaria locale stessa l'opportunità di procedere insieme, almeno a livello di impostazione e di metodo, nel presentare entro la fine dell'anno un documento di rendicontazione che mettesse in evidenza le attività e le iniziative intraprese e realizzate nel corso dei cinque anni di mandato, soprattutto quelle congiuntamente avviate e in qualche misura derivanti dal documento programma-

tico che insieme era stato redatto all'inizio del mandato stesso nel corso del 2003.

Avendo condiviso in quel momento che tale documento, oltre che un atto doveroso di rendicontazione verso gli interlocutori sociali, in larga parte comuni alle due realtà, potesse diventare anche un utile strumento e occasione di coinvolgimento per gli operatori delle due aziende e potesse essere realizzato proprio puntando sulla capacità di analisi retrospettiva delle difficoltà incontrate e degli obiettivi che esse si erano poste e come momento per rinnovare in prospettiva futura quelle che non si erano completamente realizzate, ci si è avviati ad un percorso preparatorio e formativo a partire dal mese di maggio, come avanti verrà descritto.

In tale contesto ha dunque preso avvio il processo di rendicontazione sociale dell'azienda ospedaliera di Crema.

Al termine del 2007 è, infatti, scaduto il mandato quinquennale che la Direzione generale dell'A.O. di Crema ha ricevuto a fine 2002 dalla Regione Lombardia. Era quindi il momento di tracciare bilanci e formulare qualche considerazione conclusiva su un mandato durato cinque anni che è stato anche il tema principale della Conferenza dei servizi svoltasi dal 22 al 24 novembre 2007.

Per Bilancio di mandato (**figura 1**), in genere, si intende una rendicontazione focalizzata sulla verifica della realizzazione di un insieme di indirizzi assegnato dalla capogruppo regionale o, in assenza di indicazioni esplicite, individuato dalle aziende nell'ambito della propria autonomia gestionale e ha un orizzonte di riferimento allineato con la durata dell'incarico della direzione aziendale.

Il Bilancio di mandato 2003-2007, il primo ad essere redatto dall'Azienda ospedaliera «Ospedale Maggiore» di Crema, intende

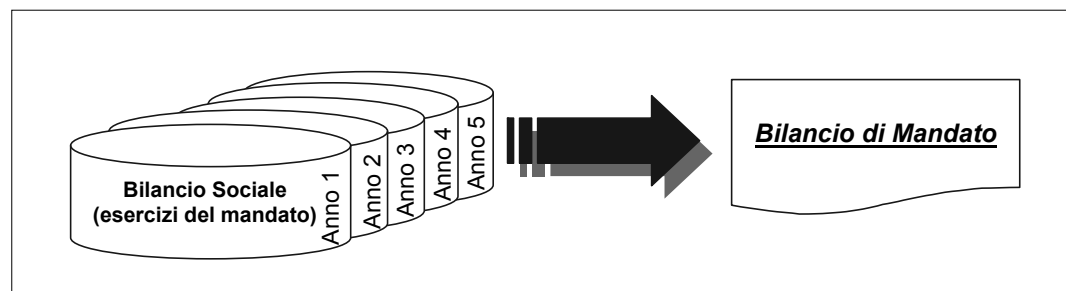


Figura 1
Il Bilancio di mandato

fornire una sintesi, anche storica, del contesto nel quale l'Azienda ha operato nel corso del mandato, nonché dei propri principi di funzionamento, dell'insieme delle attività che sono state svolte, delle risorse finanziarie impegnate e delle relazioni che l'Azienda ha intrattenuto con i propri interlocutori.

Si tratta di una forma di rendicontazione sociale che ha preparato il terreno, anche in termini formativi, per la predisposizione annuale, a far tempo dal 2008, di un vero e proprio Bilancio sociale dell'Azienda.

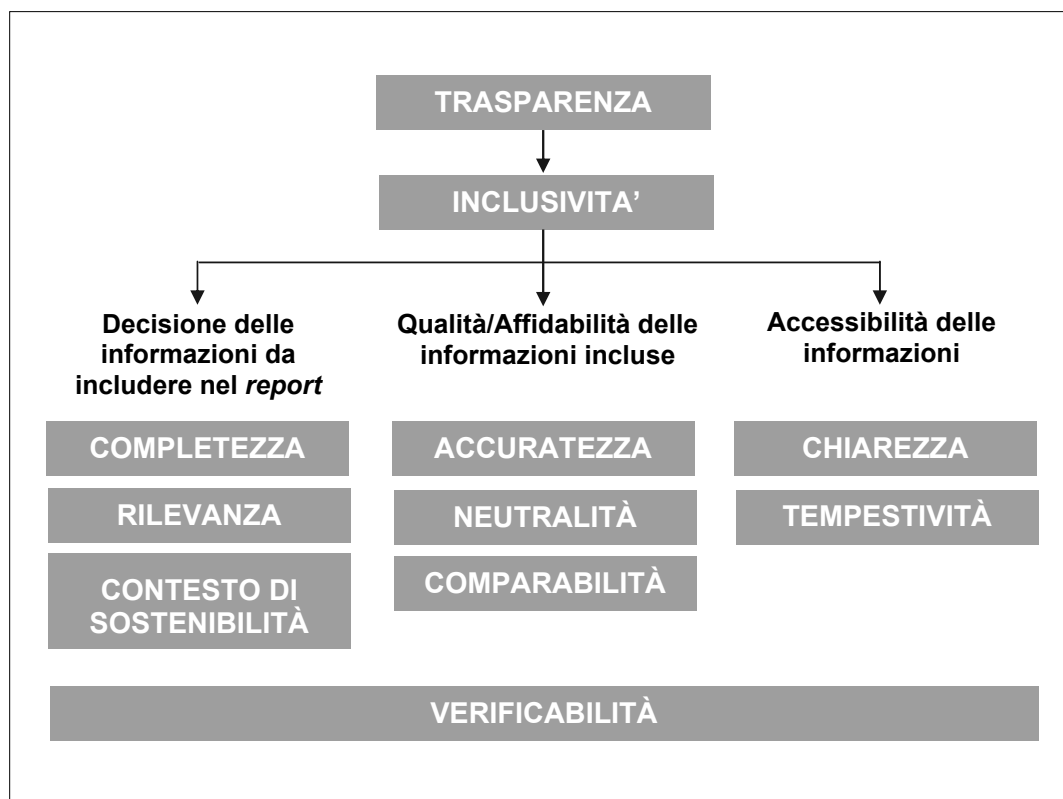
La Direzione strategica ha voluto intraprendere un percorso di rendicontazione sociale basato su un metodo fortemente partecipativo, secondo uno stile che ha tentato di mantenere, del resto, in tutto il suo incarico quinquennale. Innanzi tutto puntando sulla partecipazione alla redazione del documento stesso, attraverso interviste mirate ai principali *stakeholder*. In secondo luogo, come si diceva, con una modalità in grado di capitalizzare l'esperienza, tramite un progetto di formazione che ha coinvolto molte funzioni aziendali per un totale di una trentina di responsabili delle stesse. Lo si è redatto con

i criteri (figura 2) della trasparenza, dell'inclusività e di una selezione tra le azioni compiute in base alla loro significatività e rilevanza.

Questa prima esperienza di bilancio di mandato ha portato a considerare gli elementi distintivi dell'essere un'organizzazione orientata al benessere e alla salute della collettività, per identificare il modo più adeguato di coniugarli con la dottrina relativa alla rendicontazione sociale.

Il documento è stato suddiviso in cinque capitoli: la premessa introduce i principi di redazione e la metodologia seguita nella realizzazione con particolare riferimento all'impostazione per ambiti di rendicontazione e al lavoro dei gruppi per lo sviluppo degli stessi; il primo capitolo ripercorre il periodo di mandato dal punto di vista degli obiettivi che ci si è posti all'inizio del 2003 e la situazione alla fine del 2007; il secondo capitolo introduce l'Azienda ospedaliera rispetto alla sua missione e ai suoi valori mentre il terzo è dedicato alle risorse economiche ed espone come l'Azienda ha gestito le stesse all'interno

Figura 2
I principi della redazione



delle regole del Sistema sanitario nazionale e regionale; sicuramente, il capitolo più rilevante è quello dedicato alla rendicontazione sociale che ha visto il coinvolgimento diretto dei gruppi di lavoro e che è ruotato intorno agli ambiti di rendicontazione inizialmente definiti dai gruppi e dalla Direzione; il quinto e ultimo capitolo ha la finalità di raccogliere e descrivere quanto l'attuale Direzione intende lasciare alla successiva.

Si è cercato, nel tentativo di essere completi, di elaborare uno scritto che risultasse di facile consultazione per chi volesse sapere cosa è stato fatto e con quali risorse, e comunque, che fosse uno strumento che potesse rappresentare, al contempo, un punto fermo per il presente e un punto di avvio per il futuro.

3. Analisi del Bilancio di mandato

Il documento elaborato può essere analizzato secondo due punti di vista complementari:

– come «processo», ossia come l'insieme di procedure e di relazioni istituzionali che influenza la decisione di avviare la pratica di rendicontazione sociale e ne determina le caratteristiche;

– come «prodotto», ossia come documento a diffusione esterna nel quale l'azienda presenta l'attività svolta, i risultati ottenuti e il valore creato nei confronti dei portatori di interesse.

Come sottolinea Alesani (2006a), affinché il bilancio sociale (nel caso specifico il bilancio di mandato) possa essere considerato uno strumento di gestione delle relazioni istituzionali devono verificarsi una serie di condizioni riguardanti il contenuto, il processo e la «coerenza» tra contenuto e processo.

Al fine di raggiungere l'obiettivo finale preposti risulta fondamentale realizzare una perfetta coerenza ed integrazione fra le finalità perseguite con la rendicontazione sociale, le informazioni contenute nel documento e la modalità espositiva, ed il processo di redazione e partecipazione interna; tale concetto è ben rappresentato dalla **figura 3**.

Stante quanto appena sostenuto, nei successivi paragrafi seguirà l'analisi del bilancio di mandato dell'A.O. di Crema dal punto di vista del metodo di rendicontazione sociale, inteso in senso complessivo come percorso di redazione, comunicazione, socializzazione del documento che coinvolge interlocutori interni ed esterni all'azienda sanitaria – dimensione di processo – (§ 3.2), delle forme e dei contenuti – dimensione prodotto – (§ 3.3)

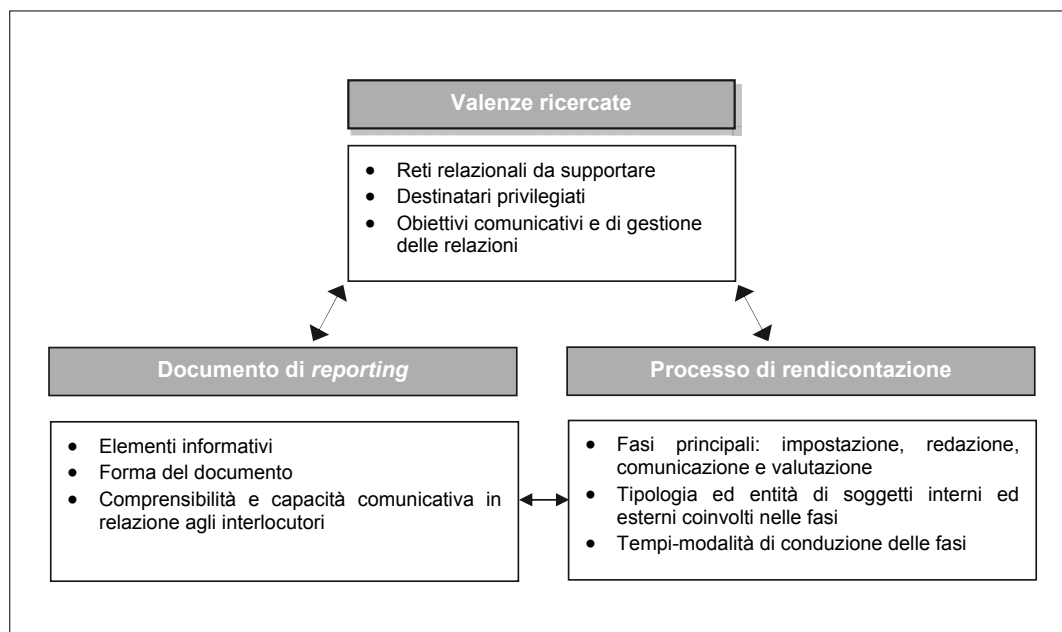


Figura 3
La necessità di coerenza fra valenze, processo e documento di rendicontazione (tratta da «La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie: funzionalità e potenzialità», *Rapporto OASI 2006*, p. 625)

e delle valenze ricercate (§ 3.4); il tutto sarà anticipato da un breve *excursus* relativo agli standard di rendicontazione sociale adottati (§ 3.1).

3.1. Standard di rendicontazione

La struttura del documento segue i più accreditati modelli di rendicontazione sociale proposti a livello nazionale (GBS - Gruppo Bilancio Sociale) e internazionale (*GRI - Global Reporting Initiative*)³. Nello specifico, mentre il modello *Global Reporting Initiative* è stato seguito per l'identificazione dei *Key Performance Indicators*, il modello di rendicontazione sul quale è stato strutturato l'intero documento è lo standard GBS, ed in particolare lo standard originale del 2001 («Principi di redazione del bilancio sociale»).

Lo standard GBS base, infatti, ha una concezione del bilancio di mandato che coincide con l'idea concepita e sviluppata all'interno dell'azienda ospedaliera di Crema, ossia di documento autonomo rispetto al bilancio di esercizio, redatto periodicamente, di natura consuntiva, con carattere pubblico e sottoscritto dall'organo di governo. Partendo da questo presupposto, è nata la volontà di fornire un quadro complessivo delle performance dell'azienda, aprendo un processo interattivo di comunicazione e valutazione da parte di tutti i portatori di interesse, cercando di evitare una rendicontazione esclusivamente finalizzata alla realizzazione di uno strumento di *marketing* indiretto dell'ente.

Pur riconoscendo nello standard GBS il modello di rendicontazione che l'azienda intendeva adottare, si è scelto di applicare solo alcune parti dello standard (ci si è, ad esempio, discostati dall'impostazione classica scegliendo di non proporre il prospetto di determinazione e classificazione del valore aggiunto) per un duplice motivo:

- essendo alla prima esperienza di rendicontazione sociale, alcune sezioni dello standard originale GBS 2001 necessitavano dello sviluppo di maggiori competenze all'interno dell'azienda;
- l'esigenza e la volontà di conservare un'indipendenza di giudizio nella struttura-

zione e nell'identificazione dei contenuti del bilancio di mandato.

Lo standard GBS 2001 è risultato un utile supporto al fine di comprendere la logica sottesa alla rendicontazione sociale ed uno strumento fondamentale per la strutturazione del documento⁴.

Nell'elaborazione di questa prima edizione del bilancio di mandato, riassumendo quanto detto in precedenza, l'azienda ha scelto, anche alla luce del risicato tempo a disposizione, di strutturare il proprio operato secondo i dettami del modello GBS 2001, pur garantendosi una certa autonomia e flessibilità nell'articolare i contenuti dello stesso.

Un obiettivo che ci si è posti all'interno dell'azienda per le prossime rendicontazioni è stato di aumentare la conoscenza (attualmente trasmessa da consulenti esterni) dello standard GBS; ci si riferisce in particolare alla possibilità di articolare la rendicontazione sociale per *stakeholder*, anche alla luce del fatto che lo strumento, così come impostato, è prevalentemente finalizzato al rafforzamento della comunicazione e delle relazioni con i portatori di interessi non istituzionali.

3.2. Dimensione processo

Il «processo» di rendicontazione può essere indagato in relazione alle seguenti dimensioni:

A) la configurazione del processo di redazione:

- l'attribuzione della responsabilità di coordinamento complessivo ed il supporto di consulenti esterni;
- la tempistica e le fasi del processo;
- l'efficacia e la tempestività dei sistemi informativi aziendali;
- integrazione con i sistemi di controllo di gestione;

B) le modalità di comunicazione del documento;

C) le strategie ed i contenuti della partecipazione di soggetti interni ed esterni:

- il livello e le modalità di partecipazione interna;
- il livello e le modalità di partecipazione esterna.

A) *La configurazione del processo di redazione*

Per la redazione del suo primo bilancio di mandato, l'Azienda ospedaliera di Crema si è avvalsa della collaborazione di due società di consulenza esterne che, in accordo con la Direzione strategica, hanno attuato un percorso formativo atto a trasferire alle risorse aziendali le competenze necessarie allo sviluppo del processo di rendicontazione sociale. Oltre all'attività formativa, i consulenti hanno fornito un valido supporto metodologico ed organizzativo, orientando, soprattutto all'inizio, il lavoro dei *team* interni, ed hanno fornito, ove necessario, un utile sostegno operativo⁵.

Il percorso formativo è stato strutturato integrando momenti formativi in aula con attività di formazione sul campo (*learning by doing*) con gruppi di lavoro ristretti. Basandoci sull'esperienza dei consulenti, si è scelto di costituire i seguenti organi: a) il «Comitato di Valutazione», composto dalla Direzione strategica, dalla Direzione operativa, dal Capo progetto (già componente della Direzione operativa) nonché dai rappresentanti dei formatori; b) i «Gruppi di lavoro» definiti e costituiti durante il primo incontro e guidati da un referente.

Il percorso formativo, iniziato a metà maggio e conclusosi con la pubblicazione del documento a metà novembre, è stato suddiviso nelle seguenti fasi:

1) 15/05/2007 - formazione sugli standard, sulla pianificazione delle attività e definizione della struttura del bilancio di mandato: le risorse coinvolte sono state formate sulla teoria generale della rendicontazione sociale, sugli standard nazionali ed internazionali riconosciuti, sulle metodologie di lavoro da seguire e sui principi guida del bilancio di mandato (quali ad esempio la struttura generale del documento, la mappa degli *stakeholder*, le attività oggetto di rendicontazione, ecc.);

2) 15/06/2007 - formazione per la definizione del profilo aziendale: nello specifico, la fase in questione ha portato alla definizione della *mission* sociale, alla messa a punto degli obiettivi di mandato e all'individuazione delle modalità di raccolta della documenta-

zione inerente all'identità aziendale nonché agli obiettivi da raggiungere;

3) 15/06/2007 - supporto per la definizione dei contenuti e dei *Key Performance Indicators* (KPIs): in questa fase i singoli gruppi di lavoro, con il supporto dei formatori, hanno costruito un insieme di indicatori costituenti lo scheletro del bilancio di mandato. I KPIs sono stati appositamente studiati in funzione dello *stakeholder* di riferimento, dell'obiettivo comunicativo e degli indirizzi del Comitato di valutazione;

4) 15/07/2007 - formazione sulle attività di raccolta dei dati relativi al mandato: i referenti di ogni gruppo di lavoro, coordinati e supervisionati dai consulenti, hanno attivato i flussi informativi necessari alla raccolta delle informazioni ed hanno guidato le successive aggregazioni, analisi e rielaborazioni delle informazioni ottenute;

5) 31/07/2007 - stesura della relazione sociale: redazione di una prima bozza del bilancio di mandato, nello specifico elaborazione dei testi integrativi ai KPIs e definizione di tabelle, grafici e schemi da introdurre nel bilancio per valorizzarne l'aspetto comunicativo;

6) 30/09/2007 - stesura del documento finale: una volta esplicitate le problematiche e/o opportunità emerse, i gruppi, sempre con il supporto dei consulenti, hanno aggregato le diverse componenti del bilancio di mandato, effettuando integrazioni, tagli, modifiche ... costituendo infine un prototipo di bilancio di mandato;

7) 15/10/2007 - verifica con l'Alta direzione: in questa fase il Comitato di valutazione, avendo a disposizione l'intero documento, ha effettuato gli ultimi ritocchi ed è pervenuto alla versione definitiva del bilancio di mandato;

8) formazione sulle modalità di verifica con gli *stakeholder*: questa fase, già parzialmente realizzata durante l'intero percorso, ha portato al pieno coinvolgimento dei diversi portatori di interesse, raccogliendone (sotto forma di interviste) opinioni e giudizi in merito al rapporto con l'A.O. di Crema; tali opinioni sono state introdotte nel bilancio di mandato, arrivando così alla predisposizione del documento finale.

Una volta terminato questo percorso formativo, l'azienda ha affrontato gli ultimi due *step*:

9) 02/11/2007 - lavoro di «cesello» effettuato con il tipografo per ottimizzare il testo e trovare la più opportuna soluzione grafica;

10) 20-28/11/2007 - pubblicazione, diffusione e comunicazione del documento finale.

Il rispetto della tempistica prevista (sei mesi) è stato reso possibile dalla buona collaborazione sviluppata con i consulenti esterni e dalla chiara assegnazione delle responsabilità:

– ogni gruppo aveva un referente che era in costante contatto con il capo-progetto;

– il capo-progetto (o responsabile aziendale del progetto), a cui è stata assegnata la responsabilità del coordinamento complessivo, è stato identificato nel Direttore del Dipartimento di Programmazione e controllo strategico; il responsabile aziendale è stato il filo d'unione fra le attese del Comitato di valutazione, le richieste dei diversi gruppi e gli indirizzi dei consulenti esterni; l'aver fatto ricadere la scelta del responsabile aziendale del progetto sul Dirigente responsabile del Dipartimento di P&C strategico racchiude una doppia finalità: facilitare la raccolta delle informazioni e collegare il bilancio di mandato ai processi di programmazione e controllo;

– l'istituzione del Comitato di valutazione è stata prevista per l'impostazione del documento e la validazione *in itinere* e finale dello stesso; pur non essendo stato istituito con compiti operativi, la composizione dello stesso (oltre ai consulenti ed alla Direzione strategica, due membri della Direzione operativa erano anche referenti dei gruppi di lavoro, mentre il terzo membro era il capo-progetto) e la presenza/partecipazione attiva e costante durante tutti gli incontri formativi, hanno permesso a tutte le persone coinvolte di percepire in modo forte e chiaro l'orientamento da intraprendere. Il Comitato di valutazione si è riunito con cadenza regolare ad ogni *step* decisivo del processo di formazione e di rendicontazione del documento.

Il *team* di persone che hanno collaborato alla redazione del documento, si è ridotto nel tempo; da un coinvolgimento iniziale di circa 30 persone si è giunti ad una composizione finale di 20 unità. La motivazione è duplice: a) nonostante il forte coinvolgimento cercato dal soggetto promotore, non si è sempre riscontrata un'altrettanta condivisione dell'obiettivo finale; b) la pressione sulla tempistica ha comportato ritmi impegnativi che hanno comportato una discreta selezione.

Per la redazione del documento di rendicontazione sociale, non sono stati attivati appositi strumenti informativi, ma si è proceduto a sistematizzare e ri-articolare dati già appartenenti al sistema informativo aziendale e presenti nei flussi informativi regionali.

In occasione del bilancio di mandato, l'azienda ha preso atto della necessità di rivedere, in alcuni ambiti, gli strumenti di comprensione del quadro di bisogni esterni e delle percezioni degli interlocutori aziendali (ad esempio con più approfondite indagini di *customer satisfaction*). La ri-articolazione dei dati disponibili nel sistema informativo aziendale ha portato all'individuazione di nuovi indicatori di controllo di gestione, cercando così di dare più ampio respiro al bilancio di mandato, collegandolo quindi con il ciclo di programmazione e controllo.

B) *Le modalità di comunicazione del documento*

Una volta elaborato il documento, l'azienda – consapevole che chiusa la fase della redazione del documento, se ne apriva un'altra altrettanto importante – ha cercato di attuare una strategia di diffusione e comunicazione del documento a 360°.

Il bilancio di mandato ha fatto la sua prima apparizione durante la Conferenza dei servizi (22-23-24 novembre), appuntamento annuale, centrale nella conduzione dell'A.O. di Crema. In questa «tre giorni» il bilancio di mandato, «protagonista» dell'incontro, dapprima è stato presentato – con interventi della Direzione strategica, delle autorità, ma soprattutto degli *stakeholder* – ai partecipanti alla Conferenza (circa 130 persone), successivamente è stato analizzato ed infine è stato utilizzato come strumento attraverso il quale porre le basi per uno sviluppo futuro.

I partecipanti alla Conferenza dei servizi erano per lo più (circa i $\frac{3}{4}$) dipendenti dell'azienda, i restanti erano composti da quei portatori di interesse (sindaci, direttori di associazioni di volontariato, assessori provinciali, rappresentanti delle organizzazioni sindacali...) che erano stati precedentemente coinvolti nella redazione del bilancio di mandato.

La presentazione ufficiale del bilancio di mandato è avvenuta il 28 novembre; nel corso di quel pomeriggio, è stata convocata dall'Asl e dalle due aziende ospedaliere (l'A.O. «Istituti Ospitalieri di Cremona» ha sviluppato autonomamente nel corso dell'anno un percorso di rendicontazione sociale, e ha condiviso l'utilità di proporre i risultati insieme alle altre due aziende sanitarie) la Conferenza dei sindaci della Provincia di Cremona, alla quale sono intervenuti anche alcuni degli altri *stakeholder* principali, nel corso della quale sono state in estrema sintesi tracciate e condivise le principali attività svolte e rendicontate da parte delle tre aziende.

Al termine di questa presentazione una tavola rotonda ha presentato i diversi punti di vista degli interlocutori sociali, confermando alle Aziende la bontà del percorso intrapreso, l'utilità di proseguire anche in futuro in una rendicontazione annuale da attuarsi attraverso la redazione di un bilancio sociale.

Al fine di poter raggiungere tutti i portatori di interesse, soprattutto i non addetti ai lavori, oltre alle presentazioni sovraccitate, l'azienda ha attivato i seguenti canali di informazione:

- distribuzione di copie cartacee agli interlocutori istituzionali;
- sito internet istituzionale;
- ampia visibilità e pubblicità sul «giornale» aziendale e conseguente disponibilità sul sito intranet aziendale per i dipendenti;
- distribuzione di copie cartacee alla cittadinanza;
- distribuzione di copie cartacee al personale.

Oltre alla modalità di comunicazione, nel rispetto dello spirito di partecipazione che dovrebbe caratterizzare la rendicontazione sociale, si è scelto di aprire un canale diretto di interazione con i diversi *stakeholder*:

per i portatori di interesse interni all'azienda è stato istituito un *forum* apposito per il bilancio di mandato, mentre agli *stakeholder* esterni è stata fornita la possibilità di esprimere i propri giudizi sul bilancio di mandato, e, più in generale, sui servizi resi dall'azienda, mediante un questionario di gradimento da inviare direttamente alla segreteria della Direzione generale.

C) *Le strategie ed i contenuti della partecipazione di soggetti interni ed esterni*

La volontà di trasformare il bilancio di mandato da un processo di comunicazione unidirezionale verso l'esterno (inteso quasi come un mero documento di *marketing*) ad uno di gestione finalizzato ad attivare flussi informativi bidirezionali si intravede non solo nella ricerca a valle – vedasi paragrafo precedente – di un ritorno da parte degli *stakeholder*, ma soprattutto nella garanzia a monte della partecipazione interna ed esterna.

Con riferimento alla partecipazione interna, sono state coinvolte nella redazione del documento di rendicontazione le seguenti unità organizzative:

- Direzione generale, a titolo di promotore e sostenitore del progetto e membro del Comitato di valutazione;
- Direzione amministrativa come membro del Comitato di valutazione e come co-referente di un gruppo di lavoro;
- Direzione sanitaria come membro del Comitato di valutazione;
- Economico-finanziaria, come membro del Comitato di valutazione e referente di un gruppo di lavoro;
- Programmazione e controllo strategico, come membro del Comitato di valutazione e responsabile aziendale del progetto;
- Direzione medica di presidio come membro del Comitato di valutazione e referente di un gruppo di lavoro;
- Formazione, Personale, Qualità e prevenzione e Protezione rischi come co-referenti di un gruppo di lavoro;
- Urp come membro di un gruppo di lavoro;
- Farmacia come membro di un gruppo di lavoro;

- Valutazione, come membro di un gruppo di lavoro;
- Riabilitazione respiratoria, come referente di un gruppo di lavoro;
- Strutture dipartimentali e Uu.Oo. sanitarie come membri di più gruppi di lavoro;
- S.I.T.R.A., come membro di un gruppo di lavoro.

L'azienda ha cercato di promuovere e garantire un coinvolgimento sia quantitativo sia qualitativo; infatti tutte le Uu.Oo. sovramenzionate hanno partecipato attivamente al processo di formazione, alla progettazione e al confronto sui contenuti del documento, alla redazione di parti del documento ed alla fornitura di informazioni. Ogni Uu.Oo. è stata messa nelle condizioni di ritagliarsi il ruolo ritenuto più appropriato, sempre nel rispetto degli indirizzi e dei consigli forniti dal Comitato di valutazione.

Per quanto concerne la partecipazione degli interlocutori esterni, il loro coinvolgimento è avvenuto in tre fasi del processo della rendicontazione:

- durante il processo formativo, una volta identificate le classi di portatori di interesse, l'azienda si è focalizzata sul rapporto in essere con i medesimi; considerata l'eterogeneità e la numerosità di *stakeholder* che quotidianamente si interfacciano con l'A.O. di Crema si è scelto, per questa prima esperienza, di effettuare una selezione tra i diversi portatori di interesse⁶. L'auspicio è che il 2007 rappresenti il primo passo di un approccio che si svilupperà e si perfezionerà con le future, annuali, rendicontazioni sociali e che potrà vedere via via allargata anche agli altri *stakeholder* la partecipazione diretta a questo percorso di confronto e condivisione degli obiettivi e dei risultati ottenuti. Una volta individuati i portatori di interesse e suddivisi in macro-aggregazioni [le associazioni di volontariato (n. 4), i Comuni (n. 3), la Provincia, l'Asl, le banche (n. 2), le Fondazioni (n. 1) ed i sindacati (n. 2)] si è ritenuto doveroso contattare personalmente, attraverso referenti interni all'Azienda, i vertici istituzionali dei diversi *stakeholder* con i quali è stata condivisa l'impostazione del documento, ed ai quali è stata effettuata un'intervista volta a: identificare i punti di

forza/debolezza della relazione intrattenuta con l'A.O. di Crema; individuare i possibili percorsi di miglioramento per il prossimo mandato; definire gli indicatori appropriati per la rappresentazione dell'attività svolta; identificare misure adeguate del grado di soddisfazione dell'utente; individuare le esternalità ambientali e sociali connesse all'operatività. Il risultato delle interviste è divenuto, in forma sintetica, parte integrante del Bilancio di mandato ed ha dato vita, nella versione integrale, ad un volume «Bilancio di mandato 2003-2007 - Interviste agli *stakeholder*» distribuito in allegato al bilancio di mandato; tale scelta è stata effettuata con la finalità di valorizzare il contributo e le percezioni dei portatori di interesse;

- durante la conferenza dei servizi, come previsto da programma, tutti i portatori di interessi esterni, che erano stati precedentemente coinvolti nella fase di redazione del documento, hanno avuto la possibilità di verificare in anteprima il bilancio di mandato e sono stati invitati ad esprimere ulteriori impressioni, indicazioni e percezioni sia sui risultati dell'attività aziendale nel suo complesso che sul documento elaborato;

- un'ulteriore possibilità di interazione con l'azienda è fornita attraverso il questionario di gradimento che permetterà alla stessa di comprendere le criticità della presente edizione al fine di migliorare le prossime.

È doveroso segnalare come si sia trovato un contesto esterno abbastanza maturo, consapevole e pronto alla collaborazione; in particolare le quattro associazioni di volontariato coinvolte hanno dimostrato un notevole interesse all'iniziativa, vi hanno aderito in tempi brevi ed hanno evidenziato spunti interessanti e convincenti da coltivare per il futuro.

È stato effettuato un primo passo verso quel «dialogo» con gli *stakeholder* (Payne, Calton, 2002) che dovrebbe andare al di là dello scambio di opinioni, della negoziazione e della mediazione, verso un processo in cui i soggetti esprimono le proprie aspettative, esplorano i percorsi alternativi, mettono in discussione i loro assunti e costruiscono una base di dialogo comune (Daft, 1999; Chapman *et al.*, 2005) per l'arricchimento dell'*accountability* istituzionale.

3.3. Dimensione prodotto

La sezione relativa alle forme ed ai contenuti del bilancio di mandato può essere indagata secondo due direttrici:

A) Analisi del bilancio di mandato inteso come prodotto;

B) Sintesi del contenuto del bilancio di mandato dell'A.O. di Crema.

A) *Analisi del bilancio di mandato inteso come prodotto*

Cercando di confrontare quanto realizzato da altre aziende sanitarie e considerati gli elementi informativi che dovrebbero essere presi in considerazione per ciascuna categoria di *stakeholder*, è possibile effettuare una valutazione sintetica (**tabella 1**) del potenziale informativo del bilancio di mandato dell'A.O. di Crema.

L'alta soddisfazione, ad esempio, degli elementi informativi connessi alle risorse umane deriva dal fatto che sono stati considerati ed approfonditi tutti i seguenti argomenti:

- i valori dell'organizzazione: qualità, lealtà, servizio, collaborazione, partecipazione, crescita personale e professionale, ricerca del consenso, ecc.;

- profilo quali-quantitativo del personale dipendente (personale per ruolo, per età, per sesso, per titolo di studio, per provenienza);

- formazione: ore, numero partecipanti, temi oggetto di formazione;

- indagini di clima aziendale;

- sistemi di valutazione e di incentivazione;

- politiche di sicurezza e di prevenzione rischi.

Le aree meno soddisfatte sono relative ai fornitori e ai partner (l'unico riferimento è quello relativo ai termini di pagamento) e all'ambiente/comunità, dove mancano ad

esempio riferimenti agli impatti ambientali dell'attività dell'azienda (consumi, rifiuti, flussi di mobilità) e riferimenti ai controlli sugli ambienti di lavoro.

Queste carenze, non devono essere considerate «dimenticanze», ma sono il risultato di un processo nel quale, stante le risorse, le informazioni ed il tempo a disposizione, si è valutato, per questa prima edizione di rendicontazione sociale, di soddisfare in modo prioritario i fabbisogni informativi di determinati *stakeholder*.

Nella redazione del documento si è cercato di raggiungere una buona efficacia comunicativa, ossia si è cercato di redigere un bilancio comprensibile e leggibile anche ai destinatari «non addetti ai lavori». Per raggiungere tale risultato:

- dal punto di vista del contenuto: sono presenti molte sezioni discorsive nelle quali si è cercato di introdurre gli argomenti e di fornire una spiegazione «abbordabile» ad ogni indicatore tecnico e numerico; si è inoltre cercato di ridurre la presenza di termini tecnici, di non utilizzare sigle (è comunque presente un glossario alla fine del documento) e di snellire il testo (complessivamente un centinaio di pagine) inserendo grafici e tabelle;

- dal punto di vista della grafica: sono presenti diversi grafici; le tabelle non considerano un insieme articolato di elementi tecnici (non sono presenti, ad esempio, tabelle con volumi di ricovero per Drg o con volumi di prestazioni specialistiche per tipologia);

- dal punto di vista della *layout*, si è utilizzata la metodologia del «capitolo-colore» per agevolare il rimando agli specifici capitoli e per vivacizzare il più possibile la lettura.

B) *Sintesi del contenuto del bilancio di mandato dell'A.O. di Crema*

Come già anticipato precedentemente, il bilancio di mandato dell'azienda ospedaliera

	Regione	Altri interlocutori istituzionali	Utenti e cittadini	Fornitori e partner	Risorse umane	Ambiente e comunità	Associazioni volontariato
A.O. Crema	★★★	★★	★★	★	★★★	★	★★

Tabella 1
Scheda sintetica
sul potenziale informativo
del Bilancio di Mandato

di Crema si compone di cinque capitoli, anticipati da una lettera del Direttore generale che spiega il «perché» di una rendicontazione sociale e introduce all'argomento, e da una premessa che esplicita i principi di redazione e la metodologia seguita nella realizzazione, con particolare riferimento all'impostazione per ambiti di rendicontazione e al lavoro dei gruppi per lo sviluppo degli stessi.

Oltre al documento «Bilancio di mandato 2003-2007», l'azienda ha elaborato un altro volume «Bilancio di mandato 2003-2007: Interviste agli *stakeholder*», di dimensioni più ridotte (una quindicina di pagine) nel quale ha riportato le impressioni degli *stakeholder* che hanno svolto un ruolo attivo nel processo di rendicontazione sociale.

Il capitolo 1 «L'azienda Ospedaliera nel 2003 e gli obiettivi di mandato 2003-2007» ripercorre il periodo di mandato dal punto di vista degli obiettivi che ci si è posti all'inizio del 2003 e la situazione alla fine del 2007. Nel capitolo emergono in modo distinto due aspetti:

- la situazione complicata ereditata dall'esercizio dell'anno 2002, che si era chiuso con una perdita di bilancio superiore a quella programmata: da qui l'esigenza di sviluppare una serie di misure sia di breve sia di medio-lungo periodo per far fronte alle difficoltà;

- la primaria importanza, ricercata durante il mandato, attribuita al rafforzamento del rapporto tra l'A.O. ed il territorio. Il radicamento sul territorio è stato senza dubbio un punto di forza della Direzione generale 2002-2007, concretamente visibile attraverso le seguenti evidenze: consistente attività ambulatoriale presso i tre ospedali e presenza dei poliambulatori territoriali a Castelleone e Soncino; mantenimento della presenza di 11 punti di prelievo per esami ematochimici ubicati nei Comuni oltre alle sedi ospedaliere; partecipazione ai programmi di screening oncologico; esecuzione di prestazioni domiciliari richieste dal Servizio di A.D.I.; realizzazione della U.O. di Cure palliative e concorso alla realizzazione della Rete territoriale delle Cure palliative; organizzazione dell'Area oncologica; sviluppo della rete della Psichiatria territoriale.

Il capitolo 2 «Identità Aziendale» introduce l'Azienda ospedaliera rispetto alla sua missione e ai suoi valori. Il capitolo apre con la presentazione dell'azienda, con la sua evoluzione storica e con la presentazione dello scenario e del contesto di riferimento, sia istituzionale che territoriale.

In questo capitolo viene enunciata la *mission* dell'azienda («erogare prestazioni sanitarie specialistiche, di media o elevata complessità, secondo i criteri di appropriatezza e qualità, al fine di rendere l'attività aziendale competitiva in termini di: tempi di risposta a fronte di corretti tempi di attesa; qualità delle prestazioni e valorizzazione delle aree di eccellenza; costi interni in rapporto alle condizioni di competitività») e i valori di riferimento.

Altro caposaldo del capitolo è la sezione relativa al sistema di governo e all'assetto organizzativo (**figura 4**).

In questa sezione emergono alcuni spunti interessanti, come ad esempio:

- il nuovo modello di *governance*: si è passati da una concezione di «Direzione generale» come organo monocratico decisionale, che aveva esclusivamente in sé funzioni di programmazione strategica e controllo direzionale, ad una struttura collegiale (il Collegio di direzione) che fosse in grado di assumere un più marcato ruolo strategico e decisionale;

- l'istituzione della Direzione operativa, organismo di collegamento tra la Direzione strategica e gli *staff*, costituita dal Dipartimento amministrativo, dal Dipartimento di programmazione e Controllo strategico e dal Dipartimento di direzione di presidio, con lo scopo di tradurre operativamente le decisioni strategiche in grado di garantire una visione di assieme (sanitaria, amministrativa e gestionale) sulla base di una ben definita modalità di funzionamento, al fine di fornire un *feed-back* sull'avanzamento delle azioni intraprese, di evidenziare problemi con rilevanza strategica e di elaborare specifiche proposte di intervento;

- la definizione ed il continuo perfezionamento delle funzioni di *staff*;

- l'introduzione di un'organizzazione dipartimentale forte: gli attuali Dipartimenti sanitari sono il Dipartimento di emergenza

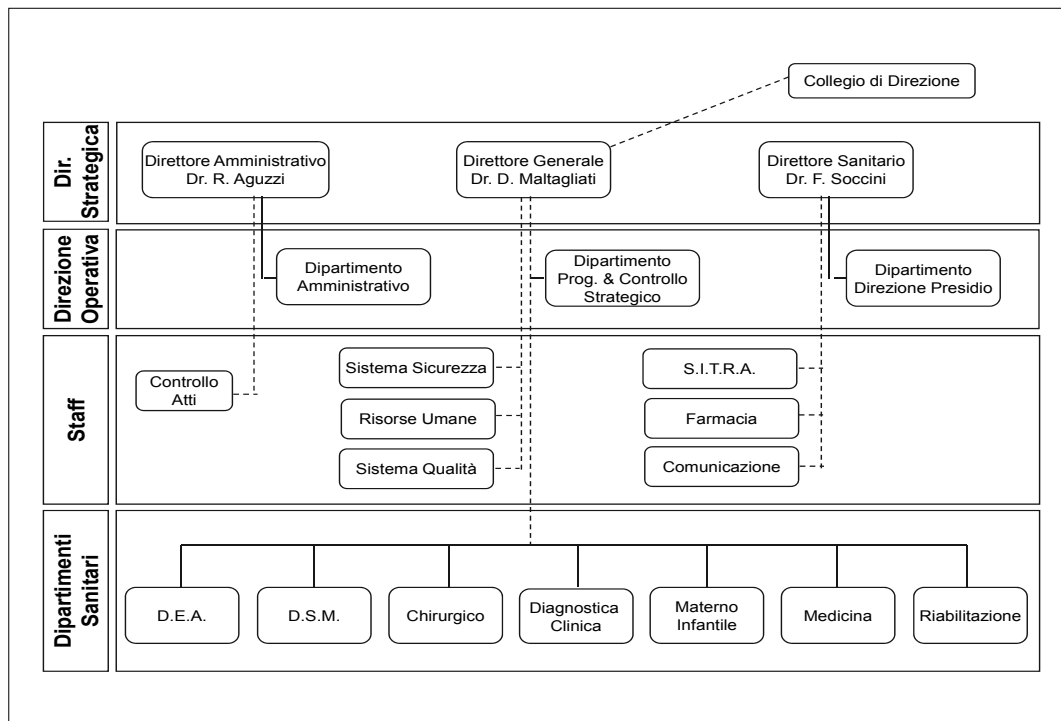


Figura 4
Assetto organizzativo dell'A.O. di Crema

ed accettazione, di Salute mentale, Chirurgico, di diagnostica clinica, Medico e di Riabilitazione.

Nel documento viene inoltre dato risalto alla descrizione degli organi istituzionali e degli organismi collegiali. La parte finale del capitolo è rivolta ad un'analisi dettagliata delle risorse umane presenti nell'azienda; i dipendenti presenti sono stati osservati, mediante tabelle, da diverse angolazioni, quali il sesso, l'età, il ruolo, il *part-time*, il titolo di studio e la provenienza.

Il capitolo 3 «Le risorse economiche nel periodo di mandato» è dedicato alle risorse economiche ed espone come l'Azienda ha gestito le stesse all'interno delle regole del Sistema sanitario nazionale e regionale. Dopo aver descritto l'evoluzione delle logiche e delle politiche di negoziazione fra Regione, Asl e Azienda, nel capitolo viene illustrato sia per l'attività di ricovero (figura 5) che per l'attività ambulatoriale il progressivo percorso di allineamento fra produzione effettiva e produzione contrattata.

Analizzando i dati da un altro punto di vista (figura 6) è possibile notare come, a

fronte di una sostanziale stabilità della produzione (l'incremento del 2007 risente di un incremento tariffario), si sia registrato un costante incremento del «contratto».

Un altro aspetto meritevole di attenzione è l'analisi degli investimenti. L'approccio aziendale è sempre stato volto alla definizione di un piano degli investimenti pluriennale, considerando le diverse necessità dell'Azienda e cercando di soddisfarle sia mediante contributi pubblici che mediante mezzi propri. Il piano degli investimenti 2007 prevede infatti una pianificazione per il biennio 2007-2008, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico di lungo periodo.

Gli investimenti riportati nella tabella 2 sono stati effettuati tanto con mezzi di bilancio che con risorse regionali. A livello complessivo il ricorso a mezzi regionali è stato pari, nel quinquennio, al 60% del totale delle risorse utilizzate (figura 7).

Nel capitolo tre vengono inoltre considerati altri due argomenti di notevole rilevanza:

- la politica dei pagamenti: la negativa situazione di partenza nel corso degli anni si è stabilizzata e con soddisfazione è pos-

Figura 5
Rapporto
Contratto/Produzione
effettiva - Ricoveri

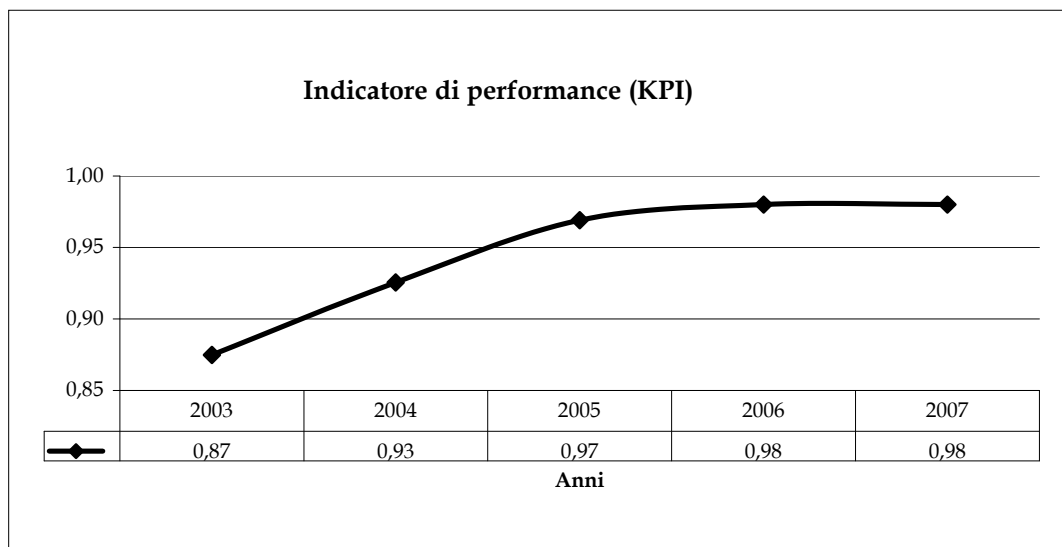


Figura 6
Produzione Ricoveri

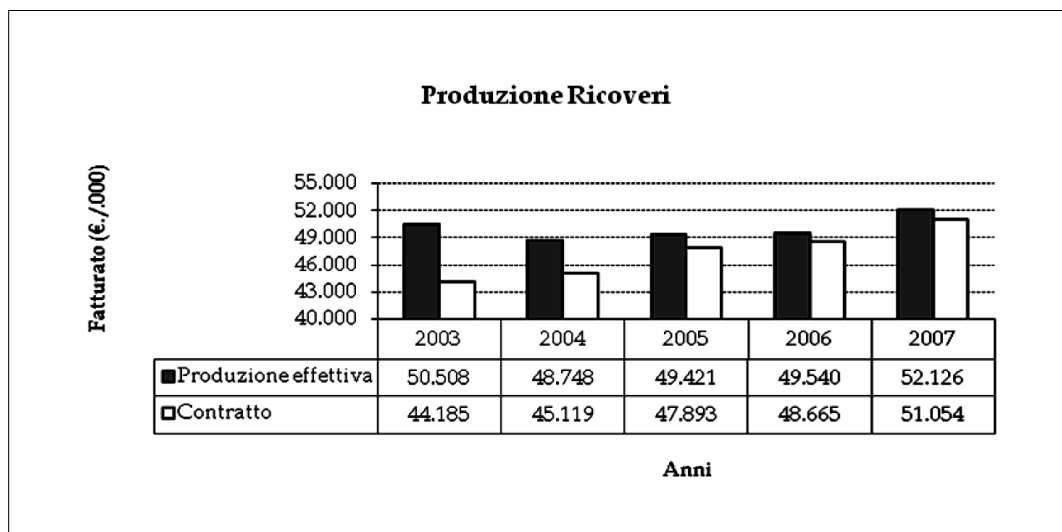


Tabella 2
Principali investimenti -
Anni 2002-2006

Investimenti	2002	2003	2004	2005	2006	Totale
Immobilizzazioni immateriali	181	177	165	338	225	1.086
Terreni	728	0	0	0	0	728
Fabbricati	8.290	274	7.886	709	1.384	18.543
Impianti e macchinari	13	480	16	329	274	1.112
Attrezzature sanitarie	1.361	360	512	1.963	1.082	5.278
Mobili e arredi	188	107	107	137	289	828
Automezzi	0	0	0	55	27	82
Altri beni	214	462	391	409	810	2.286
Totale	10.975	1.860	9.077	3.940	4.091	29.943

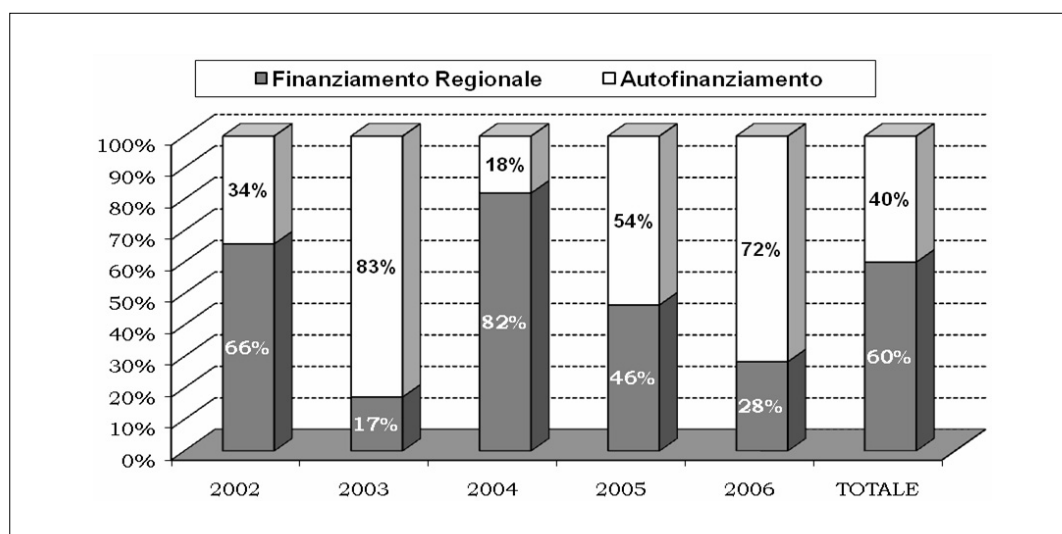


Figura 7
Investimenti effettuati con finanziamenti regionali e con autofinanziamento - Anni 2002-2006

sibile affermare che nel 2007 i termini di pagamento di norma indicati nei contratti di «90 gg. data ricevimento fattura, fine mese» sono ampiamente rispettati; sono infatti due anni (2006-2007) che l'azienda garantisce i pagamenti entro 86 giorni. Negli ultimi mesi del 2007 sono state valutate altre opportunità per migliorare ulteriormente il rapporto con i fornitori con l'obiettivo di ottenere prezzi migliori;

– la Commissione di *Technology Assessment*: la commissione è stata creata nel 2004 per sviluppare un processo integrato di ge-

stione dei dispositivi medici, delle attrezzature sanitarie, dei farmaci, delle procedure e delle scelte organizzative: il progetto è nato per integrare la dimensione strategica dell'Azienda con la dimensione più quotidiana delle singole necessità, evitando così il proliferare di iniziative individuali, ma istituendo un percorso condiviso e riconosciuto capace di indirizzare le varie richieste verso la volontà della Direzione aziendale. L'istituzione della Commissione prevedeva lo sviluppo di alcuni obiettivi; nella **tabella 3** è possibile identificare gli obiettivi posti nel

DESCRIZIONE OBIETTIVO 2004	% 2007
L'accentramento in un unico destinatario (il settore Biotecnologie) del percorso di richiesta di acquisizione delle attrezzature sanitarie	100%
La predisposizione di un <i>budget</i> degli investimenti discusso e approvato dal Collegio di direzione e dalla Direzione generale	100%
La completa integrazione del percorso in essere con il sistema di programmazione strategica e con il processo di <i>budget</i>	90%
L'anticipazione delle sostituzioni e dei rinnovi	100%
La responsabilizzazione del Dipartimento anche nell'ottica del <i>budget</i> degli investimenti; questo per superare il contesto di una trattativa «uno ad uno» ed avviare una vera contrattazione Direzione-Dipartimento	90%
La gestione delle acquisizioni scegliendo la modalità più opportuna in termini di costo/beneficio (acquisto, service, comodato, ecc.)	50%

Tabella 3
Obiettivi della Commissione *Technology Assessment* e % di raggiungimento per l'anno 2007

2004 e verificare il loro grado di raggiungimento nel 2007.

Il capitolo 4 «La rendicontazione sociale nel periodo di mandato» rappresenta il «cuore» del bilancio di mandato. Dopo aver analizzato la revisione della struttura produttiva, il capitolo evidenzia l'evoluzione delle attività e dei servizi; sono di particolare interesse:

– la tempestività degli interventi in Pronto soccorso che assicura tempi di risposta differenti in funzione della gravità dei pazienti: oltre al trattamento immediato per i codici rossi, assicura l'intervento per i codici gialli entro 30 minuti nel 95% dei casi, per i codici verdi entro 90 minuti nel 95% dei casi e tempi di intervento molto contenuti anche per i codici bianchi;

– le considerazioni sulle «fughe» e sulle «attrazioni»: le percentuali di pazienti del distretto che si sono ricoverati presso altre strutture (cosiddette «fughe») sono rimaste sostanzialmente stabili, così come i ricoveri di pazienti provenienti da fuori distretto. Da considerare che i pazienti provenienti da fuori regione rappresentano il 3,2% del totale. Si osservano incrementi di ricoveri in altre strutture per le patologie a carico dell'apparato digerente ed osteomuscolare, mentre si registrano buone percentuali di ricoveri attivi per specifiche patologie (tumori del colon, patologie delle vie biliari, malattie rare: teleangiectasia emorragica ereditaria). Si sono inoltre ridotti i ricoveri di pazienti del distretto presso altri ospedali per le patologie cardiovascolari;

– la realizzazione dell'U.O. di *Day Surgery* multidisciplinare (18 letti), cui afferiscono i pazienti di tutte le divisioni chirurgiche (Chirurgia generale, Chirurgia vascolare, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Ginecologia e Terapia antalgica). Ad oggi il 45% dei pazienti chirurgici è trattato in *Day Surgery*. Nell'ulteriore sviluppo di percorsi organizzativi per favorire l'orientamento all'utente, si inserisce anche lo sviluppo del servizio di pre-ricovero chirurgico (attivo ormai da nove anni) reso possibile anche grazie alla più ampia e funzionale collocazione in contiguità con il *day hospital* chirurgico. Attraverso questo servizio i pazienti in attesa di intervento di elezione e selezio-

nato, eseguono tutti gli esami e le valutazioni pre-operatorie in un'unica mattinata. Questa modalità organizzativa contribuisce a ridurre la degenza pre-operatoria per il cittadino. Utilizzano questa modalità di accesso più di 3.000 cittadini/anno;

– la possibilità, nell'unità operativa di Cardiologia e U.C.C., introdotta a partire dal 2007, di eseguire l'intervento nelle prime 24 ore: i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto beneficiano della possibilità di essere sottoposti il più presto possibile a coronarografia e a intervento di angioplastica primaria; la tempestività di trattamento dal momento della comparsa dei sintomi è un indicatore di qualità delle cure e migliora così l'indice di sopravvivenza. Si eseguono oltre 400 interventi/anno. È di prossimo avvio il progetto «Telecardiologia - donare al paziente la gioia di vivere», che prevede la gestione domiciliare dei pazienti portatori di defibrillatori impiantabili;

– l'utilizzo, nella Unità operativa di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, della diagnostica endoscopica con l'impiego di videocapsula e lo sviluppo di una qualificata attività diagnostico-terapeutica di ecoscopia presente in pochi centri italiani. Per quest'ultima attività è stata riconosciuta Centro della *European Society for Gastrointestinal Endoscopy* e della Scuola italiana di ecografia diagnostica ed operativa. Consistente è anche l'attività di gastroenterologia pediatrica. L'Unità operativa è centro di riferimento per la Teleangiectasia emorragica ereditaria (HHT) e la Malattia di Caroli, due malattie rare;

– l'accreditamento della Riabilitazione alologica (febbraio 2006), venendo così riconosciuta la consistente attività svolta da anni nell'area riabilitativa; inoltre è stata accreditata l'unità operativa di Riabilitazione neuromotoria con 20 posti-letto; quest'ultima rimane tuttora da attivare: il presupposto è la messa a contratto di questa attività con il riconoscimento economico dei costi e ricavi;

– la Rete di Cure palliative (CP) di Crema che, nata nel gennaio del 2003 con l'istituzione della U.O. di Cure palliative nell'Ospedale Maggiore, è stata completata nel giugno del 2006 con l'attivazione dell'*Hospice* presso la Fondazione Benefattori Cremaschi con cui l'A.O. ha stipulato una convenzione;

– il miglioramento dei servizi al cittadino: a partire dal 2 luglio 2007 è attiva la prenotazione tramite *call center* regionale che ha apportato i seguenti vantaggi: possibilità di prenotazione dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle 20.00; possibilità di prenotazione da telefono cellulare; tempi di risposta alle chiamate entro 40 secondi nel 90% delle chiamate. Sono stati ultimamente attivati ulteriori servizi: ricordare ai cittadini un appuntamento tramite l'invio di un sms; ricordare telefonicamente ai cittadini la conferma di un appuntamento precedentemente preso.

Terminata l'analisi dell'evoluzione dei servizi, il capitolo si è focalizzato sugli aspetti progettuali:

1) la realizzazione di un'area relativa alla sicurezza per la gestione complessiva del rischio. Il Sistema sicurezza – Gruppo di coordinamento attività di gestione dei rischi o *Risk management* – svolge una funzione di coordinamento tra le varie aree e ambiti dei rischi sanitari, ed è coordinato dal *Risk manager*, individuato nella figura del responsabile del Servizio prevenzione protezione, posto in *staff* al Direttore generale;

2) il governo del rischio clinico: l'ospedale ha ritenuto centrale la gestione del rischio clinico e si è dotato di una regola generale attiva dal 2002. Le attività messe in atto in questi anni sono state molteplici ed hanno condotto al monitoraggio, alla gestione ed alla riduzione di diversi rischi connessi all'attività sanitaria: gestione degli eventi sentinella; riduzione delle ulcere da decubito; riduzione delle cadute in ospedale (dal 2000 al 2006 le cadute sono passate da 189 a 117); riduzione delle infezioni (applicazione di protocolli di antibiotico profilassi specifici per interventi chirurgici); prevenzione della legionellosi (forte riduzione del tasso di contaminazione delle acque e sistematico controllo della crescita batterica nelle acque); gestione delle malattie infettive; riduzione del rischio nella somministrazione farmaci (istituzione del foglio unico di terapia «FUT», anno 2003);

3) il rischio lavorativo: a seguito del recepimento, con il D.L.vo 626/94, delle normative europee sul miglioramento della sicurezza dei lavoratori, è stato istituito presso l'Azienda ospedaliera un sistema di gestione del rischio occupazionale. Il sistema ha come base

il percorso di valutazione dei rischi: identificazione dei fattori di rischio, dei lavoratori esposti, stima dell'entità ed effetti dell'esposizione, verifica delle misure adottate, definizione del piano di intervento, redazione del documento, verifica ed aggiornamento della valutazione. Nel corso degli ultimi cinque anni sono stati realizzati numerosi interventi a riduzione dei rischi, con significativi risultati raggiunti, fra i più importanti vi sono ad esempio gli adeguamenti alla prevenzione incendi e le procedure di emergenza, la riduzione del rischio legato alla movimentazione manuale dei carichi con l'introduzione di adeguati ausili ed una costante formazione, la messa in sicurezza del prelievo con l'introduzione, fra le prime strutture a livello nazionale, dei sistemi di protezione dell'ago a prevenzione del rischio biologico;

4) i percorsi di accreditamento seguiti dall'azienda hanno riguardato l'accREDITAMENTO istituzionale, la certificazione ISO 9001, la *Joint Commission International* e la rete *Health Promoting Hospitals* (HPH). Gli stessi, nel corso del mandato hanno avuto il seguito descritto nella **tabella 4**. La rete HPH insieme alla JCI si sono dimostrate strumenti indispensabili per misurare il miglioramen-

Tabella 4
I percorsi di certificazione dell'U.O. di Crema

	2002	2003	2004	2005	2006
Accreditamento Istituzionale	*	*	*	*	*
ISO 9001:2000 (n. U.U.O.O. Certificate)**	4	4	4	4	5
Joint Commission International***					
Health Promoting in Hospitals****	4	5	5	5	6
Gestione del Rischio *****					

* = Mantenimento dell'accREDITAMENTO istituzionale a seguito delle verifiche effettuate dall'Asl.

** = Le Unità operative certificate sono: Anatomia patologica, Medicina trasfusionale, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Laboratorio analisi, Ufficio formazione.

*** = Attivazione del Progetto JCI. DDG Sanità n. 17366 del 12/10/2004 «Attuazione del programma di implementazione del sistema di valutazione delle Aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche».

**** = HPH Ospedali che promuovono la salute: i numeri sono riferiti ai progetti attivati e in corso negli anni.

***** = Già dal 2002 con l'avvio della certificazione l'Azienda si è dotata di una procedura generale per la gestione del rischio PG04; a fronte della Delibera regionale (46 SAN/2004) e delle indicazioni nazionali (DM 5 marzo 2003) l'Azienda ha messo in atto un'evoluzione del sistema e l'attivazione della segnalazione spontanea degli eventi avversi (*Incident Reporting*).

to dei processi sulla qualità delle cure e per la promozione della salute, non solo per gli utenti ma anche per gli operatori. La dimostrazione del notevole miglioramento in termini qualitativi ottenuto dall'ospedale è evidenziata dal numero di standard qualitativi che sono stati completamente raggiunti negli anni, come rappresentato nella **figura 8**. Gli standard HPH raggiunti sono passati dal 49% al 65% e gli standard *Joint Commission* dal 18% al 78%;

5) il piano delle assunzioni: si è proceduto ad instaurare un percorso di definizione delle politiche di assunzione coordinato a livello di Collegio di direzione ed integrato con i processi gestionali aziendali (in particolare con il processo di negoziazione di *budget*) volto a coniugare – soprattutto negli ultimi due anni – le esigenze quanti/qualitative di fabbisogno di personale con gli obiettivi di contenimento della spesa fissati da leggi nazionali (finanziarie) e dalle regole regionali di sistema. Ciò si è tradotto nell'adozione congiunta delle seguenti misure: mantenimento dei livelli di dotazione di personale in essere, cercando di perseguire l'obiettivo di riduzione della spesa attraverso un'attenta politica di smaltimento delle ferie arre-

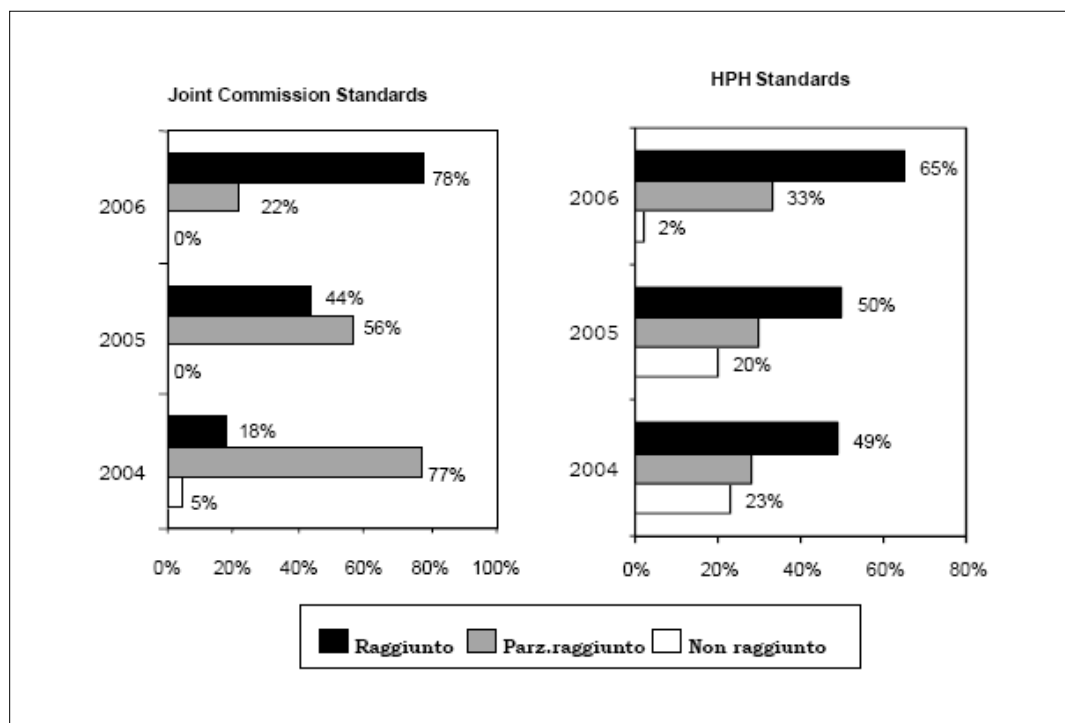
trate residue di tutto il personale; stipula di contratti di lavoro a tempo determinato di breve durata (3/4/6 mesi) al fine di mantenere uno spazio di manovra in caso di difficoltà a raggiungere gli obiettivi fissati di contenimento della spesa mediante la precedente azione; avvio di processi di revisione organizzativa e di affidamento all'esterno di alcuni servizi;

6) la valutazione del personale: a partire dal 2003 l'Azienda si è dotata di un sistema di valutazione del personale pienamente operativo dal 2006 per quanto riguarda la dirigenza ed alla conclusione della fase sperimentale per il comparto (l'operatività a regime è prevista per la fine dell'anno 2007);

7) la gestione della formazione: l'attività formativa organizzata in azienda punta a garantire la possibilità per i dipendenti di fare formazione continua sul lavoro attraverso modalità diverse: partecipazione a corsi, seminari brevi, convegni, formazione sul campo e formazione individuale all'esterno dell'Azienda. I temi oggetto di formazione negli ultimi anni sono stati: la gestione del rischio clinico e della sicurezza in ospedale, l'attenzione agli utenti, gli strumenti per la gestione delle risorse umane e l'aggiorna-

Figura 8

Livello di raggiungimento standards HPH e JCI



mento delle conoscenze e competenze tecnico-professionali degli operatori.

L'ultima sezione del capitolo 4 è dedicata ad un'analisi sintetica (sotto forma di tabella) delle interviste effettuate ai portatori di interesse. Per le visioni integrali delle stesse si rimanda al documento «Bilancio di mandato 2003-2007: Interviste agli *stakeholder*».

Il capitolo 5 «Cosa deve sapere la prossima direzione strategica» ha la finalità di raccogliere e descrivere quanto l'attuale Direzione intende lasciare alla successiva ed è suddiviso in tre sezioni: riflessioni sullo stato dell'azienda a fine mandato, i progetti ancora in corso, le aree di miglioramento.

3.4. Le valenze ricercate

L'azienda ospedaliera di Crema, attraverso la rendicontazione sociale, ha ricercato un *mix* di valenze interne ed esterne, nell'ordine:

- volontà di comunicare alla popolazione il tipo di servizi e di attività erogati dall'azienda;
- volontà di comunicare i risultati della gestione ai referenti istituzionali, anche al fine di rafforzare le relazioni esterne con gli stessi;
- miglioramento del livello di conoscenza sul livello e la tipologia dei bisogni dei portatori di interesse;
- miglioramento del senso di appartenenza aziendale;
- legittimazione dell'operato del management in relazione alla regione e agli interlocutori istituzionali;
- arricchimento dei sistemi informativi e di programmazione e controllo.

A conferma di ciò, il fatto che l'azienda ha identificato come destinatari privilegiati del bilancio di mandato sia gli interlocutori istituzionali (nello specifico Regione e Asl) sia i cittadini ed il personale dipendente.

Il bilancio di mandato è stato un'iniziativa fortemente sponsorizzata e promossa dalla Direzione generale; in tal modo si sono raggiunti contemporaneamente tre obiettivi:

- l'introduzione del bilancio di mandato è stata condivisa e sostenuta pubblicamente da buona parte del management aziendale;
- sono state liberate risorse sia finanziarie che umane necessarie allo scopo;
- il processo di redazione ha rispettato i tempi previsti e, per essere alla prima edizione, si è concluso in tempi abbastanza contenuti.

A processo concluso è possibile affermare che il bilancio di mandato elaborato si rivolge ad una pluralità di portatori di interesse; consapevole della difficoltà insita nel voler perseguire sia valenze di tipo interno che di tipo esterno, l'azienda ha cercato di sviluppare contenuti impegnativi con un linguaggio e con *mix* di contenuti-grafici capaci di raggiungere anche i non addetti ai lavori.

4. Conclusioni

Terminata la redazione del documento, l'azienda sta attendendo i primi commenti, le prime impressioni, le prime critiche. Gli strumenti posti in essere (forum di discussione, questionari di gradimento, incontri informali) dall'azienda per interagire con i diversi portatori di interesse permetteranno alla stessa di effettuare un'adeguata valutazione dell'esperienza nel suo complesso con particolare riferimento a: obiettivi e risultati effettivamente realizzati, obiettivi e risultati ricercati e condizioni che hanno favorito/ostacolato l'ottenimento dei risultati. Questa fase di *audit* interna permetterà all'azienda di individuare i punti di debolezza verificatisi e di migliorare il «prodotto» futuro, perché, come detto all'inizio del presente articolo e del bilancio di mandato stesso, l'auspicio è che questa esperienza rappresenti il primo passo di un lungo percorso di rendicontazione sociale.

Questa prima esperienza ha richiesto un enorme impegno a tutti i membri dei quattro gruppi di lavoro; le vere difficoltà si sono riscontrate nel cercare di armonizzare l'intero documento e di rendere semplici argomenti che per loro natura sono prettamente tecnici. L'organizzazione del lavoro e delle responsabilità ha di fatto agevolato tali compiti ed ha permesso di sviluppare un documento importante senza di fatto compromettere il

regolare svolgimento delle attività quotidiane.

Alla luce del fatto che il processo è ancora «in divenire», in quanto si è in attesa delle prime valutazioni dei portatori di interesse per comprendere cosa è necessario correggere, cosa approfondire e quali nuovi argomenti affrontare, l'azienda ha già effettuato le prime considerazioni sulle modalità più opportune di integrazione dello strumento nel processo di programmazione e controllo aziendale.

Per tale fine si ritiene possibile ed utile approfondire il confronto con le realtà limitrofe che hanno sviluppato la rendicontazione sociale nel medesimo periodo e con le medesime modalità.

La volontà che si respira (parziale prova ne è anche il presente articolo) è quella di non far cadere nel nulla questa iniziativa, ma di svilupparla il più possibile cercando di mettersi in gioco pubblicamente al fine di risultare all'altezza delle aspettative dei portatori di interesse, coscienti che il risultato davvero completo e adeguato è solo un punto che mai si raggiunge e che sempre indica nuovi traguardi.

Note

1. Per un approfondimento del principio di *public governance* si faccia riferimento a Del Vecchio (2001).
2. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento a Longo, Carbone, Cosmi (2003).
3. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento a Hinna (2004).
4. Per ulteriori approfondimenti in merito allo standard GBS si faccia riferimento ad Alesani *et al.* (2006b).
5. Per ulteriori approfondimenti in merito al ruolo dei consulenti nella sanità pubblica si faccia riferimento a Fattore (2004).
6. Per ulteriori approfondimenti in merito alle teorie degli *stakeholder* si faccia riferimento a Borgonovi (2007).

Ringraziamenti

Si ringrazia Fiorella Masotti, responsabile della segreteria della Direzione generale dell'A.O. di Crema, per la preziosa collaborazione e per la quotidiana gentilezza. Si ringrazia Emanuele Vendramini (Ricercatore in economia aziendale presso l'Università Cattolica di Piacenza. Contracted Research Fellow presso il CERGAS, Università Bocconi. Direttore del Master of Public Management, SDA Bocconi. Adjunct professor alla University of Alabama at Birmingham) per il supporto tecnico relativo alla parte introduttiva e, più in generale, per la disponibilità e l'affabilità che lo contraddistinguono.

Si ringraziano inoltre le aziende Custodia e Vance per la consulenza tecnica fornita durante l'elaborazione del bilancio di mandato e la redazione del presente articolo.

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

- ALESANI D., CANTÙ E., MARCUCCIO M., TRINCHERO E. (2006a), «La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie: funzionalità e potenzialità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2006*, EGEA, Milano.
- ALESANI D., MARCUCCIO M., TRINCHERO E. (2005), «Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, 55.
- ALESANI D., TIEGHI M., GIGLI S. (2006b), «La standardizzazione della rendicontazione sociale: l'approccio delle aziende sanitarie», *Mecosan*, 59.
- AZIENDA OSPEDALIERA «OSPEDALE MAGGIORE» DI CREMA (2007), *Il Bilancio di Mandato 2003-2007*.
- AZIENDA OSPEDALIERA «OSPEDALE MAGGIORE» DI CREMA (2007), *Il Bilancio di Mandato 2003-2007: Interviste agli Stakeholders*.
- BEBBINGTON J., GRAY R., OWEN D. (1999), «Seeing the Wood for the trees: Taking the Pulse of Social and Environmental Accounting», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 12(1), pp. 47-52.
- BORGONOV E. (2005), «La responsabilità sociale in sanità», *Mecosan*, 56.
- BORGONOV E. (2007), «Considerazioni per una teoria degli stakeholder nelle Amministrazioni Pubbliche» in R.E. Freeman, G. Rusconi, M. Dorigatti (a cura di), *Teoria degli stakeholder*, Franco Angeli, Milano.
- CHAPMAN C., RAMONDT L., SMILEY G. (2005), «Strong Community, Deep Learning: Exploring the Link», *Innovations in Education and Teaching International*, 42(3), pp. 217-230.
- DAFT R.L. (1999), *Leadership Theory and Practice*, Orlando, Harcourt Brace.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- FATTORE G. (2004), «L'aziendalizzazione della sanità in Italia: la prospettiva dei consulenti», *Rapporto OASI 2004*, EGEA, Milano.
- GBS - GRUPPO DI STUDIO PER IL BILANCIO SOCIALE (2001), *Principi di redazione del Bilancio sociale*, Androkonos comunicazione, Roma.
- HINNA L. (a cura di) (2004), *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Franco Angeli, Milano.
- LONGO F., CARBONE C., COSMI L. (2003), «La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti

- a confronto in sei regioni», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2003*, EGEA, Milano.
- MARCUCCIO M. (2002), «La rendicontazione sociale per le amministrazioni pubbliche locali come strumento di accountability e controllo strategico», *Azienda Pubblica*, 6.
- MARCUCCIO M. (2005), «Il bilancio sociale e la comunicazione esterna dei risultati: un'analisi empirica delle pratiche emergenti», *Azienditalia*, 1.
- PAYNE S.L., CALTON J.M. (2002), «Towards a Managerial Practice of Stakeholder Engagement: Developing Multi-stakeholder Learning Dialogues», in J. Andriof *et al.* (a cura di), *Unfolding Stakeholder Thinking: Theory, Responsibility, Engagement*, Sheffield, Greenleaf.

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

Redazione Mecosan

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

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

Monografie

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

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Articoli in riviste

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

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

Le determinazioni quantitative del costo di assistenza dei pazienti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze. Il caso del SerT di Pescara

PIETRO D'EGIDIO, LUCA IANNI, MASSIMO SARGIACOMO

Notwithstanding the renewed interest in the role of National Health Service in the delivery of basic drug abuse treatment, these last years witness a paucity of empirical studies addressed to develop effective quantitative approaches to measure and determine the costs associated with the drug abuse treatments delivered by Health Care Businesses. Guided by typical empirical research method, this paper shows a methodological approach easily replicable in other Health Care Businesses, portraying, at the same time, the results recently got in the Pescara Health Business.

Note sugli autori

Pietro D'Egidio è Direttore dell'U.O. SERT - Asl di Pescara

Luca Ianni è docente a contratto di «Contabilità, Bilancio e Revisione delle Aziende Sanitarie», Corso di laurea in Economia e management dei servizi sanitari, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevicchia Teatina (Chieti)

Massimo Sargiacomo è professore associato di Programmazione e controllo delle Aziende e delle Amministrazioni pubbliche, Facoltà di Scienze Manageriali, Università «G. D'Annunzio» di Chieti - Pescara. Presidente del Corso di laurea in Economia e management dei servizi sanitari, Università Telematica «Leonardo da Vinci», Torrevicchia Teatina (Chieti)

Attribuzione

L'articolo è il risultato di un lavoro congiunto da parte degli autori che ne condividono l'impostazione. La redazione delle singole sezioni va comunque così suddivisa: Sargiacomo § 1; D'Egidio §§ 2, 3 e Appendice I; Ianni §§ 4 e 5

1. Introduzione

Pochissimi sono ancora i contributi della comunità scientifica nazionale con riferimento alle determinazioni quantitative del costo di assistenza dei pazienti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze. Molto perciò sembra ancora potersi dire intorno a questo tema relativamente al contesto specifico italiano, in cui le esperienze concrete sviluppate, seppur valide, mancano in tempi recenti di un'indagine empirica volta a delineare una possibile metodologia operativa, facilmente replicabile in altre aziende sanitarie e in diversi contesti regionali.

Dal punto di vista legislativo giova precisare che, di recente, gli obiettivi di salute del Sistema sanitario nazionale (Ssn) fissati dal Piano sanitario nazionale (Psn) 2006-2008 in riferimento alle dipendenze connesse a particolari stili di vita hanno fatto decollare una serie di azioni, volte per l'appunto a contrastare le conseguenze di quelle forme di dipendenze che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, in particolare il fumo di tabacco, l'abuso di alcool e l'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Con riguardo allo specifico tema delle tossicodipendenze, l'offerta dei servizi assistenziali attualmente disponibile nel nostro Paese per tale settore consta di:

- a) 541 servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT);
- b) 1.230 strutture socio-riabilitative¹.

SOMMARIO

1. Introduzione
2. I Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.)
3. Il nuovo modello di rilevazione delle prestazioni dei Ser.T. a livello ministeriale (Sind) quale supporto alla stima della densità prestazionale
4. La metodologia utilizzata nella determinazione del costo di assistenza dei gruppi di pazienti
5. Conclusioni
6. Appendice I - Case-history e precipi descrittivi dell'U.O. Ser.T. di Pescara
7. Appendice II - Il nuovo modello di rilevazione delle prestazioni per i Ser.T. - Sistema informativo delle dipendenze (Sind)

Considerate alcune criticità rilevabili all'interno di tale settore, come ad esempio, tra le altre, la difficoltà nel garantire la continuità terapeutica e riabilitativa e la limitatezza delle informazioni fornite dal flusso informativo nazionale, attualmente limitato all'attività dei servizi pubblici, il Psn si è imposto il raggiungimento dei seguenti obiettivi, quali specifiche priorità:

- accrescere le conoscenze professionali basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza con particolare riferimento a nuovi consumi e comorbilità psichiatrica;
- attivare ed implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali ai fini epidemiologici e programmatici.

Invero, le problematiche legate alla tossicodipendenza sono molte e tutte da affrontare con grande professionalità e rigore scientifico. A partire dalla prevenzione degli usi e degli abusi patologici delle sostanze sino a pervenire al reinserimento del tossicodipendente nella società.

Al riguardo, gli interventi dei vari operatori impegnati direttamente nei SerT risultano innumerevoli e transitano anche attraverso la cura e la riabilitazione del paziente. Il fulcro di questo complesso sistema di azioni è rappresentato proprio da tale Servizio, che mette in atto e coordina le attività di prevenzione e di cura.

L'intervento del SerT sul paziente, e spesso anche sul nucleo familiare di appartenenza, comporta una ricaduta positiva sulla società nel suo insieme, poiché essa può meglio funzionare se il singolo cittadino che la compone gode di una buona salute fisica e mentale e se le sue azioni non sono dettate dal bisogno di procurarsi ossessivamente sostanze psicoattive, sotto l'effetto delle quali il comportamento del soggetto diventa imprevedibile e, talvolta, anche criminoso.

Le suddette attività si scontrano, purtroppo, in maniera stridente, con una limitata disponibilità di risorse finanziarie, facendo sorgere il ben noto *problema economico*² ovvero, stante una condizione di risorse limitate ed una sempre più crescente domanda dei bisogni di prevenzione, cura ed assisten-

za dei soggetti che abusano di sostanze stupefacenti, è necessario dare alle risorse stesse un razionale impiego, attivando un meccanismo comportamentale virtuoso per cui la spesa possa essere allocata sulla base del criterio della responsabilità e della qualità, in modo da incanalare le risorse nei settori più bisognosi, in accordo al consueto imperativo «non spendere meno, ma spendere meglio».

Per fare ciò è necessario, da una parte, quantificare i riflessi economici dei molteplici processi che alimentano la gestione complessiva dei SerT e, dall'altra, computare il costo dell'assistenza dei pazienti in carico, in quanto punti di partenza per le successive valutazioni in termini di risorse e di benefici conseguibili, anche tramite idonei indicatori di efficienza, di efficacia e di *outcome* clinico. Tale determinazione quantitativa risulta estremamente complessa in quanto, allo stato attuale, sebbene in alcune Regioni qualche operatore vi si stia già cimentando, non si è giunti ancora ad una proposta operativa pienamente condivisa né, tanto meno, è diffusa sul territorio nazionale l'adozione di una vera e propria contabilità analitica di settore, che avrebbe consentito di procedere a tali determinazioni in modo pressoché agevole incrementandone al tempo stesso l'affidabilità.

Pertanto, scopo del presente lavoro è di illustrare una possibile metodologia operativa volta alla determinazione del costo di assistenza dell'U.O. SerT (Servizio tossicodipendenze) prendendo in considerazione in particolare il caso del SerT di Pescara.

In questo si è stati favoriti dall'ausilio del *software* (Proteus) utilizzato dallo stesso SerT che ha permesso, come successivamente descritto, di procedere ad alcune precipe elaborazioni altrimenti non ottenibili se non a scapito della complessiva attendibilità delle informazioni risultanti, stimando altresì alcune voci di costo attraverso l'adozione del nuovo e più analitico sistema di rilevazione delle prestazioni nei servizi per le tossicodipendenze a livello ministeriale (Sind).

In particolare, stante il diverso grado di assorbimento delle risorse umane e strumentali richieste da pazienti in carico presso la struttura per le diverse terapie sostitutive (metadone, buprenorfina, ecc.), rispetto a quelli presso i Medici di medicina generale, ed anche in riferimento ad altre attività del SerT ad essi dedicate, i relativi oggetti di im-

putazione o di calcolo³ saranno costituiti dai seguenti gruppi di analisi:

- a) pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Metadone* presso il SerT;
- b) pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Metadone* presso i Medici di medicina generale (Mmg);
- c) pazienti sottoposti a terapia sostitutiva con *Buprenorfina* presso il SerT;
- d) pazienti in carico collegati ad *altre attività* del SerT.

Pertanto, per ciascuno di essi sarà determinato il relativo costo di assistenza, oltre a taluni indicatori di sintesi economica, sulla base della metodologia descritta nel prosieguo del lavoro. Ciò si appalesa quale premessa fondamentale per l'attivazione di un sistema di valutazione di efficienza e di efficacia del settore, le cui risultanze assumono rilevanza inoppugnabile per migliorare, *in primis*, l'allocazione delle sempre più limitate risorse disponibili.

2. I Servizi per le tossicodipendenze (SerT)

I Servizi per le tossicodipendenze (SerT) sono i servizi pubblici del Sistema sanitario nazionale dedicati alla cura, alla prevenzione ed alla riabilitazione delle persone che hanno problemi conseguenti all'abuso di sostanze psicoattive (droghe o alcool) che generano dipendenza.

I SerT attuano interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, operando anche a livello di informazione e prevenzione, particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione.

Nello specifico, accertano lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale e valutano periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

Pertanto, il SerT porta avanti un'attività multidisciplinare ed è strutturato in modo che la sua funzione si espliciti grazie all'attività, al coordinamento e alla cooperazione di

diverse figure professionali: assistente sociale, medico, infermiere, psicologo, sociologo, educatore professionale. Operando secondo le disposizioni del D.M. 444/90, gli operatori si prendono cura del percorso di disassuefazione dalle sostanze e dell'*iter* riabilitativo, non tralasciando la valutazione dello stato medico generale, della situazione psichica e dell'ambiente sociale e familiare con il quale il paziente interagisce.

Il SerT valuta anche la possibilità di inserimento della persona in osservazione in idonee Comunità terapeutiche, cercando di venire incontro a un desiderio di ingresso nella struttura protetta manifestato dal paziente stesso o consigliando questa modalità di cura, quando o il singolo operatore o l'*équipe* di riferimento ne ravveda la necessità, o perlomeno l'opportunità, per quel paziente.

Quando le attività del Servizio per le tossicodipendenze escono fuori dalla sede istituzionale, si indirizzano e si allargano nel territorio con una fattiva attività di prevenzione, attuata con particolare impegno nelle scuole o con la pubblicazione e la capillare distribuzione di materiale informativo visivo e cartaceo di facile fruizione e di brevi contenuti, comunque sufficienti a iniziare validamente la conoscenza del problema «tossicodipendenza».

Questa sintesi delle attività svolte dal SerT dovrebbe rendere ben chiara la posizione di centralità di questa struttura nel farsi carico della divulgazione delle notizie riguardanti le sostanze stupefacenti e nel prendersi cura delle persone che con le sostanze stupefacenti hanno dovuto confrontarsi e lottare, ritrovandosi il più delle volte sconfitti. Il recupero di queste situazioni, che appaiono spesso disperate, comincia il giorno del loro incontro con gli operatori del Servizio per le tossicodipendenze.

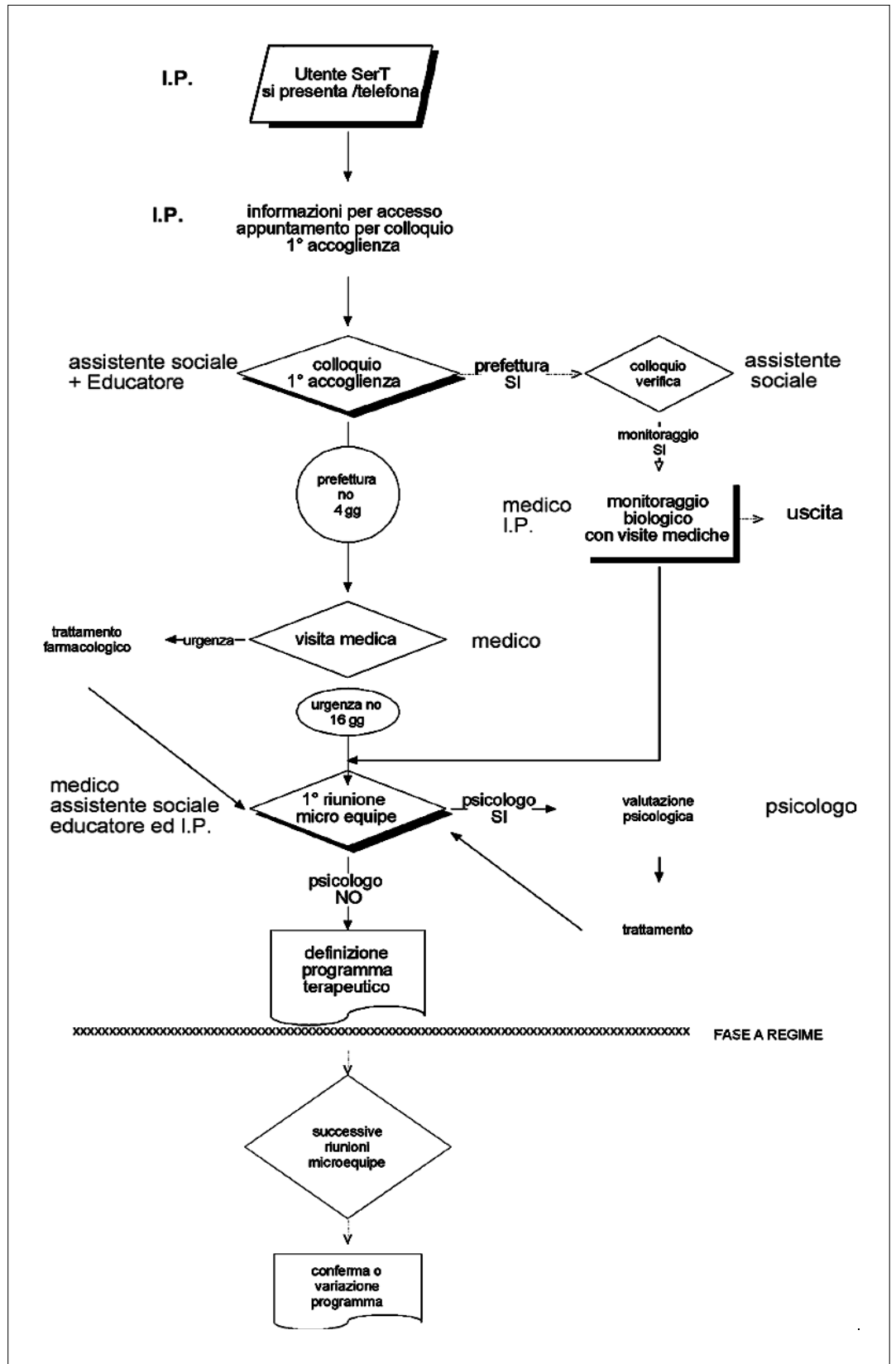
In termini di processo, infatti, è possibile rappresentare un tipico schema operativo dei SerT che passa dall'accoglimento del paziente, alla sua presa in carico e fino al suo inserimento nella fase di trattamento, come sintetizzato nella **figura 1**.

Con l'analisi di processo così schematizzata, unitamente allo studio e all'osservazione delle dinamiche operative del SerT di Pescara (si rinvia all'Appendice I per un breve *case-history* e la rappresentazione dei precisi descrittori), si sono evidenziati i singoli

Figura 1

Schema operativo dei SerT

Fonte: Vannucci, Abati, Bozza, Mattiolo, Villani (2001), p. 33



«fattori produttivi» impiegati nella struttura ed i connessi elementi di costo espressione del loro impiego.

3. Il nuovo modello di rilevazione delle prestazioni dei SerT a livello ministeriale (Sind) quale supporto alla stima della densità prestazionale

Il nuovo modello di rilevazione delle attività, secondo la classificazione Sind, ha suddiviso le diverse prestazioni in 24 gruppi fondamentali cui ha raccolto le specifiche prestazionali (come evidenziato in dettaglio nell'Appendice II).

L'attività clinico-assistenziale nei SerT è caratterizzata, infatti, da una particolare complessità, in quanto comporta numerosi aspetti che vanno da quello strettamente sanitario a quello sociale e di sostegno psicologico. Tale attività genera, quindi, una notevole quantità di prestazioni erogate, diverse per tipologia e per entità, che necessitano di una loro identificazione e standardizzazione⁴.

Da qui, la difficoltà di quantificarne ed analizzarne i costi in mancanza del principale indicatore di *output* da riferire a ciascuno oggetto di calcolo, ovvero il numero delle prestazioni ed i tempi di assistenza profusi dai vari operatori per i pazienti in carico.

Invero, per tutte le fonti di dati non ottenibili dal *software* Proteus utilizzato dal SerT di Pescara, si è dovuti procedere ad una stima del numero delle prestazioni elementari ottenute dall'applicazione di tale nuovo modello di rilevazione in una settimana-tipo (settimana standard) scelta tra quelle disponibili in funzione del carico medio dei pazienti nel periodo e proiettandone i dati su base annua per poi riferirli all'anno di osservazione (2006).

Considerando le presenze dei vari operatori, successivamente ci si è apprestati alla rilevazione secondo tale classificazione, dopo aver effettuato preliminarmente delle specifiche riunioni operative volte al «training» dei vari operatori sulla procedura di registrazione delle varie prestazioni.

Durante tale processo sono emerse alcune criticità, come ad esempio il vincolo delle postazioni informatiche disponibili, dato che ogni accesso per operatore deve risultare debitamente autenticato ed autorizzato, e l'impossibilità di avere a disposizione PC

compatti ad uso personale per procedere alle registrazioni delle prestazioni anche in maniera estemporanea durante lo svolgimento della prestazione. A ciò si aggiunge la variabile tempo, poiché i vari operatori impegnati nella prevenzione, cura ed assistenza dei molteplici pazienti nel corso delle giornate della settimana-tipo hanno incontrato rilevanti difficoltà nel registrare le singole prestazioni secondo tale livello di dettaglio. Ciò nonostante la rilevazione ha fornito un dettaglio informativo sulle prestazioni altrimenti non ottenibile per mancanza di altri sistemi di rilevazione sostitutivi.

Nella **tabella 1** vengono riassunte per macro-gruppi le risultanze dell'avvenuta registrazione nella settimana-tipo del mese di settembre 2007.

4. La metodologia utilizzata nella determinazione del costo di assistenza dei gruppi di pazienti

La determinazione del costo di assistenza dei pazienti in carico presso il SerT oggetto di analisi richiede la premessa di alcuni concetti introduttivi, ovvero la definizione di costo cui si fa riferimento e quale sia il modello utilizzato per la sua quantificazione, anche in relazione a ciò che concerne la configurazione di costo prescelta.

La grandezza economica del costo non è assolutamente da confondere con il concetto di spesa, che presenta una dimensione prettamente finanziaria e collegata ad un modello di gestione eminentemente burocratico, maggiormente attento agli atti o alle procedure amministrative rispetto all'aspetto economico e sociale delle operazioni svolte a favore dei vari utenti del servizio e, quindi, al merito ed al contenuto sostanziale delle stesse.

Il costo costituisce senz'altro un fenomeno dotato di un'ampia gamma di caratteristiche, dato che comprende ed investe elementi tecnici, economici e sociali, dal che derivano diverse definizioni, tra cui la più confacente, nell'ambito della contabilità dei costi (contabilità direzionale) e concordemente con la finalità di questa analisi, è quella secondo la quale il *costo* costituisce l'*espressione quantitativa del consumo di risorse umane e materiali necessarie per l'erogazione delle prestazioni ai vari pazienti in carico*.

Tipologia prestazione	Codice tipologia prestazione	N. prestazioni	N. prestazioni mensili (proiezione)	N. prestazioni anno 2007 (proiezione)
Attività telefonica	1	272	1088	13056
Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	2	62	248	2976
Attività di accompagnamento	3	0	0	0
Visite	4	122	488	5856
Colloqui	5	246	984	11808
Esami e procedure cliniche	6	486	1944	23328
Somministrazione farmaci e vaccini	7	2330	9320	111840
Interventi psicoterapeutici individuali	8	0	0	0
Interventi psicoterapeutici coppia	9	0	0	0
Interventi psico/socio/educativi di gruppo	10	0	0	0
Test psicologici	11	12	48	576
Attività di supporto generale al paziente	12	46	184	2208
Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	13	6	24	288
Prestazioni alberghiere	14	0	0	0
Prestazioni straordinarie di carattere economico	15	0	0	0
Prestazioni generali di prevenzione primaria	16	4	16	192
Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correlate)	17	0	0	0
Riunioni organizzative dipartimentali	18	20	80	960
Partecipazione a commissioni, comitati esterni	19	0	0	0
Riunioni organizzative e metodologiche interne	20	20	80	960
Attività di coordinamento/di Rete	21	98	392	4704
Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)	22	16	64	768
Attività di formazione ed addestramento per operatori	23	34	136	1632
Stesura di rapporti/relazioni di attività dell'unità operatori	24	0	0	0
TOTALE		3.774	15.096	181.152

Tabella 1

Rilevazione IV settimana
settembre 2007

Inoltre, nell'ambito delle varie configurazioni di costo⁵ possibili, si farà riferimento a quella incentrata sul calcolo del *costo di produzione dell'assistenza* dei pazienti compresi nei diversi gruppi d'analisi.

Per procedere alla determinazione quantitativa verranno prese in considerazione le principali voci di costo, con esclusione di quelle non afferenti alla complessiva assistenza, non ripartiti pro-quota ai pazienti, ma ricongiunti per la determinazione del costo generale aziendale (**tabella 2**).

Giova precisare che le prestazioni effettuate dai singoli operatori saranno quelle primarie o prevalenti nell'ambito di quante effettivamente prestate, e verranno assunti come tempi di svolgimento dell'attività quelli medi desumibili dall'esperienza medico-clinica

e delle normali prassi operative seguite dal SerT di Pescara.

Quanto al numero delle prestazioni, in mancanza di uno specifico dettaglio informativo nell'ambito dell'anno di osservazione (2006), verranno presi a riferimento, per alcune voci di costo, i dati della sperimentazione effettuata nella settimana-tipo proiettati a livello annuale e riferiti all'anno di osservazione.

Di seguito viene data descrizione del trattamento computistico delle singole voci economiche componenti il costo di assistenza ricercato, quale base altresì per il calcolo di alcuni indicatori utilizzabili per fini direzionali e di monitoraggio.

Si tenga presente che nella ripartizione delle prestazioni, soprattutto di quelle afferenti i singoli operatori, tra i vari gruppi di

pazienti, quali oggetto di calcolo o di imputazione, verrà sempre rispettato il *principio causale*. Esso deve sempre sovrintendere qualsiasi determinazione quantitativa parziale di tipo economico, pena l'inattendibilità dell'informazione di costo⁶.

Si procede, ora, alla descrizione delle singole voci di costo ed alle loro modalità di determinazione.

4.1. Consumi farmaci (metadone, buprenorfina)

Il costo per consumi dei farmaci è stato determinato considerando i consumi effettivi nell'anno 2006 in mg al suo prezzo unitario effettivo e considerando, per il gruppo pazienti Metadone SerT, un dosaggio medio giornaliero pari a 64 mg per complessive 80.868 giornate di trattamento e considerando che i pazienti in cura sono stati nel 2006 n. 612.

Per il gruppo pazienti Metadone Mmg, considerando i consumi effettivi nell'anno 2006 in mg al suo prezzo unitario presso le farmacie e con un dosaggio medio giornaliero di 58 mg per complessive 43.120 giornate di trattamento e considerando che i pazienti in affidamento sono stati pari a 200.

Da ultimo per il gruppo di analisi pazienti Buprenorfina⁷, anche in tale caso sono stati considerati i consumi effettivi nell'anno, con un dosaggio medio giornaliero pari a 10 mg, al suo prezzo unitario effettivo.

4.2. Costo esami periodici presso i laboratori di analisi per controllo valori urinari

Tale costo è stato determinato considerando il numero degli esami effettivamente svolti nell'anno 2006, come da rilevazione Proteus, ad un costo di laboratorio per esame stimato considerando € 3,30 a titolo di costi direttamente imputabili alla prestazione e 3,95 a titolo di quota costi indiretti riferibili alle diverse prestazioni del laboratorio e pertanto per un totale complessivo di 7,25 ad esame tipologico.

Tali esami sono risultati complessivamente per i vari gruppi di analisi qui di seguito riassunti:

a) pazienti metadone SerT n. 9.097

Consumi farmaco
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici
Costo somministrazione/affidamento farmaco
Costo raccolta urine controllata
Costo prelievi ematici
Counselling, lavoro di gruppo
Visita media specialistica
Intervento psicologico
Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente

b) pazienti metadone Mmg n. 3.044
c) pazienti buprenorfina n. 3.996

Tabella 2
Elementi di costo

4.3. Costo esami periodici presso i laboratori di analisi per controllo ematici

Tale costo è stato determinato considerando il numero degli esami effettivamente svolti nell'anno 2006, come da rilevazione Proteus, per complessivi 324 ad un costo di laboratorio per esame tipologico stimato mediamente in € 100,00.

Trattasi di costi per i quali vi è stata l'impossibilità di un loro riferimento diretto a ciascun gruppo di pazienti. Pertanto, sono stati attribuiti in funzione del *driver* «numero pazienti in carico presso il SerT» attraverso un riparto proporzionale semplice diretto come riassunto nella **figura 2**.

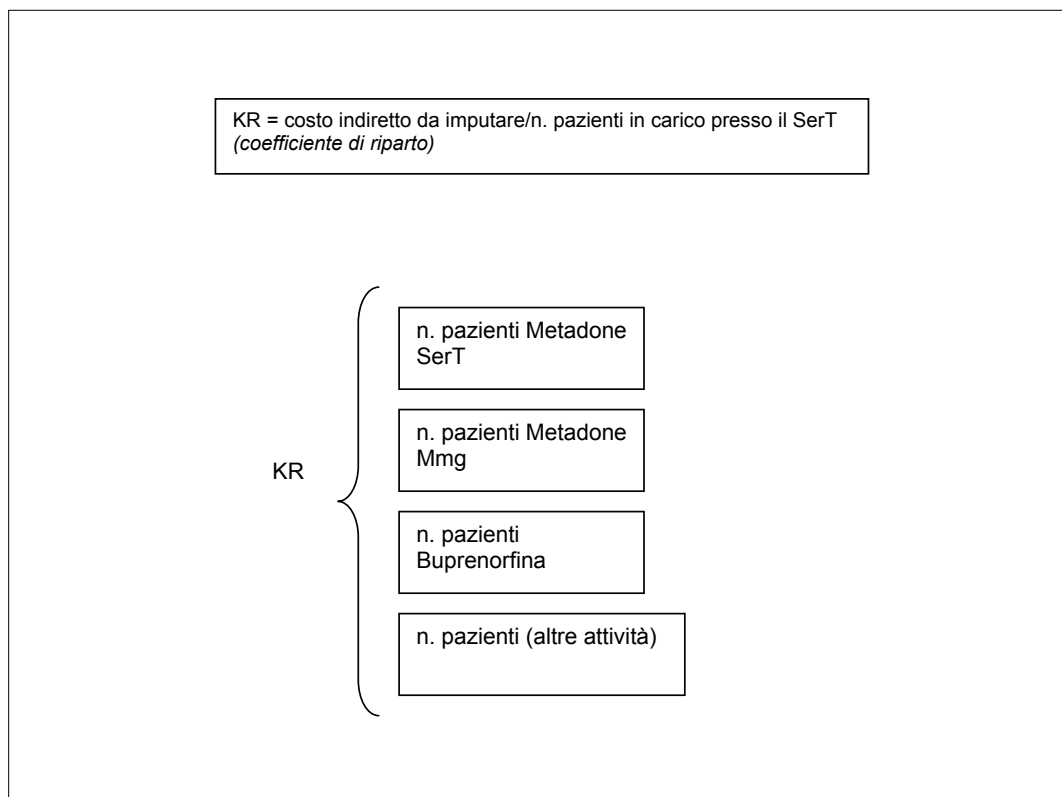
Prima di addentrarci nella disamina delle altre voci di costo considerate nell'analisi, stante il fatto che la maggior parte di essi si riferiscono alle attività prestate dai singoli operatori, giova descrivere la linea metodologica seguita:

- sono state considerate le ore effettivamente lavorate dai vari operatori, ottenute in via extra-contabile dal servizio competente presso la Asl di Pescara;

- in tal modo sono stati calcolati i costi orari effettivi con i quali valorizzare le singole prestazioni effettuate per deduzione dal costo lordo aziendale;

- sono state altresì richieste, quindi, sempre per via extra-contabile, ai singoli operatori attraverso la compilazione di un'apposita matrice dati, specifiche informazioni sul loro carico di lavoro medio, in percentuale, sui vari gruppi di pazienti analizzati.

Figura 2
Imputazione costi



Ciò è stato reso necessario per evitare, di ribaltare il costo delle prestazioni in misura tale da compromettere il rispetto del principio causale;

- le prestazioni sono state valorizzate in funzione dei costi orari effettivi medi per profilo professionale, data la diversità dei costi lordi aziendali all'interno del medesimo profilo (del medico, del sociologo, dello psicologo);

- sono stati individuati le tempistiche delle attività e gli operatori normalmente coinvolti nelle stesse riportando per ciascuno di essi le relative tempistiche e costi orari;

- sono stati determinati i giorni di presenza degli operatori considerando una settimana lavorativa di 5 giorni e il monte orario di 36 ore settimanali e quindi per un valore orario della giornata pari a 7,2 (chiaramente considerando tutti quegli operatori *full-time*).

A tale titolo si riportano per ciascun operatore le risultanze così ottenute (**tabelle 3 e 4**).

4.4. Costo somministrazione/affidamento farmaco

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti in tale processo, il loro costo orario effettivo medio, per quanto concerne il gruppo dei pazienti presso il SerT (terapia Metadone e Buprenorfina) e per quanto concerne il gruppo pazienti metadone presso i Mmg applicando al numero complessivo di ricette (n. 6.160) il costo per ricetta pari a € 15,00.

Per i pazienti in terapia al SerT il numero delle prestazioni complessive è risultato pari a 45.293, di cui 31.088 si riferiscono ai pazienti metadone SerT e 8.045 si riferiscono ai pazienti Buprenorfina, in termini di numero somministrazioni nell'anno 2006.

Si tenga presente inoltre che le giornate di trattamento dei pazienti metadone Mmg sono state pari a 43.120.

In sintesi, si può riportare con la **figura 3** la notazione, esprime la metodologia di calcolo a cui ci si è riferiti.

Tabella 3

Profilo	Costo medio orario per profilo	Giorni di presenza operatori	% assorbimento pazienti metadone SerT	% assorbimento pazienti metadone Mmg	% assorbimento pazienti buprenorfina	% assorbimento pazienti Altro
Amministrativo	17,65	233,39	1%	2%	1%	96%
Infermiere	21,74	220,34	45%	10%	35%	10%
Psicologo	51,34	207,11	35%	20%	25%	20%
Sociologo	45,73	145,48	0%	0%	0%	100%
Educatrice	20,19	219,49	30%	15%	15%	40%
Psicologo	51,34	230,62	10%	10%	10%	70%
Amministrativo	17,65	233,37	0%	0%	0%	100%
Medico	69,76	215,36	3%	10%	2%	85%
Medico	69,76	175,84	40%	40%	10%	10%
Sociologo	45,73	222,08	0%	0%	0%	100%
Infermiere	21,74	194,42	50%	30%	10%	10%
Psicologo	51,34	101,89	5%	2%	3%	90%
Medico	69,76	196,13	40%	10%	25%	25%
Assistente sociale	26,80	220,59	20%	10%	20%	50%
Assistente sanitario	29,23	162,70	30%	20%	20%	30%
Infermiere	21,74	132,01	50%	30%	10%	10%
Amministrativo	17,65	218,34	10%	10%	10%	70%
Medico	69,76	31,01	40%	10%	35%	15%
Infermiere	21,74	195,77	50%	30%	10%	10%
Amministrativo	17,65	217,51	0%	0%	0%	100%
Ausiliario socio sanitario	16,46	206,31	30%	30%	30%	10%
Amministrativo	17,65	206,06	0%	30%	0%	70%
Psicologo	51,34	198,83	30%	50%	20%	0%
Sociologo	45,73	227,27	10%	20%	10%	60%
Medico	69,76	190,24	40%	10%	20%	30%
Infermiere	21,74	55,35	50%	30%	10%	10%

4.5. Costo raccolta urine controllata

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo il loro costo orario effettivo medio, ripartito tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

Il numero delle prestazioni complessive (21.312) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.6. Costo prelievi ematici

Tale costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo, n. 324 nell'anno 2006, il loro costo orario effettivo medio ripartito tra i vari oggetti di imputazione in funzione della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

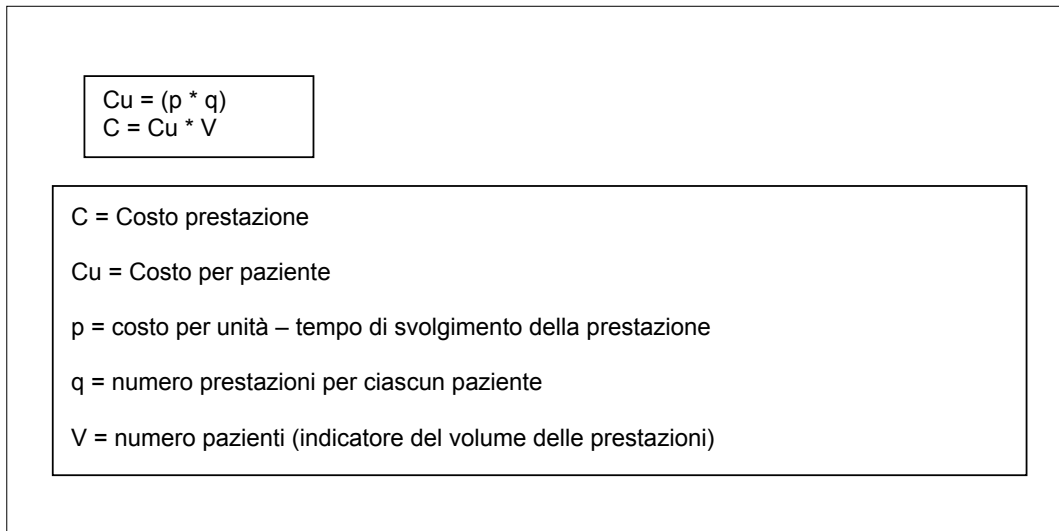
4.7. *Counselling*, lavoro di gruppo

Si intende non soltanto il *counselling* propriamente detto ma anche tutti i tipi di colloquio (motivazionale, sociale, di orientamento, informativo). Per lavoro di gruppo, invece, si intendono le attività espletate con

Tabella 4

Prestazione prevalente	Minuti	Ore	Costo medio Profilo in min	Costo degli operatori per la prestazione
Trattamento farmacologico Operatore: MEDICO	5	0,083333	1,16	5,81
Trattamento farmacologico Operatore: INFERMIERE	5	0,083333	0,36	1,81
Trattamento farmacologico Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
Prelievi ematici Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
Prelievi ematici Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
Raccolta urine controllata Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
Raccolta urine controllata Operatore: AUSILIARIO	5	0,083333	0,27	1,37
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: MEDICO	10	0,166667	1,16	11,63
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: PSICOLOGO	10	0,166667	0,86	8,56
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: SOCIOLOGO	10	0,166667	0,76	7,62
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: INFERMIERE	10	0,166667	0,36	3,62
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: ASSISTENTE SANITARIO	10	0,166667	0,49	4,87
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: ASSISTENTE SOCIALE	10	0,166667	0,45	4,47
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo Operatore: EDUCATORE PROFESSIONALE	10	0,166667	0,34	3,37
Visita media specialistica Operatori: MEDICO ed INFERMIERE	60	1	1,52	91,50
Intervento psicologico Operatore: PSICOLOGO	60	1	0,86	51,34
Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente Operatori: ASSISTENTE SANITARIO, SOCIOLOGO, INFERMIERE, EDUCATORE, ASSISTENTE SOCIALE, MEDICO	60	1	0,59	35,58

Figura 3



la partecipazione di più operatori sia centrate su casi clinici che di altro tipo.

Il relativo costo risulta determinato applicando al numero delle prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo, il loro costo orario effettivo medio, ripartite tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

Anche in tale circostanza il numero delle prestazioni complessive (11.808) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.8. Visita media specialistica

Può essere di tipo tossicologica, psichiatrica, infettivologica, internistica, comprendendo nel costo anche l'assistenza farmaceutica.

Il relativo costo risulta determinato applicando al numero di prestazioni erogate dagli operatori coinvolti nel processo il loro costo orario effettivo medio, ripartite tra i vari oggetti di imputazione in funzione del numero dei pazienti in carico ed in funzione (per il costo orario operatore) della distribuzione del carico di lavoro assorbito, per ciascuno di essi, da ciascun gruppo di pazienti.

Il numero delle prestazioni complessive (5.856) è stato stimato, ancora una volta, sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.9. Intervento psicologico

Riguarda sia il colloquio psicologico, sia la somministrazione e valutazione di test diagnostici, sia i vari tipi di psicoterapia come quella individuale, familiare di gruppo.

Il relativo costo risulta determinato con il medesimo criterio descritto per la voce di costo precedente. Anche in questo caso il numero delle prestazioni (576) è stato stimato, in mancanza di specifica informazione, sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

4.10. Accoglienza ed altre attività di supporto generale al paziente

Tale costo risulta determinato applicando la stessa metodologia seguita per le altre voci di costo collegate all'attività degli operatori coinvolti nel dato processo operativo.

Il numero delle prestazioni complessive (2.208) è stato stimato sulla base di quelle ottenute dal nuovo modello di rilevazione delle prestazioni (Sind) sperimentato nella settimana-tipo proiettato su base annua (secondo una proiezione aritmetica semplice) ed assunto quale riferimento per l'anno 2006.

Successivamente si riporta la sintesi economica delle determinazioni effettuate per la quantificazione dei costi di assistenza dei vari gruppi di pazienti, sia a livello di consumi, tempi medi (**tabella 5**), che per singola prestazione (**tabella 6**). Da ultimo, verrà presentato il totale del costo di assistenza ed

Tabella 5

Consumi, tempo medio, gg trattamento pazienti in terapia metadone presso il SerT, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il SerT per altre attività

Voce	Consumi/gg/tempo medio				
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	Totale
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	5.204.366	2.512.585	343.714	-	8.060.665
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	9.097	3.044	3.996	-	16.137
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	159	52	48	65	324
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	31.088	6.160	8.045	-	45.293
Costo raccolta urine controllata (n.)	10.443	3.413	3.157	4.300	21.312
Costo prelievi ematici (n.)	159	52	48	65	324
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	5.786	1.891	1.749	2.382	11.808
Visita media specialistica (n.)	2.869	938	867	1.182	5.856
Intervento psicologico (n.)	282	92	85	116	576
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	1.082	354	327	445	2.208
Totale costi di assistenza interna alla U.O.					

Tabella 6

Costo per prestazione sostenuto per pazienti in terapia metadone presso il SerT, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il SerT per altre attività

Voce	Costo per prestazione				
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	Totale
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	0,011	0,05	0,30	-	0,36
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	7,25	7,25	7,25	-	21,75
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	100,00	100,00	100,00	100,00	400,00
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	2,14	15,00	1,15	4,23	9,00
Costo raccolta urine controllata (n.)	1,19	0,82	0,64	2,35	5,00
Costo prelievi ematici (n.)	1,19	0,82	0,64	2,35	5,00
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	10,51	7,28	5,62	20,72	44,13
Visita media specialistica (n.)	21,78	15,10	11,65	42,97	91,50
Intervento psicologico (n.)	12,22	8,47	6,54	24,11	51,34
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	8,47	5,87	4,53	16,71	35,58
Totale costi di assistenza interna alla U.O.	164,76	160,67	138,29	213,42	663,63

il costo complessivo dell'U.O. presa in considerazione.

Come si rileva dalla **tabella 7** di sintesi, il costo di assistenza all'interno della struttura SerT di Pescara, risulta pari a € 929.171,65, laddove considerando anche il costo esterno dell'assistenza dei pazienti inseriti nei programmi di comunità terapeutiche al costo per giornata di ricoveri pari a € 39,72 e per complessive 40.883 giornate, si ottiene un costo di produzione dell'U.O. per l'assistenza pari a € 2.553.044,41.

Inoltre, volendo ora riconciliare le altre informazioni al fine di determinare il costo generale aziendale dell'U.O. SerT oggetto di analisi, dapprima si è imputato il costo totale dell'attività amministrativa e successivamente quantificato il relativo costo che risulta pari a € 2.694.139,10.

Per concludere, si riportano (**tabelle 8, 9, 10, 11, 12**) alcuni indicatori, incentrati sul

preliminare costo di assistenza dei pazienti in carico, utilizzabili per fini direzionali e di controllo dei costi e per la misura dell'economicità dell'ente.

5. Conclusioni

Dalle risultanze delle analisi seguenti possiamo stilare alcune considerazioni di sintesi.

In primo luogo, l'esigenza, stante uno stock di risorse sempre più limitate, vuoi per la contrazione dei trasferimenti ministeriali, e vuoi conseguentemente per la piena realizzazione del tanto auspicato federalismo introdotto con il decreto 56/2000, di sottoporre a valutazione i processi socio-sanitari nelle varie strutture pubbliche per poter realizzare gli obiettivi del Psn e rendere, come si è dianzi detto, il processo di allocazione di tali risorse secondo pa-

Voce	Costo complessivo				
	Pazienti Metadone SerT	Pazienti Metadone Mmg	Pazienti Buprenorfina	Pazienti - Altro	Totale
<i>N. pazienti</i>	612	200	185	252	1249
Consumi farmaco (mg)	57.248,03	125.629,25	101.911,20	-	284.788,48
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli urinari (n.)	65.953,25	22.069,00	28.971,00	-	116.993,25
Costo esami di laboratorio (diretti ed indiretti) per controlli ematici (n.)	15.875,74	5.188,15	4.799,04	6.537,07	32.400,00
Costo somministrazione/affidamento farmaco (n.)	66.588,19	92.400,00	9.214,42	-	168.202,61
Costo raccolta urine controllata (n.)	12.419,34	2.812,83	2.007,50	10.087,25	27.326,93
Costo prelievi ematici (n.)	188,81	42,76	30,52	153,35	415,44
<i>Counselling</i> , lavoro di gruppo (n.)	60.789,32	13.768,05	9.826,18	49.374,35	133.757,91
Visita media specialistica (n.)	62.505,72	14.156,80	10.103,63	50.768,45	137.534,59
Intervento psicologico (n.)	3.449,42	781,25	557,58	2.801,69	7.589,94
Accoglienza (n.) ed altre attività di supporto generale al paziente	9.163,31	2.075,38	1.481,19	7.442,63	20.162,52
Totale costi di assistenza interna alla U.O.	354.181,13	278.923,48	168.902,26	127.164,79	929.171,65
Costi per programmi di inserimento pazienti in comunità terapeutiche					1.623.872,76
Totale costo di produzione U.O. Sert	354.181,13	278.923,48	168.902,26	127.164,79	2.553.044,41
Attività amministrativa	3.104,08	11.851,95	3.104,08	123.034,57	141.094,69
Costo aziendale	357.285,21	290.775,43	172.006,34	250.199,36	2.694.139,10

Tabella 7

Costo complessivo sostenuto per pazienti in terapia metadone presso il SerT, presso i Mmg, in terapia con Buprenorfina, e presso il SerT per altre attività, ed il calcolo del relativo costo aziendale dell'U.O. SerT dell'Asl di Pescara

Tabella 8
Indicatori del costo «grezzo» delle risorse

<i>Costo globale grezzo al giorno</i>	CASS/gg operatività del periodo	2.545,68	Indica il costo totale grezzo medio di una giornata di lavoro di tutta l'U.O.
<i>Costo globale grezzo per soggetto assistito</i>	CASS/n. pazienti in carico	743,93	Indica il costo totale grezzo medio per soggetto in carico presso il SerT
<i>Costo globale grezzo per giornata di assistenza erogata</i>	CASS/gg TR	5,89	Indica il costo totale grezzo medio per giornata di assistenza erogata presso il SerT nel periodo osservato

Legenda:

CASS = Costo di assistenza interna
gg TR = Giornate di trattamento

Tabella 9
Indicatori di costo delle prestazioni (per profilo professionale operatori)

<i>Indica il costo medio del personale per profilo professionale e per giornata di presenza presso l'U.O. nel periodo osservato. È un indicatore indiretto del costo delle prestazioni in quanto valuta la voce più influente per il costo delle prestazioni stesse, ma non costituisce il costo medio della prestazione. La sua evoluzione nel tempo, tuttavia, è un valido indicatore di efficienza delle prestazioni erogate al SerT.</i>		
<i>Costo medio del personale medico rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo medici/gg presenza medici	1.625,17
<i>Costo medio del sociologo rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo sociologi/gg presenza sociologi	987,87
<i>Costo medio dello psicologo rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo psicologi/gg presenza psicologi	1.478,46
<i>Costo medio infermieri rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo infermieri/gg presenza infermieri	782,66
<i>Costo medio educatore professionale rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo educatori/gg presenza educatori professionali	145,37
<i>Costo medio assistente sociale rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo assistenti sociali/gg presenza assistenti sociali	192,95
<i>Costo medio assistente ausiliario rispetto al numero dei giorni di presenza</i>	Costo assistenti ausiliari/gg presenza assistenti ausiliari	118,54

Tabella 10
Indicatori di densità prestazionale

Indica il numero medio dei giorni di trattamento per paziente nel periodo		
<i>Tempo medio di trattamento del paziente METADONE SerT nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti metadone SerT in carico	132
<i>Tempo medio di trattamento del paziente METADONE Mmg nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti metadone Mmg in carico	216
<i>Tempo medio di trattamento del paziente BUPRENORFINA nel periodo osservato</i>	TR gg/totale pazienti Buprenorfina in carico	183

Indica la quantità di denaro sottratta al crimine unitaria per soggetto medio assistito		
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone SerT</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone SerT	4.159,09
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Metadone Mmg</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Metadone Mmg	6.644,29
<i>Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina/DIE (SRE) per soggetto - Buprenorfina</i>	SRE totale osservata/n. pazienti in carico Buprenorfina	8.428,54

Tabella 11
Indicatori di beneficio per soggetto

Indica il peso dei costi sostenuti per assistere un soggetto medio sul valore del beneficio diretto osservato per lo stesso paziente		
<i>Rapporto costi - benefici nel periodo osservato per soggetto medio assistito Metadone SerT</i>	CASS/SRE totale osservata pazienti Metadone SerT	14%
<i>Rapporto costi - benefici nel periodo osservato per soggetto medio assistito Metadone Mmg</i>	CASS/SRE totale osservata pazienti Metadone Mmg	21%
<i>Rapporto costi - benefici nel periodo osservato per soggetto medio assistito Buprenorfina</i>	CASS/SRE totale osservata pazienti Buprenorfina	11%

Tabella 12
Rapporto costo-beneficio

rametri non più legati alla mera popolazione ponderata, ma in funzione di parametri di efficienza, efficacia e di equilibrio economico.

Da qui l'interesse anche dei Ministeri competenti per l'attivazione di nuovi flussi di rilevazione delle prestazioni, sempre più dettagliato ed analitico con il quale «rendicontare» e monitorare le prestazioni, ma non il costo sostenuto dalle strutture per l'assistenza ai vari pazienti in carico.

Pertanto, in secondo luogo, si è presentato una possibile metodologia operativa con la quale è possibile fornire una misurazione del costo di assistenza di un SerT (nel nostro caso prendendo a riferimento quello afferente l'Asl di Pescara) a fronte di una limitata fonte di dati che al massimo vede la Contabilità generale quale unico riferimento possibile in moltissime regioni e quindi, manchevole di una contabilità analitico-gestionale che consenta di effettuare tali elaborazioni in maniera sistematica ed in fattivo collegamento con la CO.GE.

Invero, ciò potrebbe migliorare anche il calcolo dei costi in quanto si avrebbero a disposizione delle informazioni strutturate con le quali garantire l'attendibilità dell'informa-

zione ed evitare quindi dispendiose elaborazioni extra-contabili.

In ciò si è stati aiutati in parte dal *software* evoluto in possesso del SerT di Pescara e dalla stima offertaci dall'adozione del modello Sind di rilevazioni delle prestazioni.

Tutto ciò costituisce il precipuo passo per avviare un vero e proprio sistema di programmazione e controllo della gestione e di fattiva misurazione dei risultati. Solo l'attivazione a regime di un set di indicatori, sempre più puntuali e raffinati, volti all'analisi dell'economicità potrà consentire di misurare al meglio la performance dell'U.O., permettendo così di utilizzare tali risultanze anche per fini direzionali e per il controllo di gestione. Agendo in siffatta maniera i meccanismi operativi con i quali si assegnano gli obiettivi di prestazione e di economicità di sistema ai vari operatori potrebbero essere efficacemente evidenziati, consentendo altresì l'introduzione di meccanismi responsabilizzanti con i quali indirizzare gli sforzi di ciascuno verso gli obiettivi di fondo dell'Azienda sanitaria pubblica.

Note

1. Il numero delle strutture socio-riabilitative proviene dalla rilevazione operata dal Ministero dell'Interno e riflessa unitamente a quelle dei SerT nel Piano sanitario nazionale 2006-2008.
2. In riguardo all'insorgenza del problema economico Amaduzzi (1978, pp. 2-3) ha sottolineato che: «aspirare a raggiungere il rapporto più favorevole, nel corso del tempo, fra un piano di bisogni prescelti da soddisfare e un volume di mezzi di cui disporre, posto che i bisogni tendono ad evolversi ed i mezzi sono sempre necessariamente limitati. Il fondamento causale del problema economico dei vari soggetti è costituito appunto dalla limitatezza di gran parte dei beni, dei beni che sono per tale caratteristica beni economici, e dalla possibilità di destinare tali beni limitati a piani alternativi di bisogni da soddisfare.».
3. Per oggetto di imputazione si intende la grandezza a cui riferire il calcolo e l'analisi dei costi, potendo essere costituito da pazienti, gruppo di pazienti, prestazioni, fino ad arrivare all'intera U.O. Sembra quasi inutile sottolineare che, a seconda della dimensione e della tipologia dell'oggetto di determinazione, diversi saranno i costi direttamente riferibili a ciascuno di essi e quelli indiretti o comuni ai medesimi. Ad esempio a livello macro di U.O. tutti i costi saranno direttamente attribuibili in maniera oggettiva.
4. Per un approfondimento tematico, si veda tra gli altri, Serpelloni, Bosco, Bettero (2006).
5. Per configurazione di costo si indicano le tipologie di costi che si intendono addensare nell'aggregato, ovvero il contenuto che si intende dare al costo di produzione ricercato in termini di voci incluse nel calcolo. Tali configurazioni possono essere così richiamate:
 - a) *Costo variabile*. Figura di costo che presuppone la chiara separazione dei costi variabili, cioè di quelli che variano al variare della dimensione dell'oggetto di calcolo (nel nostro caso del numero dei pazienti nei vari gruppi), da quelli fissi, cioè di quelli che non variano al variare del volume di *output* (modello del *direct costing*), considerabili pertanto come meri costi di periodo o di struttura;
 - b) *Costo primo o diretto*. Deriva dalla somma di tutti quei costi riferibili in maniera oggettiva all'oggetto di imputazione, ovvero quelli nei quali sussiste una quantificabile relazione di consumo/assorbimento della risorsa rispetto all'*output*, senza alcun riferimento alla componente di costo indiretta, comune fra più oggetti;
 - c) *Costo di produzione*. Deriva dalla sommatoria di tutti i costi direttamente riferibili all'oggetto di analisi, con l'aggiunta di una quota, ragionevolmente attribuibile, di costi indiretti (modello *full costing* di produzione);
 - d) *Costo complessivo*. Trattasi di una configurazione di costo che include tutte le voci di costo dell'azienda, dipartimento, U.O., ovvero il costo di cui al punto precedente con l'aggiunta di una quota, ragionevolmente attribuibile di costi indiretti diversi da quelli di produzione (modello del *full costing*).
6. Trattasi del principio per il quale i costi devono essere imputati ai vari oggetti in maniera tale da riflettere la causa o determinante (*driver*) che ne ha provocato il sostenimento e per fare in modo che i suddetti costi riflettano il fabbisogno di risorse che ciascun gruppo di analisi esprime e richiede durante la gestione operativa del SerT.
7. Giova chiarire, senza pretesa di approfondire, che la Buprenorfina costituisce molecola di sintesi utilizzata solo da qualche anno, a partire dal 2003, nelle terapie sostitutive in alternativa al metadone, da cui però diverge in particolare in termini di assorbimento sul paziente, anche sotto il profilo della posologia. Infatti, per via sub-linguale, può prevedere dosi iniziali singole giornaliere da 1-4 mg, fino ad un massimo di 32 mg al giorno rispetto a dosi giornaliere di metadone iniziali a partire, generalmente, da 30-40 mg fino ad un massimo di 120 mg. Da ultimo, è necessario rilevare che tale farmaco è sottratto al libero mercato e quindi non distribuibile presso le farmacie convenzionate.

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

- AMADUZZI A. (1978), *L'azienda nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni*, Utet, Torino.
- APSLER R., HARDING W.M. (1991), *Cost-effectiveness Analysis of Drug Abuse Treatment: current status and recommendations for future research*, NIDA Drug Abuse service Research, series 1, National Institute on Drug Abuse, Washington, DC.
- APSLER R., HARDING W.M. (1991), *Cost-Effectiveness Analysis of Drug Abuse Treatment: Current Status and Recommendation for Future Research*, NIDA Drug Abuse Service Research Series 1, National Institute on Drug Abuse, pp. 58-81, Washington, DC.
- BALL J.C., ROSS A. (1991), *The effectiveness of methadone maintenance treatment: Patients, programs, services, and outcomes*, New Work Springer-Verlag.
- BORGONOV E. (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (2005), *Principi e sistemi per amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRADLEY C.J., FRENCH M.T., RACHAL J.V. (1994), «Financing and cost of standard and enhanced methadone treatment», *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, pp. 443-442.
- BRUSA L. (2000), *Sistemi manageriali di programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano.
- CARTWRIGHT W.S., KAPLE J.M. (1991), *Economic Costs, Cost effectiveness, Financing, and Community-Based Drug treatment*, Research monograph 113, DHHS Pub. No. (ADM) 91, 1823, National Institute on drug Abuse, Rockville, MD.

- CASATI G. (2000), *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill Companies, Milano.
- CONTINI D. (1997), «L'analisi statistica delle storie individuali di utenti dei servizi per il recupero delle tossicodipendenze: considerazioni metodologiche», *Mecosan*, 22, pp. 7-21.
- D'EGIDIO P. (2002), «I costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze», *Mission*, 2.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazioni dei risultati*, Egea, Milano.
- FINIGAN M. (1996), *Societal Outcomes and Cost Savings of Drug and Alcohol and Drug Abuse Treatment in the State of Oregon*, Report of the Office of Alcohol and Drugs Abuse Programs, Oregon Department of Human Resources and the Governor's Council on Alcohol and Drug Abuse Programs.
- FRENCH M.T., BRADLEY B., CALINGAERT B., DENNIS M.L., KARUNTZOS G.T. (1994), «Cost Analysis of training of employment services in methadone treatment», *Evaluation and Program Planning*, 17, pp. 107-120.
- LOVASTE R., CAMIN E., LORENZIN G., GUARRERA G., FONTANA F. (2006), «Il controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze», *Mission*, 17, pp. 45-64.
- NAS T.F. (1996), *Cost-Benefit Analysis: Theory and Application*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- RAJKUMAR A.S., FRENCH M.T. (1996), *Drug Abuse, Crime Costs, and the Economic Benefits of Treatment*, Unpublished Manuscript, University of Maryland.
- SARGIACOMO M. (2003), *Comportamento manageriale e best practices nell'azienda Usl*, Giappichelli, Torino.
- SERPELLONI G., BOSCO O., BETTERO C. (2006), «Sistema per la valutazione dell'output in ambito territoriale: indicatori, tabelle SESIT di codifica delle prestazioni, software ed applicazione in pratica» in G. SERPELLONI, M. GOMMA (a cura di), *Analisi economica dei Dipartimenti delle Dipendenze. Prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati*, Osservazione Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto.
- TARRICONE R., CAVALLO M.C. (1996), «La valutazione del costo sociale delle malattie», *Mecosan*, 17, pp. 8-16.
- THOMPSON M.S. (1980), *Benefit-Cost Analysis for Program Evaluation*, Sage, Beverly Hills, CA.
- 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).
- YATES B.T. (1985), «Cost effectiveness analysis and cost-benefit analysis: An introduction», *Behaviour Assessment*, 7, pp. 207-234.
- YATES B.T. (1995), «Cost-effectiveness analysis, cost-benefit analysis, and beyond: Evolving models for the scientist - manager - practitioner», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, pp. 385-398.
- YATES B.T. (1996), *Analyzing Costs, Procedures, Processes, and Outcomes in Human Services*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- YATES B.T. (1999), *Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost Benefit for substance abuse treatment programs*, NIH Pub., August.
- ZANGRANDI A. (1985), *Il controllo di gestione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano.
- ZAVATTARO F. (1988), «Il controllo di gestione nelle organizzazioni professionali complesse: il caso della sanità», in M. MENEGUZZO *et al.*, *La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie*, McGraw-Hill, Milano, pp. 49-87.

Appendice I

CASE-HISTORY E PRECIPUI DESCRITTORI DELL'U.O. SERT DI PESCARA

La struttura deputata all'assistenza ai tossicodipendenti della Asl di Pescara svolge la sua azione fin dall'anno 1982 nella sede di via Paolini, 68.

Il SerT si colloca in una palazzina di civile abitazione occupando 4 appartamenti dislocati su tre piani per complessivi 400 mq, ovvero:

- a) al primo piano è posta l'accoglienza;
- b) al secondo piano ci sono le sale per le terapie e per i prelievi;
- c) al terzo piano c'è la direzione, l'osservatorio epidemiologico, le strutture per il *counselling*.

Il servizio è dotato di attrezzature sufficienti, dispone di una rete intranet per la gestione delle attività del servizio tramite il *software* Proteus, e di un valido collegamento ad internet.

Il numero degli accessi quotidiani si colloca intorno alle 250 unità.

Quanto al numero dei pazienti, si tenga presente che mediamente dalla prefettura sono in carico circa 173 pazienti al 15 ottobre 2007 fermati dagli organi di polizia competenti per abuso di sostanze stupefacenti e per

ciascun paziente esiste un *case manager* indicato in un apposito registro.

Relativamente al personale impiegato nel SerT, risultano operative le seguenti figure professionali:

- 5 medici (di cui uno con l'incarico di direttore),
- 4 psicologi,
- 3 sociologi,
- 5 infermieri,
- 1 assistente sociale,
- 1 educatore,
- 1 assistente sanitario,
- 1 ausiliario,
- 5 amministrativi,

per complessive 26 unità di personale.

Punti di forza

- Operatori motivati e con grande esperienza;
- Capacità di risposte rapide;
- Struttura ad operatori molto radicati nella rete territoriale;

Tabella 13

Quadro sinottico - Anno 2006

	Età	Nuovi ingressi		In carico/rientrati		Totale
		M	F	M	F	
	<15	0	0	0	0	0
	15-19	11	3	12	1	27
	20-24	48	4	74	6	132
	25-29	24	3	148	9	184
	30-34	21	3	183	27	234
	35-39	10	2	136	17	165
	>39	12	2	202	29	245
Totale pazienti		126	17	755	89	987
Totale appoggi		221	41			262
TOTALE GENERALE		347	58			1249

- Capacità di condivisione e di organizzazione in micro-équipe;
- Importante livello di autonomia professionale;
- Accreditalimento di rilievo a livello regionale e nazionale;
- Struttura interna orientata al management e alla valutazione di processo e di risultato.

Obiettivi di sviluppo

- Attivazione sul proprio territorio di almeno altri 3 SerT;
- Trasferimento della sede nella struttura già prevista;
- Attribuzione di un incarico di struttura semplice per l'area di attività «Terapie»;
- Ridefinizione di tutta la struttura di riferimento aziendale per le Dipendenze in Dipartimento secondo le modalità già suggerite e condivise con l'Agenzia per i Servizi sanitari regionale.

In merito ad alcune caratteristiche dimensionali del SerT è possibile fornire il quadro sinottico relativo all'anno 2006, preso a base della nostra analisi (tabella 13, figura 4).

Per quanto concerne, invece, i programmi in comunità terapeutiche la tabella 14 offre la rappresentazione del trend degli ultimi cinque anni, al cui interno si rinvengono anche i pazienti in affidamento, la durata media dei ricoveri, le giornate di ricovero, ed altre informazioni di sintesi.

Figura 4

Quadro sinottico - Anno 2006

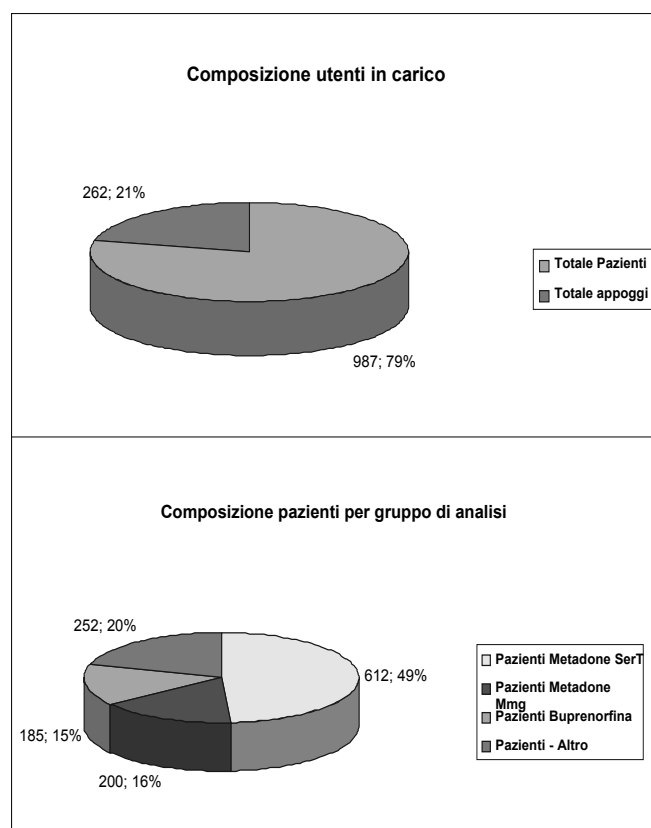


Tabella 14

Periodo di permanenza	2002	2003	2004	2005	2006
Totale giorni del periodo	365	365	366	365	365
Totale pazienti nel periodo	222	192	169	200	214
Totale giorni di ricovero nel periodo	42.015	36.650	29.869	37.770	40.883
Media giornaliera ricoveri	115	100	82	104	112
Durata media ricoveri	189	191	177	189	191
Durata mediana ricoveri	167	194	146	184	185
Costo totale a carico dell'Azienda in €	1.515.688	1.338.874	1.156.120	1.431.801	1.623.873
Costo medio per giorno di ricovero	36,07	36,53	38,71	37,91	39,72

Appendice II

IL NUOVO MODELLO DI RILEVAZIONE DELLE PRESTAZIONI PER I SERT - SISTEMA INFORMATIVO DELLE DIPENDENZE (SIND)

01 Attività telefonica

- 001 Informazioni specifiche di prevenzione ed informazioni per esecuzione test clinici
- 002 *Counselling* telefonico (psicologico, medico, sociale ecc.)
- 003 Management clinico telefonico di paziente (utente già conosciuto/in carico; compresi contatti con terzi per la gestione del paziente e colloqui telefonici con familiari)
- 004 Altre attività non previste

02 Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni

- 005 Relazioni scritte sul singolo caso clinico: per affido ad altra struttura, per avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari, ecc.
- 006 Prescrizione esami/ricetta/copia esami/esenzione ticket
- 007 Altre attività non previste

03 Attività di accompagnamento

- 008 Accompagnamento alle strutture di diagnosi e cure
- 009 Altre attività non previste

04 Visite

- 010 Visita medica specialistica (1° visita)
- 013 Visita medica (controllo)
- 014 Valutazione IP (*assessment/triage*)
- 015 Visita psichiatrica (completa di esame obiettivo)
- 016 Visita in consulenza esterna
- 018 Altre attività non previste

05 Colloqui

- 019 Colloquio psichiatrico (1° colloquio senza esame obiettivo)
- 020 Colloquio psicologico-clinico (*counselling*, pre-test, post-test, ...)
- 021 Colloquio per management clinico del paziente
- 022 Colloquio di consulenza a familiari
- 023 Colloquio psichiatrico (controllo senza esame obiettivo)
- 024 Colloquio informativo
- 025 Colloqui di assistenza sociale (comprende valutazione, *counselling*, sostegno e riabilitazione)
- 026 Colloquio con minore al seguito di utente in struttura
- 027 Colloquio socio-educativo motivazionale
- 029 Altre attività non previste

06 Esami e procedure cliniche

- 030 Prelievo venoso in ambulatorio

- 033 Raccolta urine per esame

036 ECG

039 Iniezione endovenosa

043 Medicazione di ferita

046 Iniezione intramuscolo

047 Esecuzione test per sostanze stupefacenti su urine

048 Raccolta/invio materiali biologici

049 Raccolta campione per test di gravidanza su urine

052 Altre attività non previste

07 Somministrazione farmaci e vaccini

053 Somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)

054 Consegna/affidamento terapia orale

056 Vaccinazioni: programmazione e controllo esami pre e post

057 Altre attività non previste

08 Interventi psicoterapeutici individuali

058 Psicoterapia individuate (per seduta)

059 Altre attività non previste

09 Interventi psicoterapeutici coppia

060 Psicoterapia di coppia o del nucleo familiare

061 Altre attività non previste

10 Interventi psico/socio/educativi di gruppo

062 Psicoterapia di gruppo (ristretto, allargato, familiare, multi familiare ecc.)

063 Supervisione del gruppo/formazione operatori

065 Altri interventi di gruppo

066 Altre attività non previste

11 Test psicologici

067 Somministrazione/valutazione di test proiettivi e della *personality*

073 Somministrazione/valutazione di questionari (generico)

074 Interviste strutturate e semistrutturate

075 Test di valutazione della *disability* sociale

076 Altre attività non previste

12 Attività di supporto generale al paziente

077 Accompagnamento utenti fuori dalla struttura (residenziale o semiresidenziale)

078 Intervento di segretariato sociale (gestione pratiche ecc.)

079 Processo di accettazione del paziente

- 080 Assistenza IP al medico della struttura
- 081 Assistenza IP al consulente specialista
- 082 Attività educativo/formativa
- 083 Altre attività non previste

13 Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica

- 084 Stesura progetto e negoziazione concordati con l'utente e con la sua famiglia
- 085 Riunione per caso clinico
- 086 Altre attività non previste

14 Prestazioni alberghiere

- 087 Fornitura alloggio e utilità relative all'assistenza alberghiera
- 088 Fornitura pasti
- 089 Altre attività non previste

15 Prestazioni straordinarie di carattere economico

- 090 Erogazione di beni e servizi
- 091 Altre attività non previste

16 Prestazioni generali di prevenzione primaria

- 092 Interventi sul territorio (scuole, CIC, parrocchie, circoscrizioni, manifestazioni, su gruppi ecc.)
- 093 Stesura di relazioni scritte
- 094 Coordinamento progetti specifici
- 095 Intervento ambientale a tema (piccolo gruppo)
- 096 Intervento ambientale a tema (grande gruppo)
- 097 Incontro operativo (informativo e/o di programmazione)
- 098 Collaborazione ad eventi specifici
- 099 Conferenza/seminario/tavola rotonda
- 100 Conduzione di gruppi (monitoraggio, supporto a progettazione, ecc.)
- 101 Gestione *stand* informativo
- 102 Produzione di materiali informativi
- 104 Altre attività non previste

17 Prestazioni generali di prevenzione secondaria (patologie correlate)

- 106 Distribuzione/scambio profilattici
- 108 Distribuzione vestiario

- 109 Informazione/addestramento per abilità preventive (prevenzione secondaria)
- 110 Altre attività non previste

18 Riunioni organizzative dipartimentali

- 111 Riunione ristretta (es. con Direzione)
- 112 Riunione gruppo di lavoro allargato
- 113 Riunioni con enti in interno
- 114 Riunioni con enti in esterno
- 115 Altre attività non previste

19 Partecipazione a commissioni, comitati esterni

- 116 Riunioni con commissioni, comitati in esterno
- 117 Altre attività non previste

20 Riunioni organizzativo/metodologiche interne

- 118 Riunioni interne
- 119 Altre attività non previste

21 Attività di Coordinamento/di Rete

- 120 Comunità terapeutiche (interventi di verifica/monitoraggio programmi persone in trattamento)
- 121 Attività di coordinamento generale/di rete effettuate con le organizzazioni significative (enti, agenzie, gruppi ecc.)
- 122 Attività effettuate per il singolo paziente al fine di coordinare le varie organizzazioni coinvolte nell'assistenza
- 123 Altre attività non previste

22 Attività di progetto (ricerca ed interventi specifici)

- 124 Attività di ricerca
- 125 Altre attività non previste

23 Attività di formazione ed addestramento per operatori

- 126 Formazione come docente
- 127 Formazione come discente
- 128 Altre attività non previste

24 Stesura di rapporti/relazioni di attività dell'unità operativa

- 129 Rapporti/relazioni attività della struttura

MECOSAN

Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

La copia sul file va inviata alla casella e-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Tabelle, grafici e figure

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

Note

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

Lunghezza articoli

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

Riferimenti bibliografici

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

Monografie

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

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

Pubblicazioni con più autori

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

Saggi in pubblicazioni

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

Articoli in riviste

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

Rapporti/Atti

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

Non pubblicati

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

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

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

Principi contabili e revisione di bilancio delle aziende sanitarie

NICCOLÒ PERSIANI

The author analyses different limitations, concerning procedures and rules, which are related to the construction and monitoring of the financial reports in the Italian National Health System organisations. In particular the paper highlights some problems arising from the absence of an adequate design of the main areas which an accounting and reporting system should be based, such as the absence of national accounting standards, the absence of rules for the construction of the first contribution of capital, the lack of an adequate rules for internal control and for a model of external control. Also, the paper describes the experiences developed in some Italian Regions which have tried to remove these limitations, through the financial statement external audit. The experience developed in these regions and the legislation produced can be a model to be nationally developed, in order to solve the mentioned problems.

Note sull'autore

Niccolò Persiani è professore ordinario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

1. Introduzione

Mai un sistema contabile aveva assunto una tale importanza e destato una tale attenzione nel nostro sistema pubblico quanto oggi quello del Servizio sanitario nazionale.

In definitiva esso è il primo (e forse unico) sistema contabile applicato in una amministrazione pubblica basato esclusivamente sulle regole della partita doppia; allo stesso tempo, in una fase storica che ha deciso di scommettere sul federalismo, esso è il primo sistema contabile interamente affidato, sia nella sua normazione che nella sua gestione, alle Regioni.

Recenti norme hanno poi legato ai risultati rappresentati da tale sistema contabile effetti estremamente significativi¹.

Solo nel Servizio sanitario nazionale, infatti, un direttore generale «decade» in assenza di un sostanziale pareggio di bilancio, e solo per le aziende sanitarie ed ospedaliere una legge finanziaria ha previsto contemporaneamente l'obbligo di un controllo incrociato tra Collegi sindacali e Corte dei Conti con la concomitante introduzione (seppur ancora in fase di attuazione) dell'obbligo di revisione contabile dei bilanci da parte di una società di revisione indipendente².

A tutto questo, o forse proprio per questo, si aggiunge il timore della tenuta dei conti del Servizio sanitario e si paventa l'esistenza di un extra deficit di cui nessuno in realtà è in grado di quantificare la dimensione.

Le recenti esperienze di consolidamento della spesa che, in alcune regioni, hanno fatto emergere disavanzi di proporzioni tali da imporre un ripensamento della normativa con la creazione di un sistema di affiancamenti tra regioni «virtuose» e «meno virtuose» e di stringenti piani di rientro, accrescono, infatti, la preoccupazione verso un sistema che non

SOMMARIO

1. Introduzione
2. I principi contabili di riferimento
3. Il bilancio in sede di prima costituzione
4. Il sistema di controlli interni contabili
5. Il sistema di controlli esterni e l'introduzione della revisione contabile
6. Considerazioni conclusive

è in grado di monitorare i propri flussi di spesa e di rendicontarli tempestivamente.

Appaiono, di fatto, evidenti le conseguenze di tutto questo, in tema di misura della spesa pubblica e di quantificazione del rispetto del patto di stabilità nazionale.

Analogamente sono estremamente problematiche le soluzioni proposte per raccordare i dati dei bilanci aziendali con quelli regionali così come quelli dei bilanci delle Regioni con il bilancio dello Stato (con l'inevitabile strascico di problemi che questa disomogeneità ha comportato negli ultimi anni).

L'esistenza stessa del meccanismo dei CE inviati periodicamente al Ministero ed elaborati secondo logiche differenti da quelle utilizzate per i bilanci, già di per sé è misura del problema³.

Si assiste infatti ad un sistema di monitoraggio della spesa basato su sistemi di dati difficilmente verificabili o perlomeno comparabili⁴.

Ci pare doveroso, allora, fin da queste premesse porre delle sostanziali domande:

1) Perché un modello contabile che ha garantito le attendibilità e verificabilità dei dati sia economici che patrimoniali che finanziari in tutti i settori in cui è stato applicato, risulta così difficilmente gestibile nel settore sanitario?

2) Quali sono le specificità e le peculiarità dei modelli sanitari regionali che rendono necessaria la convivenza di regole contabili diverse da Regione a Regione?

3) Dove è che non funziona il nostro sistema di controllo pubblico se il legislatore ritiene di dover introdurre, in aggiunta ai tradizionali sistemi di controllo della spesa, l'istituto della revisione contabile di bilancio, ovvero uno strumento concepito per garantire la trasparenza dei bilanci sui mercati finanziari?

La risposta ai suesposti quesiti è stata spesso affrontata come un problema esclusivamente di correttezza contabile o di competenze professionali degli operatori in materia di costruzione dei bilanci.

In particolare, si è in più sedi sostenuto che il modello contabile civilistico è di per sé più permeabile a «politiche di bilancio» finalizzate a dare una rappresentazione guidata dalla realtà amministrativa (tanto che, più

volte, si è addirittura rievocato il ritorno alla contabilità finanziaria di tipo pubblico).

In definitiva riteniamo che anche la recente introduzione dell'obbligo di revisione di bilancio sia la conseguenza di una forte sfiducia sulla correttezza dell'operato di manager vincolati «politicamente» al pareggio.

Il problema così posto appare però come una forte semplificazione.

Il fallimento di un sistema non può, infatti, essere relegato ad una scorrettezza diffusa od a una Lombrosiana incapacità a rilevare i fenomeni economici. Essa è piuttosto, quasi sempre, sintomo di una non adeguata progettazione delle regole che definiscono il sistema.

Il problema in sostanza è di natura meta-contabile e risiede, a nostro giudizio, nella non corretta progettazione dei presupposti alla costruzione di un sistema rilevativo.

Le domande di cui sopra potranno allora avere una risposta solo nel momento in cui si sarà offerta una risposta ad altri due quesiti che spostano il problema dall'analisi e valutazione istituzionale ad un problema specifico di tecnica contabile:

1) Quali sono i presupposti di un corretto sistema contabile?

2) Come orientarsi nella lettura dei numeri prodotti oggi dalle aziende sanitarie ed ospedaliere?

Un sistema contabile non correttamente progettato sarà, infatti, di per sé incapace di fornire informazioni attendibili e verificabili e, pertanto, sarà più permeabile a politiche contabili non appropriate. Affrontando il primo aspetto, a nostro giudizio i punti cardinali di un corretto sistema non possono essere che i seguenti:

1) i *principi contabili* adottati come riferimento dal sistema;

2) le modalità in cui sono stati costituiti i *bilanci in sede di costituzione*;

3) il *sistema di controllo interno* adottato;

4) il *sistema e le regole di controllo esterno* che operano nel sistema.

Cercheremo di dimostrare come proprio la scorretta e asistemica (o piuttosto mancata) progettazione delle suddette variabili renda oggi impossibile fornire una risposta al se-

condo quesito, ovvero se sia possibile dotarsi di un serio modello di analisi della spesa sanitaria basato sui bilanci ufficiali.

Vogliamo cioè intendere che difficilmente potremo mai considerare affidabile l'insieme di dati offerti dai bilanci aziendali senza passar prima da un'attenta riflessione non solo sulle regole che essi devono rispettare, ma anche sui principi su cui si fonda la loro costruzione.

2. I principi contabili di riferimento

L'esigenza di definire un modello unico di bilancio per le Aziende sanitarie ed ospedaliere era già stata avvertita dal legislatore della riforma quando, all'art. 5 del 502/92, delegava il Ministero del tesoro ed il Ministero della sanità a predisporre un apposito schema.

La radicale trasformazione a cui era stato sottoposto il Servizio sanitario nazionale aveva reso infatti necessaria l'omogeneizzazione della documentazione esterna delle nuove aziende al fine di permettere, da una parte, l'integrazione delle scelte gestionali con il sistema di programmazione sanitaria e, dall'altra, di consentire il consolidamento dei conti pubblici.

Con l'unicità degli schemi di bilancio nella normativa nazionale si proponeva, infatti, il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali;
- b) conferire omogeneità ai valori inseriti nelle singole voci;
- c) consentire rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati su tutto il territorio⁵.

Il decreto Interministeriale del 20/10/94, emanato in ottemperanza a tale delega, costituisce pertanto la principale fonte normativa in materia di bilancio e presenta un modello unico, a cui le Regioni sono tenute ad uniformarsi nella predisposizione delle leggi di contabilità, valido sia per i documenti preventivi che consuntivi.

Tale prospetto è stato rivisto dal D.M. 11/02/02 che propone i nuovi schemi di bilancio obbligatori per il settore.

La soluzione adottata in entrambi i decreti, tuttavia, non offre un'adeguata risposta all'ampiezza degli obiettivi posti dal legislatore⁶.

La norma, infatti, si limita a presentare un prospetto di Stato patrimoniale ed uno di Conto economico ottenuti tramite la trasposizione del modello civilistico, integrato con una serie di modifiche tese a sottolineare le specificità del contesto in cui viene calato.

Si deve, però, rilevare che entrambi i documenti contengono errori o imprecisioni dovute al tentativo di avvicinare il più possibile la logica delle poste economico-patrimoniali al vecchio sistema di capitoli finanziari (cui è ancora legato il Ministero della salute), non tenendo sempre conto della diversa natura dei due strumenti⁷.

La semplicità degli schemi, infatti, se facilita la riallocazione dei precedenti dati finanziari, in realtà rivela alcune macroscopiche dimenticanze oltre ad evidenti imperfezioni.

Innanzitutto, dobbiamo rilevare la mancanza di un'espressa indicazione sul ruolo da attribuire alle note al bilancio⁸.

Non è infatti prevista una nota integrativa come parte del bilancio che spieghi le voci in esso indicate e che, in qualche modo, consenta di fornire quelle informazioni che il legislatore ha trascurato di richiedere.

Tale lacuna è particolarmente grave dal momento in cui priva il rendiconto dell'esercizio di una sua componente vitale.

Fortunatamente a tale dimenticanza del legislatore hanno posto riparo la maggior parte delle leggi regionali, recependo istanze mosse da più parti⁹.

Ancora più grave appare, però, l'assoluta mancanza di indicazioni in merito ai principi contabili ed ai criteri di valutazione da adottare nella redazione del bilancio di esercizio¹⁰.

Questa deficienza non può del resto essere sopperita dal generico richiamo ai principi del codice civile per due fondamentali ragioni:

- innanzitutto, per il fatto che quei principi si rivolgono ad aziende private in cui la libertà di valutazione lasciata dal legislatore (che si concretizza nel principio del prudente apprezzamento degli amministratori) è contenuta da stringenti e puntuali norme fi-

scali non estensibili integralmente ad un ente pubblico;

– in secondo luogo, per la presenza di voci tipiche del settore sanitario pubblico (i trasferimenti, i ricavi a tariffa, gli accantonamenti SUMAI) in cui qualsiasi analogia con la contabilità privatistica rischia di ingenerare errori ed imprecisioni.

La più volte sentita affermazione sul fatto che le norme contabili seguite dalle aziende sanitarie sono di fatto quelle civilistiche, si scontra poi con l'evidenza dei fatti.

Si prendano a puro titolo di esempio gli attuali stati patrimoniali composti da cespiti al valore catastale (e non al costo dedotti gli ammortamenti), da magazzini valutati al costo medio ponderato (con software che ponderano tali risultati talvolta su base annuale, talvolta su base storica, i più sulle quantità, ma alcuni sui prezzi), per aggiungere poi i criteri di svalutazione o stralcio dei crediti legati ai meccanismi di finanza pubblica piuttosto che alle regole civilistiche di prudenza.

La valutazione del Patrimonio delle aziende sanitarie, inoltre, essendo uno dei principali problemi in sede di primo impianto della contabilità economica, avrebbe potuto trovare in tali criteri il presupposto per un comportamento omogeneo di tutti i valutatori con la conseguente comparabilità dei dati.

Si è creata, invece, una situazione per cui nel principale comparto della pubblica amministrazione in cui sia stato reso effettivo, grazie al nuovo sistema contabile, l'obbligo di tenuta e di aggiornamento dell'inventario patrimoniale, i diversi dati non risultano sommabili in quanto non sono stati imposti omogenei criteri di valutazione.

Concordiamo per queste ragioni con chi sostiene che la normativa nazionale abbia in realtà fallito gli obiettivi che si era posti con la predisposizione dei decreti interministeriali, fatto aggravato dai molteplici ritardi di alcune Regioni nella predisposizione delle leggi di contabilità, che ai limiti di tale normativa avrebbero dovuto sopperire.

Dobbiamo considerare, poi, l'attuale diverso livello culturale che si è sviluppato nei diversi contesti territoriali e la diversa sensibilità al rigore metodologico nella costruzione dei bilanci sviluppata dagli operatori che

rende difficile il consolidamento dei diversi dati.

3. Il bilancio in sede di prima costituzione

Un aspetto che deve essere affrontato per comprendere con esattezza la logica del bilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere e su di esso impostare poi un corretto sistema di controllo, è quello relativo alle modalità di realizzazione del bilancio in sede di prima costituzione, con particolare riguardo al modo in cui sono stati imputati per la prima volta gli immobili conferiti dagli enti locali.

Si tenga conto che questa costituisce senz'altro la principale posta del bilancio di ognuna di queste aziende e che, per la sua caratteristica di perdurare nel tempo, produce effetti continuativi per numerosi esercizi.

L'apparente linearità del criterio proposto dalle prime circolari ministeriali in materia (il valore catastale ai fini ICI) esteso su tutto il territorio nazionale, non solo ha allontanato, i bilanci del servizio sanitario dai principi contabili nazionali ed internazionali, ma ha rivelato una vastissima gamma di interpretazioni che ha reso di fatto incomparabili i dati della gran parte delle aziende¹¹.

Ci permettiamo di seguito di indicare le principali di queste interpretazioni, che nell'assenza assoluta di criteri di valutazione di riferimento, debbono tutte essere ritenute accettabili.

– *Utilizzo della rendita con o senza la rivalutazione del 5%*: come noto la finanziaria del 1997 (si ricorda che questo è l'anno in cui le prime Regioni hanno trasformato le Usl in Aziende sanitarie) aveva rivalutato le rendite catastali del 5%. Tale valore rivalutato è stato utilizzato da gran parte delle aziende le cui Regioni hanno proceduto alla trasformazione in un momento successivo, mentre non è stata utilizzata dalle prime. Si assiste così a situazioni in cui il valore di partenza del patrimonio immobiliare differisce per il 5% solo in base alla data di trasformazione del sistema contabile adottato.

– *Utilizzo dei valori catastali ammortizzati*: non è raro il caso in cui le Aziende abbiano caricato in bilancio i valori catastali, ma da essi abbiano dedotto le quote di ammortamento calcolate in base alla permanenza sto-

rica di tali beni nel patrimonio delle disciolte Usl. Questo ha portato (data la vetustà della maggior parte di questi beni) a valori patrimoniali estremamente ridotti rispetto alle aziende che hanno utilizzato il criterio senza applicarvi l'ammortamento.

– *Utilizzo della rendita presunta*: la mancanza di rendite catastali all'epoca ha portato molte aziende ad inserire i cespiti utilizzando una stima della rendita secondo criteri che, per quanto tecnici, non potevano non rivelarsi nel tempo soggettivi. Questo ha comportato un ulteriore aspetto di disomogeneità dei bilanci delle diverse aziende, ma pure all'interno della stessa azienda dove la situazione dei diversi catasti dei Comuni del territorio risulti differenziata.

– *Rettifica della rendita presunta con la definitiva*: il caso anzidetto ha portato ad ulteriori complessità e difformità quando le aziende hanno inteso rettificare il valore degli immobili con la rendita definitiva che, ovviamente, si riferiva a beni in stato d'uso e con vincoli di destinazione (essendo stati conferiti alle Asl o agli ospedali), completamente diversi dagli originari utilizzati dalle altre aziende.

– *Capitalizzazione delle manutenzioni straordinarie effettuate*: non è raro il caso in cui al valore dell'immobile siano state, in sede di prima costituzione, capitalizzate le manutenzioni straordinarie sullo stesso effettuate. La ragione risiede nella volontà di rappresentare più correttamente il valore dei cespiti sui quali fossero state operate significative opere e migliorie nonché giustificare l'inserimento nel netto degli eventuali contributi allo scopo erogati ed utilizzati.

– *Inserimento dei contributi storici*: anche l'inserimento dei contributi relativi al finanziamento dei suddetti investimenti non è stato sempre lineare. Un caso specifico è stato quello dell'inserimento degli interi contributi ricevuti dalla Usl per il finanziamento degli investimenti, riportando questi al complesso delle immobilizzazioni e prescindendo dalla già vista disomogeneità dei criteri utilizzati.

– *Inserimento dei contributi residui*: non meno raro è stato il caso in cui siano stati inseriti solamente i contributi non spesi. Data la difficoltà di ricostruire e comparare il diverso tempo di acquisizione o realizzazione degli investimenti.

– *Calcolo del capitale netto in via differenziale*: analogamente al caso suesposto talvolta le aziende si sono limitate ad evidenziare un capitale netto per via differenziale iniziando ad imputare i contributi conferiti alla nuova azienda. Si capisce la difforme politica di sterilizzazione che può conseguire a questi casi ed il difforme risultato di esercizio che ne deriva.

È intuibile come questo complesso di differenziazioni comporti una sostanziale difformità degli attuali bilanci.

Questa risulta aggravata da due specifiche problematiche:

– la prima è quella relativa agli effetti incrociati delle politiche di ammortamento e sterilizzazione effettuate sugli stessi beni, che nel procedere del tempo rende non ricostruibili le scelte effettuate;

– la seconda, e forse più grave, lacuna deriva dal fatto che ognuna di queste procedure di costruzione del bilancio può di fatto essere considerata corretta e giustificata alla luce di specifica documentazione.

Come comprensibile la risoluzione del problema passa necessariamente da una rivisitazione normativa dei conti.

Questo, per paradosso, non può essere risolto da un semplice corpo di principi contabili e di criteri di valutazione omogenei per tutto il territorio nazionale che prescindano anche da norme specifiche sul riadeguamento dei valori iniziali che tengano conto della storia delle diverse normative regionali succedutesi.

4. Il sistema di controlli interni contabili

Il termine controllo contabile identifica una serie di attività operative volte a verificare l'affidabilità dei dati che alimentano il sistema informativo aziendale e l'attendibilità del bilancio aziendale in conformità alle norme di legge ed ai principi contabili statutari.

Il sistema di controllo interno (o «controllo interno») è generalmente riconosciuto come un processo messo in atto dalla direzione aziendale, dalla dirigenza e dagli altri membri del personale, allo scopo di fornire

ragionevole certezza sul raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- efficacia ed efficienza delle attività operative;
- affidabilità delle informazioni;
- rispetto della normativa;
- salvaguardia del patrimonio aziendale.

Tali obiettivi, se da un lato, definiscono l'ambito operativo del sistema di controllo interno (rientrano, infatti, in esso tutte le attività, gli strumenti e le procedure presenti in azienda ritenute funzionali al loro perseguimento), dall'altro non possono non essere osservati come pre-requisiti di un serio sistema di comparazione interaziendale dei dati¹².

In particolare si può osservare quanto segue.

L'efficacia ed efficienza delle attività operative riguarda le modalità di determinazione, misurazione e perseguimento dei livelli di performance espressi in termini di qualità ed economicità dei processi aziendali, nonché di sostenibilità delle politiche gestionali intraprese dall'ente.

Questa sfera dei controlli interni richiama il concetto di *controllo gestionale* inteso come insieme delle direttive, procedure e tecniche che permettono di programmare e successivamente controllare su base periodica e sistematicamente le operazioni aziendali allo scopo di raggiungere gli obiettivi programmati.

L'affidabilità delle informazioni si riferisce, invece, all'attendibilità ed integrità del bilancio e delle altre informazioni diffuse all'esterno, siano esse prettamente contabili (modelli di rilevazione periodica SP e CE, monitoraggio costi, ecc.) o di carattere operativo (livelli di prestazione, ecc.). Questo obiettivo risulta, invece, strettamente legato alla nozione di *controllo amministrativo contabile*, ovvero all'insieme di meccanismi organizzativi e strumenti operativi istituiti allo scopo di fornire una ragionevole sicurezza sul fatto che: le operazioni sono effettuate secondo le direttive aziendali, tutte le operazioni di gestione esterna sono registrate correttamente allo scopo di assicurare la preparazione di bilanci e situazioni contabili secondo corretti principi contabili, le registrazioni relative ai beni aziendali trovano

riscontro nell'esistenza fisica degli stessi ed opportune azioni vengono intraprese in merito ad eventuali differenze riscontrate.

Il rispetto della normativa fa riferimento alla conformità delle attività svolte dall'azienda a leggi, regolamenti e procedure interne cui la struttura è sottoposta. Tale obiettivo richiama l'esigenza di soddisfare il *controllo di legittimità*, inteso come verifica del rispetto formale e sostanziale delle disposizioni legislative e regolamentari cui l'organizzazione e i soggetti che vi operano sono sottoposti.

Controlli contabili e controllo di legittimità si identificano nel *controllo di regolarità amministrativo-contabile* previsto dal D.L.vo n. 286 del 1999.

L'obiettivo di *salvaguardia del patrimonio* fa riferimento all'efficacia delle decisioni di protezione delle risorse a disposizione dell'azienda e può essere conseguito ad esempio prevedendo idonee procedure per l'accesso ai beni aziendali nei limiti delle autorizzazioni conferite dalla direzione. È questo un obiettivo che richiede l'adozione di *controlli di conformità* alle procedure.

Il controllo interno è allora presupposto della veridicità e attendibilità dei dati contenuti negli schemi di bilancio e pertanto non può essere attribuito a soggetti dotati di requisiti di indipendenza e professionalità.

Nelle aziende sanitarie tale responsabilità è riconosciuta, di fatto, ai membri del Collegio sindacale che sono tenuti ad esprimersi periodicamente sulla regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, nonché alle leggi e principi che ne disciplinano la redazione.

Il tema dei controlli contabili, tuttavia, non rappresenta una problematica esclusiva del Collegio sindacale, ma dovrebbe investire direttamente l'intera struttura aziendale, in quanto prezioso elemento del sistema di controllo interno aziendale.

Per quanto osservato si può allora sostenere che il sistema di controllo interno di un'organizzazione costituisce il supporto indispensabile alla attività della dirigenza, della quale rispecchia fedelmente le aree di intervento.

In particolare consente di individuare e monitorare obiettivi «specifici» che devono

essere perseguiti per assicurare la realizzazione della funzione di indirizzo gestionale cui essa è chiamata.

In tale ambito si percepisce pertanto la portata dei controlli contabili quale elemento imprescindibile ma non esclusivo per una sana gestione aziendale.

Entrando nello specifico dei controlli contabili nelle aziende sanitarie, occorre osservare come tale tematica stia attraversando un profondo percorso evolutivo, che trova la sua origine proprio con l'introduzione della contabilità economica e la definizione del bilancio d'esercizio come principale strumento informativo aziendale.

L'implementazione degli strumenti tipici della contabilità economica ha costretto gli operatori ad un radicale cambiamento delle logiche informative, generando non poche difficoltà redazionali e interpretative.

Se può ritenersi superata la fase di definizione e integrazione nei sistemi informativi aziendali degli strumenti di contabilità economica (bilancio, *budget*, contabilità analitica, report direzionali), rimangono oggi fondamentali aree di sviluppo nell'informativa contabile delle aziende sanitarie.

In particolare nell'ambito dell'informazione di bilancio sempre più sentita è l'esigenza di ispirarsi a principi contabili che, se correttamente applicati, favoriscono un miglioramento dei canali di comunicazione inter-aziendali, nonché la comparabilità e il consolidamento dei dati contabili delle aziende sanitarie.

Tale esigenza può essere soddisfatta solo definendo regole contabili che, ispirandosi ai principi contabili diffusi dagli ordini professionali e generalmente accettati dagli operatori del settore, riescano a disciplinare anche fenomeni caratteristici della gestione delle aziende sanitarie, così da sgomberare il campo da interpretazioni che impediscano una chiara informativa ai soggetti interessati di bilancio.

Principi contabili e procedure di controllo contabile rappresentano i risvolti di una stessa medaglia: la produzione di informazioni secondo regole definite richiede, infatti, la formalizzazione di procedure (quindi attività) di esecuzione e controllo che attestino l'attendibilità delle stesse.

L'assenza di tali procedure rischia, allora, di consentire la produzione di numeri che,

seppur esatti da un punto di vista algebrico, non siano effettiva espressione della realtà fattuale ed analogamente non siano minimamente paragonabili tra loro per i diversi sistemi procedurali che li hanno originati.

5. Il sistema di controlli esterni e l'introduzione della revisione contabile di bilancio

La problematica del controllo esterno appare la logica conseguenza di quanto prima considerato.

È estremamente improbabile che un sistema privo di principi contabili, che debba evidenziare la variazione di fondi di dotazione tra loro assolutamente non paragonabili, e che lo faccia producendo dati non verificati da un razionale sistema di controllo interno, possa a sua volta consentire una credibile forma di controllo esterno contabile.

Appare, infatti, illogico attivare qualunque forma di controllo se non sono chiare le regole di cosa e come si deve controllare.

In tal senso si muovono ad esempio le Linee guida della Corte dei Conti per il controllo sui bilanci degli enti del Servizio sanitario nazionale¹³.

Tale strumento, elaborato dalla Corte per acquisire, tramite il controllo dei collegi sindacali delle Asl e delle Aziende ospedaliere, elementi ed informazioni sui bilanci e sull'uso delle risorse da parte degli enti sanitari, per rendere efficace il proprio controllo dedica, infatti, una intera sezione proprio ad analizzare e comprendere le modalità e le regole con cui il bilancio stesso è costruito.

Crediamo, poi, che siano state ancor più esemplificative la questione le esperienze recentemente proposte da alcune Regioni in materia di controllo contabile.

Tutte queste sperimentazioni avevano come specifico scopo l'introduzione dell'istituto della revisione contabile nei rispettivi Servizi sanitari regionali e, correttamente, ponevano la correttezza ed attendibilità dei propri bilanci come obiettivo-guida dell'intero processo.

Come anticipato tale tendenza si è tradotta in seguito addirittura in una prescrizione nazionale introdotta, in una legge finanziaria che estende l'obbligo della certificazione del bilancio¹⁴ a tutto il settore.

Dobbiamo notare, però, che se si esclude l'esperienza della Regione Toscana (che tratteremo in seguito) tutte le altre esperienze hanno avuto analoga conclusione.

Al di là di qualunque più o meno trionfalistico annuncio, nessuna azienda sanitaria, nell'ambito di tali sperimentazioni, ha, ad oggi, ricevuto un giudizio positivo da una società di revisione. Si sono, come noto, osservate situazioni, poi, in cui la società di revisione non si è addirittura pronunciata nonostante l'esplicito incarico in tal senso¹⁵.

Tale situazione può essere interpretata solo in un duplice modo:

1) o le diverse società di revisione si sono contemporaneamente tutte dimostrate inadeguate a svolgere un lavoro che normalmente svolgono per le società quotate;

2) o le aziende che sottoponevano i loro bilanci al controllo palesavano l'assenza di quei requisiti minimi di controllabilità che perlomeno avrebbe consentito un giudizio negativo (che nel pubblico deve comunque essere considerato preferibile all'impossibilità di esprimere un giudizio).

Vale la pena allora ricordare la sperimentazione condotta dalla Regione Toscana (e di seguito quella della Regione Umbria) in cui, invece, si è raggiunto il risultato della certificazione del bilancio, e l'espressione di un giudizio positivo da una primaria società di revisione.

L'esperienza deve essere considerata significativa non solo e non tanto per il risultato della certificazione in sé stessa, (riteniamo infatti che il percorso della revisione di bilancio possa essere considerato utile come mezzo ma non certo come fine), quanto piuttosto per il percorso di rimozione degli ostacoli alla certificazione e di progressivo accompagnamento del sistema alla costruzione di regole che qualificassero la correttezza, attendibilità e comprensibilità del bilanci, su cui la sperimentazione stessa era impostata.

Il successivo intervento della Regione Umbria nella sperimentazione ha dimostrato, poi, la possibilità di estendere delle buone regole anche sopra gli angusti limiti di una regione, nel tentativo di farne un linguaggio riconoscibile a livello nazionale.

La Regione Toscana ha istituito nel 2003 un *comitato regionale* composto da rappresentanti della Regione, della Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti, da rappresentanti delle Aziende e professionisti esterni incaricato di costruire le proposte di normativa per recepire i principi contabili nazionali nel Servizio sanitario regionale integrandoli con specifici principi regionali così da adattare gli standard professionali alla specifica realtà di contesto.

Il risultato della sperimentazione, dopo un lavoro durato tre anni, ha portato al pieno recepimento dei principi stessi, nonché all'approvazione di un *set* di documenti (definiti *principi contabili regionali*) il cui scopo è quello di favorire il recepimento dei principi nazionali adattandoli alla specifica realtà sanitaria.

I suddetti schemi integrativi approvati dalla giunta regionale comprendono le seguenti sezioni:

1. *La posta contabile* dove sono contenute le definizioni proposte dai principi contabili emanati dal Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e dei ragionieri per quanto concerne la natura della posta, la contabilizzazione (o modalità di rilevazione dei fatti di gestione in essa riepilogati) e le fonti normative che disciplinano il trattamento contabile dei fatti di gestione riguardanti la posta di bilancio.

2. *La rendicontazione* riguardante il contenuto dell'informazione da trasmettere, con particolare riferimento ai criteri di valutazione da utilizzare e l'informativa supplementare da rendere al lettore del bilancio.

3. *La gestione ed il controllo* dove hanno trovato collocazione i *principi del controllo interno*, ovvero gli obiettivi che il sistema di controllo interno all'azienda deve perseguire per assicurare l'attendibilità della posta di bilancio e le *procedure minime di controllo interno*, ovvero le basilari attività di controllo interno da attivare su ciascun ciclo contabile.

Per poter dare completa applicazione ai nuovi principi contabili, il Comitato regionale ha inoltre elaborato una *casistica*, documentazione che suggerisce trattamenti contabili per operazioni caratteristiche del settore sanitario pubblico.

Superato l'ostacolo dell'assenza di un corpo di principi contabili riconosciuti e riconoscibili ed avendo introdotto degli standard di controllo interno validati dalla Corte dei Conti (che ha partecipato alla loro definizione) e da una società di revisione (che si è, in seguito, pronunciato esprimendo giudizio positivo sulla capacità informativa dei bilanci delle aziende che li hanno adottati), la Regione ha successivamente chiesto (tramite un percorso di adeguamento analogo a quello proposto dallo IAS 8 (cfr. OIC, 2005) per il recepimento dei principi contabili internazionali dalle società quotate in borsa) a tutte le aziende di adeguare le valutazioni dei propri bilanci ai principi contabili nazionali così come integrati dalle indicazioni regionali attraverso il metodo retrospettivo.

In sostanza si è proceduto alla ricostruzione dei bilanci di apertura secondo principi contabili uniformi (i principi nazionali integrati da quelli regionali) ed alla correzione dei più significativi errori riscontrati nei diversi bilanci, garantendo non solo la comparabilità dei conti economici, ma l'omogeneità dei dati contenuti negli stati patrimoniali.

La certificazione positiva del bilancio¹⁶ dell'Asl 7 di Siena ed estesa successivamente alle altre aziende partecipanti alla sperimentazione¹⁷, a nostro giudizio, è stata logica conseguenza di quanto detto (oltretutto naturalmente del corretto funzionamento delle strutture amministrative delle aziende che hanno sottoposto il proprio bilancio al giudizio della società di revisione¹⁸).

In sostanza i quattro punti cardinali su cui impostare un corretto sistema di contabilità sono stati tutti rivisitati in quella sperimentazione ed hanno consentito la rimozione di tutti gli ostacoli preesistenti.

È interessante vedere, proprio in tema di controllo esterno come in quella Regione, subito dopo la certificazione del bilancio da parte di una società di revisione, si è proceduto ad attivare un ufficio di revisione interregionale per supportare il Dipartimento del Diritto alla salute e delle Politiche sociali nel controllo dei bilanci e nell'analisi dei dati di spesa.

Appare utile, a questo punto della trattazione, citare l'esperienza condotta in parallelo dalla Regione Umbria.

Anche la Direzione regionale sanità e servizi sociali di questa Regione, infatti, ha avviato, concomitantemente alla sperimentazione della Regione Toscana, un percorso finalizzato al recepimento, insieme ai principi contabili nazionali, dei *principi contabili regionali*.

La scelta, naturalmente, non nasce dalla volontà di imitare un modello, ma di costruire un set di regole che abbia valenza sovregionale.

Il risultato di tale lavoro, che ha peraltro portato le due Regioni a costituire un gruppo di lavoro interregionale, ha fatto sì che oggi esse adottino le stesse regole per rendicontare i propri dati di spesa, superando quello che a nostro giudizio è e resta il più grave limite contabile del sistema ovvero l'esistenza di «dialetti» regionali per la redazione dei bilanci.

In base a questi principi anche la Regione Umbria ha deciso di sottoporre i bilanci delle proprie aziende chiusi al 31/12/2007 a certificazione di bilancio.

6. Considerazioni conclusive

Stando così le cose ci dobbiamo chiedere quale sia il percorso da attivare per la misurazione dei risultati economici del servizio sanitario.

I dati pubblicati da riviste specializzate, quotidiani e osservatori pubblici e privati ci espongono, infatti, numeri sull'attuale situazione dei disavanzi delle Regioni, di cui è difficile ricostruire la provenienza.

Ci dobbiamo chiedere allora:

a) La perdita evidenziata in quasi tutte le Regioni viene ottenuta tramite un consolidamento di conti o, come invece è evidente, da una semplice somma algebrica di risultati di bilanci di esercizio?

b) Come si sono gestite contabilmente le significative partite infragruppo sia aziendale, che regionale che interregionale?

c) Che senso può avere comprendere in tale valore gli ammortamenti di cespiti ottenuti da valutazioni effettuate in sede di prima costituzione con la varietà di procedure evidenziate sopra?

d) Quali sistemi di controllo contabile interno sono stati attivati prima di rendere ufficiali tali valori?

e) Quale compatibilità esiste tra la somma dei risultati dei bilanci di esercizio e le analisi finanziarie relative al patto di stabilità a cui sono destinati questi numeri?

f) Quali sono i criteri contabili con cui vengono costruiti e rendicontati i piani di rientro delle Regioni meno virtuose?

g) Ma soprattutto quali principi contabili sono alla base delle cifre esposte?

È ragionevole ipotizzare che in questo momento si continuerà ad operare come nel passato e che la previsione di una revisione contabile di tutti i bilanci rimanga una prescrizione normativa senza sostanziale attuazione se non in isolate realtà che abbiano seriamente lavorato alla rimozione degli ostacoli sia normativi che organizzativi.

Resta ferma, però, l'esigenza di attivare al più presto, in particolare prima di un intervento fiscale, contributivo o peggio di taglio dei servizi, un serio sistema di monitoraggio dei dati contabili delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale in cui ad una determinata risorsa corrisponda un'attendibile misurazione contabile.

Oggi, dell'esistenza di questa biunivocità ci permettiamo di dubitare, ma, cosa che più conta, riteniamo si debba dubitare anche della possibilità di arrivarci senza un profondo ripensamento delle regole rilevative attuali.

In questo senso l'esperienza condotta dalla Regione Toscana insieme alla Regione Umbria appare come un'esperienza da cui difficilmente si può prescindere.

Il fatto che due Regioni abbiano recepito i principi contabili nazionali integrandoli con un sistema di regole, sia rilevative che di controllo interno, identiche e condivise, che superano il confine Regionale ed in base alle quali vengono operati i consolidamenti, le compensazioni e le comparazioni, è una novità di assoluto rilievo nel panorama nazionale.

Il fatto, poi, che alla definizione di queste regole abbia partecipato, in entrambe le Regioni, la Corte dei Conti e che i bilanci così ottenuti siano risultati certificabili positivamente da un soggetto esterno indipendente, impone, a questo punto, a tutto il sistema un passo in avanti che non può non essere alla base di un corretto modo di intendere l'autonomia regionale.

Note

1. Ci riferiamo a quanto statuito nell'accordo Stato-Regioni e nelle leggi finanziarie 2005 e 2006.
2. Ci riferiamo a quanto statuito dalla legge finanziaria 2006.
3. Siamo convinti che anche l'ultimo aggiornamento del modello (il nuovo CE scaturito dal progetto Mattoni) non si presenti come una vera ed efficace soluzione, ma, per le ragioni che esporremo anche nel seguito, costituisca un ulteriore elemento di confusione e complicazione contabile. Un approfondimento sulla tematica dei CE ministeriali e sulla logica della loro introduzione è affrontata in Martinelli (2002).
4. Per approfondimenti sugli aspetti istitutivi del sistema di monitoraggio nel nostro sistema si rinvia a E. JORIO (2005), *Diritto Sanitario*, Giuffrè, Milano.
5. Sulle caratteristiche degli schemi di bilancio contenuti nel decreto interministeriale e sui suoi limiti si veda Persiani (1999).
6. Per approfondimenti sul tema della comparabilità dei dati contabili e dei bilanci si rinvia alla lettura di Terzani (2002).
7. Per approfondimenti sulle relazioni tra sistema finanziario e sistema economico e i condizionamenti sulla normativa contabile nel Servizio sanitario si veda Anselmi (1996).
8. Sul ruolo e la funzione della nota integrativa e degli allegati di bilancio si rinvia alla lettura di Santesso, Sostero (2006).
9. Una completa analisi delle diverse normative regionali e la comparazione delle diverse soluzioni adottate sono presentate in Anessi Pessina (2004).
10. L'importanza ed il ruolo dei corretti principi contabili e il problema della contestualizzazione al settore pubblico sono approfonditi in Borgonovi (2004).
11. Un approfondimento sulle tematiche relative al bilancio di prima costituzione delle aziende sanitarie è affrontato in Persiani (2005).
12. Sul ruolo, la funzione e le caratteristiche del sistema di controllo interno contabile si rinvia alla lettura di Hinna, Messier (2007).
13. Ci riferiamo naturalmente al documento «*Linee guida per l'attuazione dell'articolo 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) per i collegi sindacali degli enti del servizio sanitario nazionale. Bilancio di esercizio al 31 dicembre 2006*».
14. Pur sapendo che il termine «certificazione di bilancio» è stato superato dalla normativa relativa alle società quotate, nel presente lavoro continuiamo ad utilizzarlo essendo quello indicato da tutta la normativa del settore.
15. Sulle caratteristiche degli incarichi di revisione, sui livelli di controllo e sulle relative relazioni si rinvia alla lettura di Mainardi (2004).
16. Intendendosi naturalmente, come da prassi delle società di revisione, del solo stato patrimoniale il primo anno e dell'intero bilancio dal secondo.
17. In Toscana sottopongono, ad oggi, i propri bilanci a revisione contabile di bilancio, oltre l'Asl 7 di Siena, l'Asl 4 di Prato, l'Asl 8 di Arezzo, l'Asl 10 di Firenze, l'Asl 11 di Empoli, l'Asl 12 di Viareggio.
18. Cfr. Marchi (2004).

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

- ANESSI PESSINA E. (2004), «L'informativa esterna di bilancio nelle aziende sanitarie pubbliche: quali progressi?», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea Milano.
- ANSELMINI L. (1996), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Il Sole 24 ore, Milano.
- BORGONOVINI E. (2004), «Principi contabili: anche nell'amministrazione pubblica?», *Azienda Pubblica*, 2.
- HINNA L., MESSIER W.F. (2007), *Auditing, fondamenti di revisione contabile*, Mc Graw Hill, Milano.
- JORIO E. (2005), *Diritto Sanitario*, Giuffrè, Milano.
- MAINARDI M. (2004), *I servizi di «assurance» e le relazioni emesse dalla società di revisione. Audit, review, agreed-upon procedures, compilation*, Franco Angeli, Milano.
- MARCHI L. (2004), *Revisione aziendale e sistemi di controllo interno*, Giuffrè, Milano.
- MARTINELLI M. (2002), *La contabilità ed il bilancio nelle Aziende Sanitarie*, Il Sole 24 ore, Milano.
- OIC, *Guida operativa per la transizione ai principi contabili internazionali*, Il Sole24 ore, Milano, 2005.
- PERSIANI N. (2005), *Il controllo contabile e gestionale nelle aziende sanitarie ed ospedaliere*, Quaderni del Seminario Permanente della Corte dei Conti, Roma.
- PERSIANI N. (1999), *L'introduzione della contabilità economica ed il nuovo sistema di bilancio nell'azienda sanitaria*, Cedam, Padova.
- SANTESSO E., SOSTERO U. (2006), *I principi contabili per il bilancio di esercizio*, Il Sole24ore, Milano.
- TERZANI S. (2002), *Il sistema dei bilanci*, Franco Angeli, 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

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.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Aiop

OSPEDALI & SALUTE. QUINTO RAPPORTO ANNUALE 2007

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, AIOP - ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA, PP. 332, € 20,00

Questa è la quinta edizione del Rapporto «Ospedali & Salute», che svolge una funzione di presidio costante di una realtà importante come quella dei servizi ospedalieri. Essi rappresentano un settore rilevante della spesa pubblica per la salute (più di metà delle risorse risulta ad essi dedicata) e contemporaneamente della vita di quei 12 milioni di cittadini che, a vario titolo, ogni anno varcano le soglie di un ospedale per visite, analisi, cure e interventi. Per non parlare dei quasi 650 mila operatori che quotidianamente esercitano la loro attività nei confronti dei pazienti. Il pregio di un Rapporto annuale è quello di tracciare un percorso fatto di costante interpretazione e contemporaneamente di servizio, da mettere a disposizione degli operatori, dei decisori e della pubblica opinione. Esso consente attraverso le sue diverse parti (fenomeni-chiave dell'anno, relazioni tra famiglie italiane e ospedalità, indicatori statistici) di poter misurare il polso dell'evoluzione della macchina ospedaliera come pure dell'opinione dei cittadini. Nel Rapporto 2007 si è posto l'accento sul diritto di accesso del cittadino al sistema ospedaliero considerato nel suo complesso (soggetti pubblici e soggetti privati), sottolineandone l'evoluzione in corso a livello nazionale ed europeo. Inoltre, si è richiamato l'impegno costante verso la crescita di qualità dei servizi, per la quale si è evidenziato un impegno forte da parte non solo delle strutture pubbliche ma anche da parte di quelle private accreditate, malgrado le logiche della spesa tendano a perpetuare condizioni di asimmetria di trattamento tra pubblico e privato accreditato. Un'attenzione specifica è stata data allo sviluppo di una «cultura della scelta» da parte della popolazione, che sempre più ricerca servizi ospedalieri maggiormente appropriati, indipendentemente dalla tipologia di strutture che li forniscono e del territorio in cui queste si trovano.

INDICE PRESENTAZIONE, ENZO PAOLINI - PARTE PRIMA. LA DIFFICOLTÀ DI COSTRUIRE UN'OFFERTA OSPEDALIERA DI SISTEMA - CAPITOLO 1. LA CRESCITA DELLA CULTURA DEL «CLIENTE» - CAPITOLO 2. L'EQUIPARAZIONE «NEGATA» DELLE DIVERSE STRUTTURE OSPEDALIERE - CAPITOLO 3. IL LENTO CAMMINO DEL DIRITTO DI LIBERO ACCESSO AI SERVIZI DA PARTE DEI CITTADINI EUROPEI - CAPITOLO 4. UN RINNOVO CONTRATTUALE GIOCATO CON REGOLE DIVERSE - CAPITOLO 5. IL CONFRONTO PUBBLICO/PRIVATO SUL CONTENIMENTO DELLA SPESA - CAPITOLO 6. LO SVILUPPO DELLA QUALITÀ MALGRADO TUTTO - CAPITOLO 7. LA SPINTA VERSO LA MOBILITÀ COME RICERCA DELL'APPROPRIATEZZA - CAPITOLO 8. UN SET DI INDICATORI PER L'OFFERTA E PER LA DOMANDA DI SERVIZI OSPEDALIERI - PARTE SECONDA. LA CONGIUNTURA SULLA FAMIGLIA ITALIANA E L'OSPEDALITÀ - CAPITOLO 9. UN'ESPERIENZA IN EVOLUZIONE QUALITATIVA - 9.1. I SEGNALI DI STABILIZZAZIONE DELLA DOMANDA - 9.2. LA DUPLICE MODALITÀ LOCALE/EXTRALocale - 9.3. LA CRESCITA DELLA CAPACITÀ DI SCELTA PREVENTIVA DA PARTE DEGLI UTENTI - 9.4. L'AUMENTO DELLA PROPENSIONE VERSO LA RICERCA DELL'OSPEDALE PIÙ APPROPRIATO DA PARTE DEI CITTADINI - CAPITOLO 10. LA VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE - 10.1. IL RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITÀ DI GIUDIZIO DEGLI UTENTI - 10.2. LA RIFORMA COME STRUMENTO DI GIUDIZIO - 10.3. L'ORIENTAMENTO MEDIAMENTE POSITIVO DEI CITTADINI VERSO GLI OSPEDALI - 10.4. LA CONOSCENZA IN LENTA CRESCITA DELLE POSSIBILITÀ DI SCELTA DA PARTE DEI CITTADINI - CAPITOLO 11. IL BILANCIO SULLE INFORMAZIONI FORNITE AL PAZIENTE - 11.1. TEMPI, SOGGETTI E MODALITÀ - 11.2. VALUTAZIONE DELLE DIVERSE INFORMAZIONI RICEVUTE - CAPITOLO 12. L'ESIGENZA DI DISPORRE DI UN EFFETTIVO SISTEMA OSPEDALIERO PUBBLICO/

PRIVATO - 12.1. UNA DOMANDA IN CRESCITA DA PARTE DEI CITTADINI - 12.2. IL DIFFICILE RAPPORTO TRA OPPORTUNITÀ DI SCELTA ED ONERI CONSEGUENTI - 12.3. LA RESISTENZA VERSO LA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI MINORI - 12.4. L'IMPORTANZA RICONOSCIUTA DI ASSICURARSI A FRONTE DI UNA PROPENSIONE EFFETTIVA ANCORA LIMITATA - PARTE TERZA. GLI INDICATORI STATISTICI - CAPITOLO 13. I DATI DI STRUTTURA - 13.1. LA PRESENZA DI ISTITUTI PUBBLICI E DI ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI - 13.2. LA DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO - 13.3. LA DOTAZIONE DI APPARECCHIATURE - CAPITOLO 14. I DATI DI ATTIVITÀ - 14.1. LE GIORNATE DI DEGENZA E IL TASSO DI UTILIZZO - 14.2. LE TIPOLOGIE DEI RICOVERI E DEI DIMESSI - 14.3. I DRG PIÙ DIFFUSI - 14.4. LE ATTIVITÀ CLASSIFICATE A SECONDA DELLE MAGGIORI CATEGORIE DIAGNOSTICHE - 14.5. LE ATTIVITÀ CLASSIFICATE PER DISCIPLINA - CAPITOLO 15. LE INFORMAZIONI SUL PERSONALE - 15.1. L'ANDAMENTO DEGLI ADDETTI NEL TEMPO - 15.2. LA SITUAZIONE DEGLI ADDETTI PER TERRITORIO - CAPITOLO 16. I DATI DI SPESA - 16.1. L'ANDAMENTO DEI FLUSSI NEL TEMPO - 16.2. LA SPESA SANITARIA A CONFRONTO - CAPITOLO 17. ALLEGATI - 17.1. LA METODOLOGIA SEGUITA - 17.2. INDICE DELLE TABELLE STRUTTURALI - 18.2. LE TABELLE DI DETTAGLIO SULLA CONGIUNTURA FAMIGLIE ITALIANE E OSPEDALITÀ.

Antonio Cadeddu, Ernesto D'Aloja, Gavino Faa, Vallisios Fanos, Alberto Granese, Pietro Rutelli (a cura di)

QUALITÀ E SANITÀ: UN DIALOGO PER L'UMANIZZAZIONE. FILOSOFIA, PEDAGOGIA, MEDICINA E PSICOLOGIA

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, PP. 270, € 22,50

La cultura tecnica ha specializzato i saperi, favorendo l'incremento degli standard di benessere dell'uomo malato, ma ne ha sovente frantumato l'identità e quindi i legami e le alleanze affettive e cognitive tra chi cura e chi è curato. Da oltre un decennio la sanità è sollecitata da un grande processo di cambiamento, determinato dall'impatto delle nuove tecnologie mediche e dall'introduzione di nuovi criteri di gestione, responsabilità ed economicità. È ora necessaria una nuova formulazione culturale del ruolo del personale sanitario, che consideri le sue competenze tecnico-specialistiche non il fine dell'azione professionale ma il mezzo per il benessere biologico e psicologico della persona. Le strutture ed i servizi del settore non devono essere organizzati solo per rispondere alle esigenze professionali di chi lavora, ma per soddisfare le aspettative delle persone per le quali lavorano. L'umanizzazione della sanità non consiste pertanto in una riduttiva idea di marketing relazionale, favorita per esempio dalle attività di customer satisfaction, ma da un profondo riesame del rapporto tra etica, competenza, partecipazione e responsabilità del risultato finale. Il testo è uno strumento di studio ed una proposta professionale utile per la ricomposizione del senso e del significato dell'agire sanitario: filosofi, pedagogisti, medici e psicologi hanno tracciato i lineamenti scientifici e didattici di un approccio multidisciplinare alla relazione medico-paziente e proposto un'ipotesi culturale e professionale per la formulazione di una nuova alleanza individuale ed organizzativa, tecnica e gestionale, tra i diversi soggetti in gioco sui temi della comunicazione, professione, arte, scienza, filosofia, pratica medica, valori, umanizzazione, benessere, rischio, indicatori, organizzazione, soddisfazione, volontariato, motivazioni.

INDICE PARTE I. UMANIZZAZIONE E SANITÀ - CAPITOLO 1. MODELLI INTERPRETATIVI DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE: LA COMUNICAZIONE DI CRISI - CAPITOLO 2. LA PROFESSIONE SANITARIA, LA MALATTIA E LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE - CAPITOLO 3. LA COMUNICAZIONE IN PEDIATRIA - CAPITOLO 4. ASPETTI MEDICO LEGALI DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE - CAPITOLO 5. LA MEDICINA TRA ARTE, SCIENZA E FILOSOFIA. PROFILI UMANISTICI DELLA PRATICA MEDICA - CAPITOLO 6. IL DIFFICILE RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE - PARTE II. RICERCHE: UMANIZZAZIONE, DINAMICHE PROFESSIONALI ED ORGANIZZAZIONE - CAPITOLO 7. IL PROCESSO COMUNICAZIONALE MEDICO-PAZIENTE: FRAMES SEMANTICI E NETWORK INTERPRETATIVI, NELLA GESTIONE QUALITATIVA DEL PROBLEM SOLVING RELAZIONALE - CAPITOLO 8. COMUNICAZIONE E UMANIZZAZIONE DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE: UNA PROSPETTIVA DI VALUTAZIONE PER INDICATORI - CAPITOLO 9. BENESSERE LAVORATIVO E RISCHIO PROFESSIONALE IN CAMPO SANITARIO - CAPITOLO 10. DALLA DIAGNOSI ORGANIZZATIVA ALLA PROSPETTIVA DELLA QUALITÀ TOTALE IN CAMPO SANITARIO - CAPITOLO 11. INDICI DI SODDISFAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - CAPITOLO 12. UMANIZZAZIONE E VOLONTARIATO: MOTIVAZIONI E VALORI - CAPITOLO 13. SINOSI BIBLIOGRAFICA DELLE RICERCHE NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Alfonso Mele, Enrico Materia, Giovanni Baglio, Salvatore De Masi, Luca Carra, Stefania Aprile (a cura di)

SALUTE E COMPLESSITÀ. VIAGGIO NEI CAMPI DEL SAPERE

IL MULINO, BOLOGNA, MANAGEMENT, ECONOMIA E POLITICA SANITARIA. COLLANA DELLA FONDAZIONE SMITH KLINE, 2007 PP. 150, € 12,00

Nell'ambito del settore sanitario e delle discipline biomediche è sempre più frequente il riferimento al concetto di complessità. A questa interpretazione della realtà e della conoscenza sono da ricondurre gli approcci interdisciplinari e la rivalutazione del contesto nella pratica clinica e nella ricerca. Ma parole come «integrazione», «elettismo metodologico», «incertezza», sono rintracciabili anche in altri campi del sapere, tanto che la complessità rappresenta l'umore oggi prevalente, «lo spirito del tempo» che pervade la società e la cultura. Allo scopo di approfondire la portata del cambiamento in corso tra i diversi modelli della conoscenza, questo volume raccoglie contributi di autorevoli esponenti di diversi ambiti disciplinari e offre una prima riflessione sulla complessità e sulle molteplici implicazioni nei campi del sapere.

INDICE 1. SALUTE E COMPLESSITÀ, ENRICO MATERIA E GIOVANNI BAGLIO - 2. L'ANTROPOLOGIA TRA INDIVIDUO E CONTESTO: UN'INTERPRETAZIONE SISTEMICA DELLA CONDIZIONE UMANA, TULLIO SEPPILLI - 3. COMPLESSITÀ, FISICA E BIOLOGIA, GIORGIO PARISI - 4. LA COMPLESSITÀ NELLA RELAZIONE PSICOANALITICA, SARO BRIZZI - 5. FUTURO DEI SISTEMI SANITARI TRA COMPLESSITÀ, MERCATO E CONFLITTI DI INTERESSE, GIANFRANCO DOMIGHETTI - 6. EVIDENCE-BASED MEDICINE FRA RAGIONE E PASSIONE, ALESSANDRO LIBERATI - 7. COMPRENDERE LA DIVERSITÀ UMANA ATTRAVERSO LO STUDIO DELLA STORIA, LUCA CAVALLI-SFORZA

Mauro Moruzzi (a cura di)

INTERNET E SANITÀ. ORGANIZZAZIONI E MANAGEMENT AL TEMPO DELLA RETE

FRANCO ANGELI, MILANO, 2008, LA SOCIETÀ INDUSTRIALE E POST-INDUSTRIALE - SEZIONE II - SAGGI, PP. 367, € 28,00

Internet sta sconvolgendo l'organizzazione della produzione e dei servizi. Ai manager delle aziende private e pubbliche giungono richieste per rispondere ad una domanda dei cittadini in rapidissima trasformazione. Le aziende devono abbandonare le forme gerarchiche e diventare orizzontali, fluide, organiche, perfino ondulate per essere aderenti agli stili di vita della gente. L'incontro con la nuova rete fa scoprire un mondo di nodi, hub e link. Il nuovo management della sanità ha il compito di progettare il (e)Welfare del futuro. Il libro ripercorre un lungo cammino, dalla ricerca antropologica di un «codice organizzativo» originario, gerarchico, alla comparsa della rete: una forma organizzativa per produrre comunicazione, capitale d'informazione, che faccia dialogare le persone tra di loro e con le organizzazioni. Dalla razionalità del pensiero industriale e burocratico si giunge all'era «informazionale» della società in rete, delle e-care company e a quella «post-informazionale», dove le forme del potere si «nebulizzano» e trionfa la cultura wiki del cittadino auto-produttore. Una sanità del new welfare deve partire da una gestione ambientale dei progetti di salute e assistenza, in cui l'azienda sanitaria costruisca percorsi individuali di salute/malattia assieme al cittadino. Quest'ultimo diventa un citizen manager, di ogni età e cultura, gestore di se stesso e della propria salute. La sanità è dunque ripensata su tre livelli: quello primario, home terminal e delle reti e-care; quello territoriale e quello delle cure intensive, tecnologico-ospedaliero. Le reti di sanità – non solo tecnologiche, ma vere organizzazioni per comunicare – si offrono come nuovo scenario dell'assistenza: dall'accesso, alla presa in carico dell'utente, ai medici on line. I modelli regionali della sanità e delle Asl cercheranno il proprio adeguamento in questo nuovo contesto in cui il fattore tecno-comunicativo diviene determinante. Si prefigura dunque un nuovo genere di Asl, polo della managerialità dell'e-health, ma anche nuova azienda al tempo di Internet.

INDICE SGUARDO D'INSIEME. PREFAZIONE, DERRICK DE KERCKHOVE - POST-FAZIONE. QUANDO LE RETI CRESCONO, I MURI CROLLANO, LELLA MAZZOLI - CAPITOLO 1. PERSONE E ORGANIZZAZIONI - 1.1. UN DNA PIRAMIDALE; ENERGIA

RELAZIONALE; PRODOTTO (E SOTTOPIRODOTTO) ORGANIZZATIVO - 1.2. CODICE GENETICO E DINAMICHE ORGANIZZATIVE - 1.3. SISTEMI ORGANIZZATIVI GENERALI E SOTTO-SISTEMI; SISTEMI ORGANIZZATIVI SEMPLICI, AMBIENTI DI RIFERIMENTO, SISTEMI SOCIALI E COMPLESSI - 1.4. DUPLICE RAPPORTO TRA PERSONE E ORGANIZZAZIONI - CAPITOLO 2. RAPPORTI INTERORGANIZZATIVI E AMBIENTALI - 2.1. ORGANIZZAZIONE ESTESA E RAPPORTI TRA ORGANIZZAZIONI - 2.2. A-ORGANIZZAZIONI, CITTADINO-AMBIENTE E NUOVA SOGGETTIVITÀ - 2.3. DOMANDA DI COMUNICAZIONE, CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI E PERSONALIZZAZIONE DEL PRODOTTO - 2.4. DISPERSIONE DI RISORSE - CAPITOLO 3. RAPPORTI INTERORGANIZZATIVI - 3.1. I DUE LINK DELL'OUTPUT E DELL'INPUT: PERSONE INTEGRATE E SPECIFICHE - 3.2. RICORSIVITÀ TRA AMBIENTI, ORGANIZZAZIONI E NODO DI POTERE - 3.3. SOTTO-SISTEMI, AMBIENTI INTERNI, PRATICHE ORGANIZZATIVE E CONTRADDIZIONI SISTEMICHE - 3.4. ASSIMILAZIONE DI CULTURA E ARTEFATTI - 3.5. MISSION, VISION E BUROCRAZIA - CAPITOLO 4. LA RETE - 4.1. UN FRAMMENTO DELL'UNIVERSO INTERNET - 4.2. AMBIENTE E ORGANIZZAZIONE ESTESA DELLA RETE - 4.3. RETI, SOTTO-RETI, E SISTEMA E-CARE - 4.4. PLURISPECIFICAZIONE E PLURI-ATTIVITÀ - 4.5. MODELLI DI COMUNICAZIONE AL TEMPO DELLA RETE - 4.6. G-COMMUNICATION, TAG E COMUNITÀ VIRTUALE - CAPITOLO 5. LE RAZIONALITÀ ORGANIZZATIVE E IL PENSIERO INFORMATIZIONE - 5.1. MAPPE; LA CRITICA MODERNISTICA E LA NUOVA RAZIONALITÀ - 5.2. IL POTERE FRAMMENTATO - 5.3. L'ORGANIZZAZIONE INFORMATIZIONE - CAPITOLO 6. LE FORME ORGANIZZATIVE CLASSICHE E MODERNE - 6.1. LE FORME CLASSICHE; LE FORME MODERNE E IL LAVORO PER PROGETTI; LA TRIDIMENSIONALITÀ E OUTSOURCING INTERNO - 6.2. LE STRUTTURE ORIZZONTALI; STRUTTURA PER PROCESSI - 6.3. ORGANIZZAZIONE PER TEAM E FORME ONDULATE - CAPITOLO 7. L'IMPRESA INFORMATIZIONE - 7.1. FORME INFORMAZIONALI E MODELLI NET-BUSINESS - 7.2. LE MATRIX - 7.3. IL GRAFO DEI PROCESSI; LE FORME POST-INFORMAZIONALI E LA MATRICE ORGANICA - 7.4. RETE ONDULATA TEMPORALE, MAPPE E MATRICI - 7.5. L'IMPRESA AL TEMPO DI INTERNET - 7.6. L'E-CARE COMPANY; LA QUALITÀ INFORMATIZIONE - 7.7. RAPPORTI DI POTERE E PROCESSI DECISIONALI NELL'IMPRESA INFORMALE - CAPITOLO 8. LA GESTIONE AMBIENTALE DEI PROGETTI - 8.1. IL CITIZEN MANAGEMENT; PROGETTARE CON L'AMBIENTE - 8.2. PRODOTTO ORGANIZZATIVO-AMBIENTALE - CAPITOLO 9. E-WELFARE - 9.1. CRISI COMUNICAZIONALE E AUTOREFERENZIALITÀ NEL WELFARE - 9.2. «CRISI PRODUTTIVA», MISSION IMPROPRIE E MODELLI REGIONALI - 9.3. MODELLI REGIONALI E NUOVE FORME DI STABILITÀ RELAZIONALI - 9.4. LA SANITÀ A TRE STADI - 9.5. L'ANZIANO, IL PRIMO UTENTE DELLA RETE - CAPITOLO 10. RETI DI SANITÀ - 10.1. RETI E DATI DEL CITTADINO: LA CONOSCENZA CHE RITORNA - 10.2. LE RETI DELL'ACCESSO - 10.3. RETI E-CARE SOCIO-SANITARIE - 10.4. MEDICI DI FAMIGLIA ON LINE E ALTRE RETI - 10.5. MORFOLOGIA E GOVERNO DELLE RETI - CAPITOLO 11. IMPRESA DELL'E-WELFARE - 11.1. LA NUOVA ECONOMIA DEL WELFARE: LA PERSONA DIVENTA UN PROGETTO - 11.2. OLTRE LE ASL: IL MODELLO EUROPEO - 11.3. PIRAMIDI ED EVOLUZIONI VERTICALI - 11.4. EVOLUZIONI ORIZZONTALI E NUOVI MODELLI - 11.5. EVOLUZIONI TRIDIMENSIONALI, ESTENSIONI, INTEGRAZIONI E NUOVA MANAGERIALITÀ - CAPITOLO 12. CONCLUSIONI

Ivana Pelliccioli

**LA VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.
STRUMENTI OPERATIVI**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, AZIENDA MODERNA, PP. 137, € 14,50

Nella Sanità la valutazione dei dirigenti è stata introdotta dal contratto del 1996, ma solo con quello del 2000 le aziende hanno ricevuto l'obbligo di regolamentare le modalità con cui procedere alla valutazione. Questo testo, partendo da un'esperienza, si propone come chiave di lettura di uno dei capitoli più interessanti (e forse meno applicati) del processo di rinnovamento della pubblica amministrazione anche per coloro che sono oggetto di valutazione. Conoscere le regole e i meccanismi del processo di valutazione aiuta, infatti, a dividerne le finalità e a dare una lettura in positivo di uno strumento che, se ben gestito, può essere una leva strategica per il cambiamento. Si tratta sostanzialmente di uno strumento di lavoro che, ben lontano dall'idea di proporre modelli e soluzioni uguali per tutte le realtà, vuole mettersi al servizio sia di chi si trova a gestire quotidianamente i problemi della valutazione (direttori generali e alta dirigenza, responsabili delle risorse umane, responsabili delle unità operative o dei settori che si occupano di valutazione, dirigenti, rappresentanti sindacali), sia di quanti pensano che attraverso l'applicazione corretta della valutazione si possa concretamente partecipare al processo di rinnovamento della pubblica amministrazione in modo da renderla apprezzata, utile, credibile e adeguata a rispondere ai diritti essenziali di tutti i suoi utenti.

INDICE COME NASCE QUESTO LIBRO, ALBERTO CASELLA - PREFAZIONE, MARA BERGAMASCHI - PREMessa - INTRODUZIONE - PARTE PRIMA. COSTRUIRE E GESTIRE IL SISTEMA DI VALUTAZIONE - CAPITOLO 1. I FONDAMENTI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE - CAPITOLO 2. LE FASI DELLA PROGETTAZIONE - 2.1. LA VALUTAZIONE NEI CONTRATTI DI LAVORO - 2.2. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDALE E L'INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI RESPONSABILITÀ PER LA VALUTAZIONE -

2.3. L'OGGETTO DELLA VALUTAZIONE - 2.4. GLI STRUMENTI, LE PROCEDURE E LE CONSEGUENZE DELLA VALUTAZIONE - CAPITOLO 3. I CONFLITTI DELLA VALUTAZIONE - 3.1. LA RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE - PARTE SECONDA. GLI STRUMENTI DELLA VALUTAZIONE - CAPITOLO 1. INTRODUZIONE - CAPITOLO 2. LA SCHEDE DI VALUTAZIONE - 2.1. SCHEDE PER LA VALUTAZIONE ANNUALE DEI RISULTATI - 2.2. SCHEDE PER LA VALUTAZIONE PERIODICA PROFESSIONALE DEI DIRIGENTI SANITARI - 2.3. SCHEDE PER LA VALUTAZIONE ANNUALE DEI DIRIGENTI DI STRUTTURA - CAPITOLO 3. LA GUIDA OPERATIVA PER VALUTATORI E VALUTATI - 3.1. INTRODUZIONE; CHI, PERCHÉ, CHE COSA E COME; IL PROCESSO DI VALUTAZIONE - 3.2. COME UTILIZZARE LE SCHEDE DI VALUTAZIONE - CAPITOLO 4. I REGOLAMENTI - PARTE TERZA. LA QUALITÀ PER LA VALUTAZIONE - CAPITOLO 1. PROCEDURE E PROTOCOLLI - 1.1. PROCEDURA GENERALE SISTEMA DI VALUTAZIONE - 1.2. PROTOCOLLO PER LA PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DA METTERE A DISPOSIZIONE DEL COLLEGIO TECNICO PER LA VALUTAZIONE DI SECONDA ISTANZA - 1.3. PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLE PROCEDURE PER LA VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA SANITARIA FINALIZZATE ALL'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ - 1.4. PROTOCOLLO PER L'ATTIVAZIONE E LA GESTIONE DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELLA DIRIGENZA MEDICA, SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA DEL SSN - APPENDICI - 1. SOLUZIONI PER ALCUNI DUBBI APPLICATIVI DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE - 2. CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI (DPCM 28/11/2000) - CONCLUSIONI

Silvio Scanegatta, Annarita Furlanetto (a cura di)

VOCI E CONSENSO IN SANITÀ. SODDISFAZIONE E LEGITTIMAZIONE DEI CITTADINI NELLA REGIONE VENETO

FRANCO ANGELI, MILANO, 2007, SALUTE E SOCIETÀ - RICERCA E SPENDIBILITÀ, PP. 307, € 23,00

I sistemi sanitari sono alla ricerca di un modello di erogazione dei servizi che il cittadino possa sentire, per quanto possibile, come proprio. La consapevolezza che tutti i portatori di interesse (stakeholder) influenzano i processi per la salute rende necessario prevedere ruoli, responsabilità, ambiti e modalità di coinvolgimento. Se la qualità può essere definita come la globalità degli aspetti e delle caratteristiche di un servizio, da cui dipendono le sue capacità di soddisfare completamente o in parte un dato bisogno, il monitoraggio della qualità percepita assume lo specifico significato di uno strumento utile al miglioramento continuo del servizio. Presupposti e riflessioni teoriche, risultati di un'indagine svolta nella Regione Veneto, analisi qualitative e quantitative delle segnalazioni delle Aziende sanitarie, sono i contenuti di questo volume volto a fornire nuovi elementi per favorire l'ascolto e la partecipazione dei cittadini, al fine di costruire il consenso e la legittimazione dei fruitori del sistema sanitario. Le esperienze, qui riportate, di alcune aziende sanitarie sono corredate da informazioni e strumenti di lavoro, frutto di un lungo percorso operativo e di una maturazione professionale delle organizzazioni sanitarie del Veneto.

INDICE PRESENTAZIONE, FRANCESCA MARTINI - PREMessa, ANGELO LINO DEL FAVERO - INTRODUZIONE, ONOFRIO LAMMANNA - PARTE I. IL CONTESTO - CAPITOLO 1. GLI UFFICI PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO DELLA SANITÀ DELLA REGIONE VENETO: «COORDINARSI» PER ASCOLTARE I CITTADINI-UTENTI, MICHELE TRIGLIONE - 1.1. LA RIFORMA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E LA COMUNICAZIONE - 1.2. QUALI GLI EFFETTI CHE SONO DERIVATI DALL'ISTITUZIONE DEGLI URP? - 1.3. IL RUOLO DELLA GIUNTA REGIONALE DEL VENETO NELLO SVILUPPO DEGLI URP/SANITÀ; LA NASCITA DEL COORDINAMENTO DEGLI URP/SANITÀ DEL VENETO - 1.4. UNA RICERCA: DALL'IDEALTIPO LEGISLATIVO ALLA REALTÀ DEGLI URP NELLA SANITÀ DEL VENETO - 1.5. QUALE FUTURO PER GLI URP? - CAPITOLO 2. LA CITIZENSHIP NEI SERVIZI SANITARI, SILVIO SCANAGATTA - 2.1. IL POTERE DEL CONSUMATORE - 2.2. LE ECCELENZE STRUTTURALI - 2.3. LA MOLTIPLICAZIONE DELLE ÉLITE E LE NUOVE POVERTÀ - 2.4. LA VOCE DEL CONSUMATORE - 2.5. I FRUITORI DI SERVIZI PUBBLICI - 2.6. IL CONSUMISMO DEI DIRITTI E LE NUOVE POVERTÀ - 2.7. CAPITALE UMANO E PROCESSI DI LEGITTIMAZIONE - 2.8. CAPITALE SOCIALE E AGGREGAZIONE SUI BISOGNI - 2.9. SALUTE E STRUTTURA SANITARIA - 2.10. L'OPINIONE COME VALUTAZIONE DI QUALITÀ - 2.11. LA SODDISFAZIONE DEL CITTADINO COME STRUMENTO DI SCAMBIO - 2.12. RILEVARE L'OPINIONE COLLETTIVA; IL FUTURO DELLE RELAZIONI CON IL PUBBLICO - CAPITOLO 3. LA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE, SILVANA BORTOLAMI - PARTE II. LA QUALITÀ PERCEPITA - CAPITOLO 4. MODELLI DI CUSTOMER SATISFACTION IN SANITÀ, KATIA DA ROS - 4.1. UN BREVE SGUARDO CONOSCITIVO ALLA LETTERATURA - 4.2. CARTA DEI SERVIZI E CUSTOMER SATISFACTION IN SANITÀ: IL MODELLO DEL MINISTERO DELLA SALUTE - 4.3. ESPERIENZE VENETE DI RILEVAZIONE DELLE CUSTOMER SATISFACTION - 4.4. CARATTERISTICHE DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI - 4.5. LE RIFLESSIONI DEL GRUPPO DI LAVORO - CAPITOLO 5. QUALITÀ PERCEPITA: VISSUTO DEI CITTADINI DEI SERVIZI SANITARI DEL VENETO, BARBARA SEGATTO - 5.1. INTRODUZIONE; OBIETTIVI E STRUMENTO DELLA RICERCA - 5.2. CAMPIONAMENTO E CAMPIONE - 5.3. PERCEZIONE DI VICINANZA - 5.4. UTILIZZO DEI SERVIZI - 5.5. PERCEZIONE DI ACCESSIBILITÀ - 5.6. QUALITÀ PERCEPITA DEI SERVIZI SANITARI - 5.7. INFORMAZIONI SUI SERVIZI - 5.8. SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO/PRIVATO E LEGITTIMAZIONE DEI SERVIZI - 5.9. FIGURE

PROFESSIONALI E IDEA DI ETICA IN SANITÀ - 5.10. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - PARTE III. LE SEGNALAZIONI - CAPITOLO 6. IL VALORE DEL RECLAMO, *COSTANTINO CIPOLLA, CINZIA PIZZARDO* - 6.1. IL RECLAMO NEL QUADRANTE DELLA QUALITÀ PERCEPITA - 6.2. PER UNA DEFINIZIONE DEL RECLAMO - 6.3. IL CIRCOLO DEL RECLAMO - CAPITOLO 7. IL VISSUTO DEI SERVIZI SANITARI ATTRAVERSO IL RECLAMO: TEXT ANALYSIS DELLE SEGNALAZIONI RACCOLTE DALLE AZIENDE ULSS DEL VENETO, *PAOLA CESTARO* - 7.1. INTRODUZIONE - 7.2. IL DISEGNO DELLA RICERCA - 7.3. LE ANALISI SVOLTE E LE EVIDENZE EMERSE - 7.4. APPROFONDIMENTI SULLA DIMENSIONE ORGANIZZATIVA E BUROCRATICA DEL SERVIZIO SANITARIO - 7.5. APPROFONDIMENTI SU PRESTAZIONE SANITARIA E RELAZIONE CON IL MEDICO - 7.6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE - CAPITOLO 8. UNA RICERCA SUL RECLAMO OLTRE IL RECLAMO, *CINZIA PIZZARDO* - 8.1. LA METODOLOGIA UTILIZZATA: UN APPROCCIO INTEGRATO E PLURIDIMENSIONALE - 8.2. LE FINALITÀ DELLA RICERCA - 8.3. LA CO-ISTITUZIONE DELL'INFORMAZIONE ELEMENTARE: I RECLAMI - 8.4. IL TRATTAMENTO DEI DATI: IL RECLAMO FRA QUALITÀ E QUANTITÀ - 8.5. I «VALORI» DEL RECLAMO - 8.6. ASPETTI DEL RECLAMO E DIFFERENZE DI GENERE - 8.7. OLTRE LA CLASSIFICAZIONE. QUALI ALTRI ASPETTI NEL RECLAMO? - 8.8. ALCUNE IPOTESI DI MIGLIORAMENTO PER LA CLASSIFICAZIONE DEI RECLAMI - PARTE IV. LE ESPERIENZE - CAPITOLO 9. QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA SULL'ATTIVITÀ DI SCREENING DEI TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO DELL'AZIENDA ULSS 1, *ANTONIA DELAITO, JACOPO MASSARO* - CAPITOLO 10. INDAGINE QUALITATIVA DI QUALITÀ PERCEPITA: UN'ESPERIENZA DI ASCOLTO DEI CITTADINI DELL'AZIENDA ULSS 2 DI FELTRE, *BORTOLO SIMONI, FRANCESCO BENAZZI, ROSANNA CANOVA* - 10.1. IL PROGETTO - 10.2. CONCLUSIONI - CAPITOLO 11. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELLA DEGENZA OSPEDALIERA: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA ULSS 5 OVEST VICENTINO, *DANIELA CARRARO* - 11.1. AVVIO DELL'INDAGINE SULLA QUALITÀ PERCEPITA - 11.2. I RISULTATI DELL'ANNO 2006 - 11.3. COMUNICAZIONE DEI RISULTATI - 11.4. CONCLUSIONI - CAPITOLO 12. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA: SPERIMENTAZIONE DELL'USO DEL LETTORE OTTICO PRESSO L'AZIENDA ULSS 6 DI VICENZA, *SONIA CAROLLO* - 12.1. CARATTERISTICHE DELLA RICERCA - 12.2. SPERIMENTAZIONE DEGLI STRUMENTI E DEL SISTEMA - 12.3. LA TECNOLOGIA DI SUPPORTO - 12.4. CONCLUSIONE - CAPITOLO 13. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA ULSS 7 DEL VENETO: DALLA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO ALL'UTILIZZO DI NUOVE STRATEGIE COMUNICATIVE, *GIAN ANTONIO DEI TOS, MANUELA GIUSTI* - CAPITOLO 14. LA PIANIFICAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DELL'UTENZA FINALE E INTERNA: LA RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DELL'AZIENDA ULSS 9 DI TREVISO, *ANNARITA FURLANETTO, VALENTINA GOBBETTO, GIANLUIGI SCANNAPIECO, ELISABETTA RONCORONI, CLAUDIO DARIO* - 14.1. PIANIFICARE LA QUALITÀ PERCEPITA - 14.2. LA RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DEGLI OPERATORI RELATIVA AL SERVIZIO FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO - CAPITOLO 15. CONSIDERAZIONI SU UN QUESTIONARIO DI GRADIMENTO SOMMINISTRATO AI PARENTI DEI RICOVERI PRESSO LA RIANIMAZIONE DELL'ULSS 10 DI S. DONÀ DI PIAVE, *EMILIO DE NOBILI, MARIO CASARIN* - CAPITOLO 16. IL SISTEMA DELLA QUALITÀ PERCEPITA NELL'AZIENDA ULSS 17: LA PROCEDURA E GLI STRUMENTI DI RILEVAZIONE, *MAURIZIO AGNOLETTI, CHIARA BOVO, EMANUELA BUGGIO, VANNA CANNELLA, DANIELA MAGGIO, MARIA VITTORIA NESOTI, GUSTAVO RIZZATO* - 16.1. INTRODUZIONE - 16.2. QUESTIONARIO PER PRESTAZIONI DI RICOVERO ORDINARIO - 16.3. QUESTIONARIO PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI - 16.4. PROCEDURA OPERATIVA - CAPITOLO 17. SISTEMA AZIENDALE DI RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA ULSS 22 DI BUSSOLENGO, *DANIELA FASOLI* - 17.1. IL PROGETTO «ANALISI DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE» - 17.2. LA STORIA - 17.3. LA SCELTA DEGLI STRUMENTI - 17.4. IL METODO DI RILEVAZIONE - 17.5. LE VERIFICHE DI VALIDAZIONE DEL SISTEMA - 17.6. LA RICONSEGNA DEI DATI - 17.7. L'UTILIZZO DEI DATI - CAPITOLO 18. LA PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO ALLE STRATEGIE AZIENDALI. L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, *SILVANA BORTOLAMI, BARBARA DIDONÈ* - 18.1. LA PREPARAZIONE DELLA RICERCA - 18.2. LA RACCOLTA DEI DATI - 18.3. L'ELABORAZIONE E L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI - 18.4. LA PRESENTAZIONE E L'UTILIZZO DEI RISULTATI - 18.5. ESPERIENZE - ALLEGATI

SPOGLIO RIVISTE

MECCANISMI DI MERCATO

FORD E.W., SCANLON D.P.

Promise and problems with supply chain management approaches to health care purchasing
Health Care Management Review, Vol. 32, Number 3, Jul-Sep. 2007, pp. 192-202

YING X.H., HU T.W., REN J., CHEN W., XU K., HUANG J.H.

Demand for private health insurance in Chinese urban areas
Health Economics, Vol. 16, Number 10, Oct. 2007, pp. 1041-50

LIU X., HOTCHKISS D.R., BOSE S.

The impact of contracting-out on health system performance: a conceptual framework
Health Policy, Volume 82, Number 2, Jul. 2007, pp. 200-211

PEARSON S., LITTLEJOHNS P.

Reallocating resources: how should the National Institute for Health and Clinical Excellence guide disinvestment efforts in the National Health Service?
Journal of Health Services Research & Policy, Vol. 12, Number 3, Jul. 2007, pp. 160-165

WRIGHT D.J.

Specialist payment schemes and patient selection in private and public hospitals
Journal of Health Economics, Volume 26, Number 5, 1st Sep. 2007, pp. 1014-1026

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE E SISTEMI DI FINANZIAMENTO

ANTIOCH K.M., ELLIS R.P., GILLET T.S., BOROVNICAR D., MARSHALL R.P.

Risk adjustment policy options for casemix funding: international lessons in financing reform
Journal of European Health Economics, Volume 8, Number 3, September 2007, pp.195-212

BHALOTRA S.

Spending to save? State health expenditure and infant mortality in India
Health Economics, Volume 16, Number 9, Sep. 2007, pp. 911-928

DUSHEIKO M., GRAVELLE H., YU N., CAMPBELL S.

The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: evidence from fundholding
Journal of Health Economics, Volume 26, Number 4, 1st Jul. 2007, pp. 742-762

MARAZZI A., GARDIOL L., DUONG H.D.

New approaches to reimbursement schemes based on patient classification systems and their comparison
Health Services Management Research, Volume 20, Number 3, Aug. 2007, pp. 203-210

THEURL E., WINNER H.

The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria
Health Policy, Volume 82, Number 3, Aug. 2007, pp. 375-389

ECONOMIA DEL FARMACO

GARATTINI L., CORNAGO D., DE COMPADRI P.

Pricing and reimbursement of in-patent drugs in seven European countries: a comparative analysis
Health Policy, Volume 82, Number 3, Aug. 2007, pp. 330-339

GRAF J.-M., SCHULENBURG V.D., VAUTH C., MITTENDORF T., GREINER W.

Methods for determining cost-benefit ratios for pharmaceuticals in Germany
The European Journal of Health Economics, Volume 8, Supplement 1, September 2007, pp. 5-31

PUIG-JUNOY J., MORENO-TORRES I.

Impact of pharmaceutical prior authorisation policies : a systematic review of the literature
Pharmacoeconomics, Volume 25, Number 8, 2007, pp. 637-648

THORNTON S.

Drug price reform in the UK: debunking the myths
Health Economics, Volume 16, Number 10, Oct. 2007, pp. 981-992

ANALISI DEI SISTEMI SANITARI

BOUTSIOLI Z.

Concentration in the Greek private hospital sector: a descriptive analysis
Health Policy, Volume 82, Number 2, Jul. 2007, pp. 212-225

CUSTERS T., ARAH O.A., KLAZINGA N.S.

Is there a business case for quality in The Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system
Health Policy, Volume 82, Number 2, Jul. 2007, pp. 226-239

DUMMER T.J., COOK I.G.

Exploring China's rural health crisis: processes and policy implications
Health Policy, Volume 83, Number 1, Sep. 2007, pp. 1-16

FENN P., GRAY A., RICKMAN N.

Liability, insurance and medical practice

Journal of Health Economics, Volume 26, Number 5, 1st Sep. 2007, pp. 1057-1070

MARINI G., STREET A.

A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS

Health Policy, Volume 83, Number 1, Sep. 2007, pp. 17-26

SALTER B.

Governing UK medical performance: a struggle for policy dominance

Health Policy, Volume 82, Number 3, Aug. 2007, pp. 263-275

PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

CASTELLI A., DAWSON D., GRAVELLE H., STREET A.

Improving the measurement of health system output growth

Health Economics, Volume 16, Number 10, Oct. 2007, pp. 1091-1107

FRENCH F., IKENWILO D., SCOTT A.

What influences the job satisfaction of staff and associate specialist hospital doctors?

Health Services Management Research, Volume 20, Number 3, Aug. 2007, pp. 153-161

KANKAANRANTA T., NUMMI T., VAINIOMÄKI J., HALILA H., HYPPÖLÄ H., ISOKOSKI M., KUJALA S., KUMPUSALO E., MATTILA K., VIRJO I., VÄNSKÄ J., RISSANEN P.

The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private

Health Policy, Volume 83, Number 1, Sep. 2007, pp. 50-64

LONGO F.

Implementing managerial innovations in primary care: can we rank change drivers in complex adaptive organizations?

Health Care Management Review, Jul-Sep 2007, Volume 32, Number 3, pp. 213-225

MARCON E., PANOZZO F., SCANNAPIECO G., DARIO C.

Professione medica e cultura manageriale. Il budget come terreno di confronto tra prospettive di governo dell'Azienda sanitaria

Sanità Pubblica e Privata, Numero 4, Luglio-Agosto 2007, pp. 75-87

CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI

CREMS (A CURA DI)

Le infrastrutture nazionali in ICT per la sanità secondo il Global Observatory for e-Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Sanità Pubblica e Privata, Numero 3, Maggio-Giugno 2007, pp. 89-90

ESPOSITO F., ACCARDO F.

Il modello contabile in sanità tra vincoli di spesa promozione della salute

Organizzazione Sanitaria, Volume 31, Numero 1, 2007, pp. 24-35

SICILIANI L., MARTIN S.

An empirical analysis of the impact of choice on waiting times

Health Economics, Volume 16, Number 8, Aug. 2007, pp. 763-779

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

DJELLAL F., GALLOUJ F.

Innovation in hospitals: a survey of the literature

The European Journal of Health Economics, Volume 8, Number 3, September 2007, pp. 181-193

HANRATTY B., CRAIG D., NIXON J., RICE S., CHRISTIE J., DRUMMOND M.

Are the best available clinical effectiveness data used in economic evaluations of drug therapies?

Journal of Health Services Research & Policy, Volume 12, Number 3, Jul. 2007, pp. 138-141

HUGHES D.

When drugs don't work: economic assessment of enhancing compliance with interventions supported by electronic monitoring devices

Pharmacoeconomics, Volume 25, Number 8, 2007, pp. 621-635

MILLER E.A.

Solving the disjuncture between research and practice: telehealth trends in the 21st Century

Health Policy, Volume 82, Number 2, 2007 Jul., pp. 133-141

VALUTAZIONI ECONOMICHE

GREEN C.

Modelling disease progression in Alzheimer's disease: a review of modeling methods used for cost-effectiveness analysis

Pharmacoeconomics, Volume 25, Number 9, 2007, pp. 735-750

HANRATTY B., CRAIG D., NIXON J., RICE S., CHRISTIE J., DRUMMOND M.

Are the best available clinical effectiveness data used in economic evaluations of drug therapies?

Journal of Health Services Research & Policy, Volume 12, Number 3, Jul. 2007, pp. 138-141

KONNOPKA A., KÖNIG H.H.

Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany

Pharmacoeconomics, Volume 25, Number 7, 2007, pp. 605-618

PROSSER L.A., HAMMITT J.K., KEREN R.

Measuring health preferences for use in cost-utility and cost-benefit analyses of interventions in children: theoretical and methodological considerations

Pharmacoeconomics, Volume 25, Number 9, 2007, pp. 713-726

STEVENS K., MCCABE C., BRAZIER J., ROBERTS J.

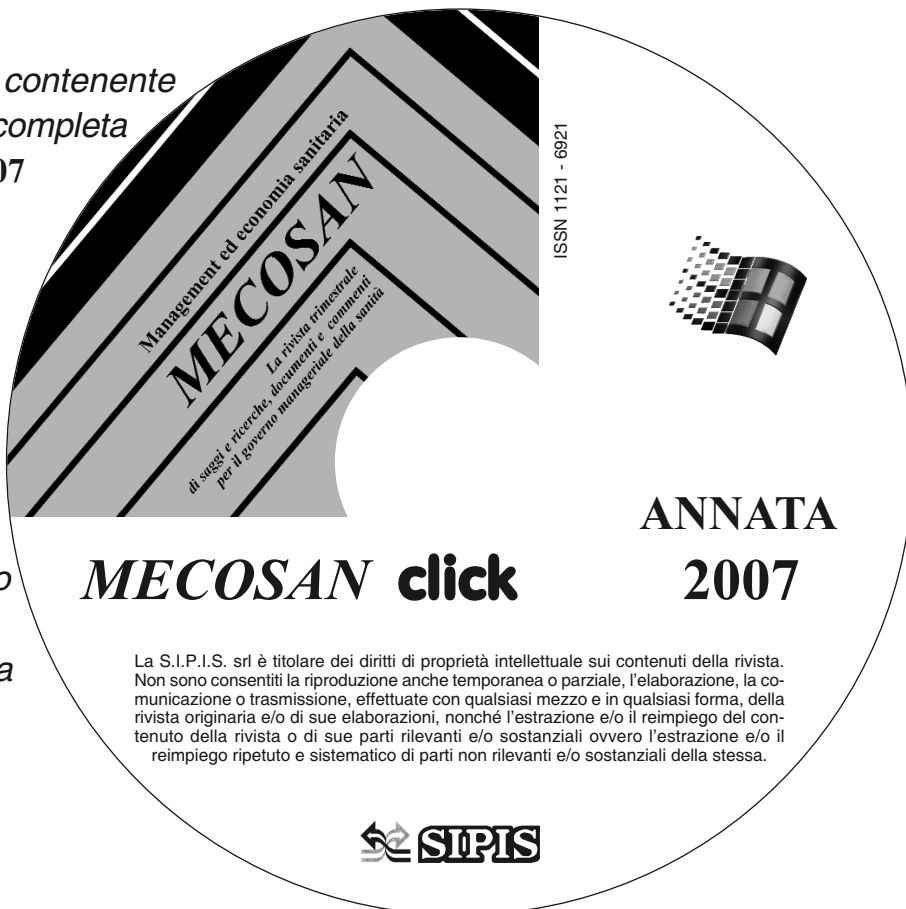
Multi-attribute utility function or statistical inference models: a comparison of health state valuation models using the HUI2 health state classification system

Journal of Health Economics, Volume 26, Number 5, 1st Sep. 2007, pp. 992-1002

È in distribuzione il CD-ROM contenente
la copia esatta della raccolta completa
dei fascicoli di **MECOSAN 2007**

in un unico CD-ROM,
in formato PDF,
al prezzo di **€ 280,00**
oppure, per coloro
che sono già abbonati
a **MECOSAN 2007**, **€ 150,00**.

Per coloro
che hanno già sottoscritto
l'abbonamento al supplemento
MECOSAN click 2007
il CD-ROM contenente l'intera
annata arretrata 2007,
sarà inoltrato in regalo.



MECOSAN click

**ANNATA
2007**

La S.I.P.I.S. srl è titolare dei diritti di proprietà intellettuale sui contenuti della rivista. Non sono consentiti la riproduzione anche temporanea o parziale, l'elaborazione, la comunicazione o trasmissione, effettuate con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma, della rivista originaria e/o di sue elaborazioni, nonché l'estrazione e/o il reimpiego del contenuto della rivista o di sue parti rilevanti e/o sostanziali ovvero l'estrazione e/o il reimpiego ripetuto e sistematico di parti non rilevanti e/o sostanziali della stessa.



Roma, febbraio 2008

CEDOLA D'ORDINE **MECOSAN click 2007** IN CD-ROM

Programma abbonamento 2008

Spediz. in abb. post., art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04) - Roma

Spett. **SIPIS** s.r.l.

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

- Vi prego di voler inoltrare, con destinatario il nominativo sotto indicato l'annata di **Mecosan 2007** in formato CD-rom

MECOSAN click 2007

- al prezzo di **€ 280,00**
 € 150,00 (in quanto già abbonato a **Mecosan 2007** cartaceo)
 GRATIS (in quanto abbonato al supplemento **Mecosan click 2007**)

- Pertanto:

- accludo assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**
 - ho versato l'importo sul vs/c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l. - **Roma**, come da ricevuta allegata
- Barrare la casella che interessa

Cognome e nome Via

C.a.p. Località Prov.

..... lì

Codice Fiscale

Partita IVA

FIRMA E TIMBRO

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)

Costo dell'abbonamento per l'anno 2008: € 280,00

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 effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2008 è fissato in:

€ 280,00 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 2008 per l'estero è fissato come segue: € 280,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 380,00, 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)	€ 270,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 270,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 270,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 270,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 270,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 270,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 270,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 270,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 270,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 270,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 280,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 280,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 280,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 280,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 280,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 280,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 3.723,00, anziché € 4.380,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.