

# MECOSAN

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

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVII – N. 66 APRILE-GIUGNO 2008

## IN QUESTO NUMERO

### PUNTO DI VISTA

**3** Scandali, persone, regole

*Elio Borgonovi*

### SAGGI

**9** Le nuove missioni delle Ausl tra governo della produzione e dei consumi: un'analisi dei sistemi di controllo direzionale

*Francesco Longo, Domenico Salvatore, Stefano Tasselli*

**21** Farmacisti e malattie rare: i risultati di un'indagine

*Claudio Jommi, Mauro De Rosa, Monica Otto*

### MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

**37** Un'esperienza di online budgeting: il caso dell'Asl 1 imperiese

*Simone Ascheri, Gianmaria Battaglia, Marco Damonte Prioli*

**55** Valutazione del carico assistenziale: il caso dello scompenso cardiaco nella Asl genovese

*A. Testi, D. Gallo, E. Tanfani, I. Porro, M. Fato*

**67** Performance, investimenti in R&S, knowledge stock e commercialisation orientation nel settore farmaceutico

*Angela Michela Iovino, Marco Giovanni Rizzo*

**75** Da individuale a sociale: una proposta di gestione del rischio in sanità

*Mauro Melato, Costanza Santin, Franco Zigrino*

### STRUMENTI E RISORSE PER LA CONOSCENZA

**87** Convegno Amaris. Sanità: assicurare i rischi o il rischio dell'assicurazione?

**89** Sistemi di assessment del rischio tra azienda sanitaria e settore assicurativo

*Manuela Brusoni, Elisabetta Trincherò*

**103** Meccanismi allocativi per il rischio sanitario nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane

*Luigi Buzzacchi, Camilla Gracis*

**123** Novità bibliografiche

## COLOPHON

### COMITATO SCIENTIFICO

**Elio Borgonovi** (coordinatore)

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

**Luca Anselmi**

*Ordinario di Economia Aziendale - Università di Pisa*

**Sabino Cassese**

*Ordinario di Diritto Amministrativo - Università La Sapienza di Roma*

**Siro Lombardini**

*Ordinario di Economia - Università di Torino*

**Antonio Pedone**

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

**Fabio Roversi Monaco**

*Ordinario di Diritto Amministrativo - Università di Bologna*

### FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

**Luigi D'Elia**

*Direttore generale - Azienda ospedaliera S. Giovanni - Roma*

### CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

**Elio Borgonovi**

### EDITOR IN CHIEF

**Mario Del Vecchio**

### EDITORIAL BOARD

**Antonio Botti**

**Antonio Barretta**

**Pier Luigi Catalfo**

**Maria Caterina Cavallo**

**Denita Cepiku**

**Lino Cinquini**

**Luca Del Bene**

**Manuela S. Macinati**

**Antonio Nisio**

**Elisabetta Reginato**

**Salvatore Russo**

**Paola Saracino**

### SEGRETERIA DI REDAZIONE

**Silvia Tanno**

### DIRETTORE EDITORIALE

**Anna Gemma Gonzales**

#### **DIREZIONE**

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

#### **REDAZIONE**

Università Bocconi - Cergas  
20133 Milano - Via Röntgen  
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 € 75,00

#### **PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA**

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopie 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.

# Scandali, persone, regole

ELIO BORGONOVÌ

*Nei giorni successivi allo scoppio dello scandalo della clinica S. Rita di Milano, tutti i giornalisti che mi hanno intervistato mi hanno posto questa domanda: «Ma allora non ci si può fidare nemmeno degli ospedali privati?». Non sono sicuro, ma è molto probabile che alcuni di questi giornalisti fossero stati autori di articoli sulle inefficienze e sulla malasanita «pubblica», in occasione di altri fatti drammatici relativi a cure non appropriate avvenuti negli ultimi mesi, fatti che si sono manifestati con maggiore o minore intensità negli ultimi anni e che continueranno a manifestarsi anche nei prossimi.*

*La mia risposta è sempre stata la seguente, articolata in tre elementi:*

– il primo, banale, ma spesso dimenticato secondo cui, se sono legittimi e necessari commenti e valutazioni «a caldo», è necessario usare argomentazioni equilibrate, non emotive e giustizialiste e aspettare che i fatti siano accertati nella loro reale entità quantitativa e qualitativa;

– il secondo, che suggerisce, anzi impone, di evitare generalizzazioni: il giudizio sul comportamento di alcuni medici, di una struttura (o eventualmente di alcune altre per le quali la Regione Lombardia, in questo caso, ha attuato verifiche e controlli puntuali e mirati), non può essere, implicitamente o esplicitamente, esteso alla professionalità dei medici o di altri operatori o ad un intero settore, quello della sanità privata;

– il terzo, meno banale e meno diffuso, anche se ribadito più volte dagli editoriali e dagli articoli di Mecosan, è collegato dal fatto che la distinzione-contrapposizione pubblico-privato non è idonea né ad interpretare correttamente la realtà della sanità – e di tutti i settori cosiddetti di pubblici servizi o di pubblica utilità – né a definire adeguate ed efficaci politiche per il futuro.

*La prima considerazione suggerisce di riflettere sul fatto che, nella società dei media, dell'informazione in tempo reale, della velocità, dello scoop, la capacità di agire sulla «emotività» individuale e, soprattutto, collettiva» prevale sulla applicazione del giornalismo (e più in generale dell'informazione moderna): occorre tenere ben distinta la descrizione dei fatti, che deve basarsi su elementi oggettivi e sicuri, rispetto ai commenti che, invece, sono soggettivi, si basano sulla esperienza, sui modelli interpretativi di cui ognuno è portatore, su ipotesi di cui ognuno deve prendersi la responsabilità. Nei giorni caldi del «dopo prima notizia» sulla S. Rita (e su altri eventi simili nella sanità e in altri settori), sembra essere stato prevalente il numero dei giornalisti, commentatori di ogni estrazione (politici, teorici, operatori del settore, ecc.), a volte anche studiosi coinvolti nelle decine di dibattiti televisivi o su altri media i quali, dopo aver detto la canonica frase «i fatti sembrano gravi, ma occorre aspettare che la magistratura, la Regione e la commissione di inchiesta appurino i fatti», si sono lanciati in analisi e valutazioni nelle quali era difficile distinguere i fatti dalle interpretazioni personali. Ovviamente, non è stato così per tutti, alcuni sono stati più pacati ed equilibrati, altri più focolosi e preoccupati di difendere o di attaccare certi ambienti, il modello lombardo, il privato rispetto al pubblico, la deontologia e l'etica della professione medica o di altri operatori della sanità, i passati effetti del modello aziendale o manageriale di gestione. A me pare, comunque, che nel complesso abbia prevalso la logica dello «sbatti il mostro in prima pagina» (titoli come «clinica dell'orrore» sono un'evidenza di ciò).*

*La seconda considerazione, quella di evitare generalizzazioni, mi sembra invece avere avuto una maggiore condivisione. A parte un certo numero di contestatori che non si sono fatti sfuggire l'occasione per rispolverare vecchie – e, sempre a mio parere, obsolete – ideologie contro «il privato cattivo che guarda solo al profitto» o contro «la classe medica che oggi antepone il facile guadagno all'interesse del paziente» o contro «l'economicismo come demone che corrompe l'umanesimo» nei sistemi di tutela della salute, sembra siano state prevalenti le voci di coloro che hanno affermato la necessità di essere inflessibili nel colpire eventuali colpevoli non solo di fatti illeciti, ma anche di fatti contrari alla deontologia professionale o all'etica, cogliendo l'occasione per realizzare azioni idonee a rafforzare questi valori. Peraltro, se dopo mesi o forse anni nei quali si è diffusa la «sfiducia nei confronti del sistema pubblico (almeno di molte Regioni) a causa di fatti (reali o presunti e, in molti casi, poi dimostratisi inesistenti) di malasanità», a seguito di questo o altri fatti si mettesse in crisi anche la «fiducia nei confronti della componente privata del sistema e della capacità del pubblico di controllarla», cosa resterebbe? La fiducia nelle strutture non profit, in alcune delle quali già si sono manifestati casi di non coerenza tra natura e fini dichiarati o sbandierati (non profit) e comportamenti di scarsa attenzione alle reali esigenze delle persone in stato di bisogno, o nei singoli «medici di fiducia», o nei maghi e fattucchiere o millantatori della «medicina alternativa non controllata».*

*La terza considerazione, riguarda il fatto che la distinzione tra pubblico e privato esiste, è un dato reale che riguarda l'origine del potere decisionale (proprietà nel privato e la rappresentanza «politica» nel pubblico), le regole tramite cui si prendono le decisioni e si gestisce, le regole di funzionamento dei controlli ed altri elementi, ma che non rappresenta una contrapposizione né sul piano del rispetto dell'etica, della legge o, mi sia permesso, nemmeno dell'efficienza. La vera contrapposizione, che sostengo da quasi quarant'anni, da quando come giovane ricercatore mi sono dedicato agli studi di economia aziendale (e al management delle amministrazioni pubbliche della sanità, al settore delle public utilities, al settore non profit), è tra due insiemi diversi. Da una parte vi sono, in grado di sviluppare proficue collaborazioni, sia persone e istituzioni che operano secondo le regole del privato (o del mercato) sulla base di principi imprenditoriali, di assunzione del rischio, di accettazione della valutazione e del riconoscimento del merito, sia persone e strutture pubbliche guidate veramente dal fine di perseguire interessi pubblici e generali. Dall'altra si collocano sia persone e strutture private che, al contrario, vivono sulle inefficienze del pubblico, su rapporti di lobbying o di amicizie perverse, sul profitto ottenuto a scapito dei pazienti e con danni per la comunità, sia persone e strutture pubbliche «preoccupate di gestire solo il potere derivato dalla loro carica o dalla investitura formale» e che utilizzano tali poteri per fini particolari, persone e istituzioni che, a loro volta, stabiliscono rapporti di collusione e patti di reciproco sostegno, dubbi sul piano dei corretti comportamenti quando non addirittura classificabili come illeciti e scellerati.*

*D'altra parte il «caso S. Rita» deve essere discusso poiché, nella sua complessità, propone vari aspetti che devono essere analizzati distintamente seppure in una visione unitaria. I problemi complessi vanno, infatti, affrontati cercando di separare i diversi aspetti per poi considerarli complessivamente nelle loro interdipendenze. Come dice un simpatico ed evocativo detto popolare: «il salame va tagliato e mangiato a fette per apprezzarne il gusto ed evitare l'indigestione».*

*Sistema di finanziamento. Nei sistemi basati sulla divisione tra funzione di raccolta e allocazione alla tutela della salute dei mezzi finanziari, da una parte, e quella di erogazione dei servizi ai cittadini «per conto» dell'ente finanziatore, dall'altra, semplificando si possono distinguere due grandi modelli: quello del cosiddetto «finanziamento a budget» e quello del «finanziamento sulla base della quantità e complessità delle prestazioni». Quest'ultimo sistema, tipico dei modelli fondati sulle assicurazioni private e in larga parte anche dei sistemi basati sulle mutue o sui fondi sanitari, è stato teorizzato anche per i sistemi pubblici con lo scopo di eliminare effetti giudicati negativi del monopolio pubblico. In Italia il sistema è*

stato effettivamente introdotto nella seconda metà degli anni novanta e utilizzato in modo più diffuso dalla Regione Lombardia per le prestazioni ospedaliere e alcune prestazioni specialistiche senza ricovero con le finalità di:

- a) rompere il monopolio che si ha quando lo stesso soggetto regola, finanzia ed eroga le prestazioni;
- b) favorire la competizione tra strutture di offerta dei servizi, stimolando la ricerca di una maggiore efficienza e favorendo l'orientamento verso la specializzazione nella erogazione dei servizi;
- c) realizzare, tramite la concessione di autonomia alle aziende ospedaliere pubbliche e l'introduzione del sistema di accreditamento, il superamento della distinzione tra erogatori pubblici e privati e promuovere la qualità e l'efficienza (tramite l'uso delle tariffe Drg);
- d) consentire una maggiore «libertà di scelta» al paziente con riguardo alle strutture cui rivolgersi sulla base della qualità, reale o percepita e della fiducia che ogni azienda ha saputo conquistarsi nella società.

Il sistema di finanziamento a budget, ossia con l'assegnazione di un finanziamento complessivo determinato con criteri vari (spesa storica, indicatori di bisogni, ecc.) può essere causa di deresponsabilizzazione, perché l'eventuale difficoltà a rispondere alle esigenze dei pazienti (esempio lunghe code di attesa, impossibilità di ottenere prestazioni nei tempi richiesti dalla severità e dalle urgenze dei trattamenti) o il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico possono essere attribuiti o alla scarsità dei finanziamenti ottenuti o, viceversa, alla inappropriata attività svolta, alla cattiva organizzazione, o ad altre inefficienze.

I sistemi di «finanziamento a budget» richiedono, quindi, il rafforzamento dei sistemi di controlli di qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza interni alle singole strutture (gli ospedali inseriti nelle aziende sanitarie) e a livello di «gruppo», ossia la Regione stimola e governa il rafforzamento dei sistemi di controllo interno delle proprie aziende sanitarie.

Il modello di «finanziamento a prestazioni» – in passato le giornate di degenza, oggi i sistemi di Drg e alcuni più sofisticati che si stanno sperimentando e applicando in vari Paesi – determina strutturalmente due effetti di segno diverso: positivo, legato alla competizione che si traduce in ricerca del miglioramento della qualità (a vantaggio dei pazienti) e dell'efficienza (a vantaggio dell'azienda); dall'altro lo stimolo ad aumentare il numero delle prestazioni, poiché ciò determina un aumento dei ricavi. Se tale aumento è perseguito coprendo aree di bisogni precedentemente non soddisfatti, o attraendo pazienti da strutture che hanno minore qualità e costi maggiori, l'effetto è positivo. Se invece l'aumento delle prestazioni o della loro complessità (che comporta tariffe Drg più alte) è ottenuto tramite prestazioni superflue, inappropriate o addirittura dannose per la salute dei pazienti (come asportazione non necessaria di organi, trattamenti chirurgici innovativi non necessari e con conseguenze gravi per i pazienti), l'effetto è indubbiamente negativo, oltre che eventualmente illecito e non rispondente alla deontologia.

I sistemi di «finanziamento a prestazioni» devono essere governati con efficaci sistemi di controlli esterni da parte del soggetto finanziatore, nel caso specifico la Regione, poiché sono le singole strutture erogatrici ad avere un forte interesse a introdurre efficaci sistemi di controllo interno.

Sistema dei controlli. Si pone, così, il secondo aspetto rilevato, quello dei controlli regionali. Con riguardo a questo aspetto, sul quale si è concentrata una parte rilevante del dibattito, esistono varie tipologie. La prima, definibile tecnocratica, è quella di introdurre complessi sistemi di raccolta di informazioni sul sistema di tutela della salute a livello regionale e, eventualmente, nazionale. Essi si pongono l'obiettivo di raccogliere in modo sistematico dati di tutte le aziende pubbliche e private riguardanti il numero di pazienti, il tipo di prestazioni,

*i finanziamenti o costi, al fine di dedurre vari indicatori di efficacia, efficienza, economicità e, in alcuni casi, anche di impatto sui livelli di soddisfazione dei bisogni (outcome).*

*Un secondo tipo di controlli si effettua tramite periodiche verifiche presso le aziende accreditate (pubbliche e private) che erogano servizi. Si tratta di controlli «a campione» che dovrebbero riguardare gli aspetti sia di qualità delle prestazioni, sia di rispetto dei requisiti organizzativi idonei a tutelare i pazienti, sia di tipo amministrativo. Nel caso della Regione Lombardia si è scritto che erano stati effettuati controlli a campione sul 6% delle strutture. Tale livello, rispetto ad altre Regioni e anche rispetto agli standard internazionali, deve essere considerato buono anche sul piano statistico. Si dimentica, però, che i controlli «a campione» sono efficaci solo nel caso di fenomeni fisiologici, cioè nei quali vi siano altri sistemi che inducono le persone a svolgere le proprie funzioni (esempio una adeguata organizzazione, la risposta della clientela nel caso di imprese che vendono beni o servizi di vario tipo, ecc.), mentre sono scarsamente efficaci nell'individuare situazioni patologiche. Infatti, chi ha comportamenti illeciti o comunque contrari alla funzionalità – nel caso della S. Rita perlomeno prestazioni inutili e inappropriate – normalmente sta ben attento a produrre documenti ineccepibili sul piano formale, oppure ha rapporti tali da consentirgli di conoscere in anticipo i periodi e lo svolgimento delle ispezioni e, quindi, di far trovare «tutto in ordine».*

*Anche in questo caso vale il principio secondo cui i sistemi complessi devono essere, da un lato, governati dall'alto e, dall'altro, controllati con metodi semplici, da non confondere con semplicistici. Per il governo del sistema si suggerisce di avere un numero limitato di regole e quindi si suggerisce la semplificazione. Per il controllo si suggerisce di applicare il concetto della semplicità organizzativa. Essa consiste nell'aver qualcuno che, tramite l'analisi di pochi indicatori, sia in grado di individuare «sintomi di anomalie» e di tenerli sotto controllo per alcuni mesi, per poi effettuare indagini o ispezioni approfondite. Un numero «anomalo» di interventi rispetto alle dimensioni della struttura o secondo il confronto con altre strutture, un tasso di sviluppo eccessivo in un sistema che ha, comunque, vincoli di finanziamento e spesa sempre più rigidi, dovrebbero essere sufficienti per guidare i controlli non sulla base del principio della «significatività statistica», ma della «significatività dei sintomi rilevanti». Ciò che sorprende della vicenda della S. Rita è che il caso sia emerso a seguito di alcune denunce da parte dei pazienti che non erano stati soddisfatti o che ritenevano di avere ricevuto danni alla propria salute e a seguito di intercettazioni telefoniche.*

*Nel dibattito si è parlato di costituire «organi indipendenti della Regione» cui demandare i controlli. Esiste anche una soluzione assai più semplice: chiedere che i dati sulle prestazioni effettuate, sui pazienti ricoverati, sui Drg trattati, sui rimborsi siano resi accessibili a centri di ricerca nel settore. Con pochi giovani ricercatori ben guidati e motivati ad utilizzare dati empirici da presentare a convegni nazionali e internazionali dove si confrontano con altri, si avrebbe un controllo automatico su indicatori «anomali». Infatti, la logica del ricercatore legato alla realtà, non del ricercatore «topo di biblioteca» o «topo navigatore di internet», è quella di raccogliere dati che confermino certe teorie o, in presenza di dati anomali, che deve spiegare. Per un ricercatore, i dati anomali della S. Rita avrebbero sicuramente fatto scattare l'idea di un «caso di eccellenza» da studiare o di «dati sbagliati» poiché tra loro non coerenti.*

*La lotta a comportamenti illeciti ed eticamente riprovevoli non si fa con sistemi di regole e di controlli sempre più sofisticati sul piano tecnico – come del resto dimostra ciò che è capitato nei mesi scorsi nel «campo della finanza mondiale» dove esistono regole delle Borse, delle Banche centrali, degli organi di vigilanza molto avanzati – ma si fa «ritornando ai fondamentali», come si dice nello sport e nella vita. E, in questo caso, i fondamentali sono:*

- a) trasparenza dei dati tramite la facile accessibilità a quelli pubblici (quali le prestazioni e i pagamenti delle Regioni a strutture accreditate);*
- b) uso di «indicatori sintetici», non a caso il termine «indicatore», invece di quello di «indice», dovrebbe significare «ciò che segnala qualcosa di rilevante»;*

*c) messa a disposizione di dati e informazioni a soggetti che sono esterni al circuito direttamente interessato, come ad esempio i ricercatori: in questo modo si potrebbe aiutare anche la ricerca ad essere maggiormente integrata e utile alla società.*

*Non sfugge certo a chi scrive la facile critica a questo proposito. I ricercatori esterni non conoscono «come funziona il mondo reale», sono ingenui, sono condizionati con finanziamenti alla loro ricerca. Potrebbe essere vero, ma al Lettore si lascia la libertà di valutare se ritiene più facile creare un sistema di rapporti perversi o di potere tra politici, dirigenti e funzionari regionali, proprietari, dirigenti e professionisti oppure condizionare con poche centinaia di migliaia di euro centri di ricerca e ricercatori formati nella cultura che la loro «responsabilità sociale» non è solo quella di fare ricerca rigorosa, ma quella di fare ricerca rigorosa, motivare la propria indipendenza di giudizio, segnalare agli organi competenti (Ministero, Regioni, ecc.) informazioni utili per le decisioni o dati che indicano anomalie.*

*Comportamenti illeciti e reati. Il terzo tema sollevato dal caso e che dovrà essere accertato dalla giustizia, riguarda i comportamenti illeciti, le connivenze, la truffa ed eventuali altri reati. Si tratta di fenomeni che ci sono sempre stati e sempre si saranno e che fanno parte del confronto tra bene e male. Fenomeni che non possono essere affrontati con sistemi di regole e di controlli di tipo giuridico, manageriale, tecnico, ecc. È pura illusione pensare di avere regole e controlli capaci di evitare o ridurre al minimo comportamenti illeciti e reati di individui finalizzati a obiettivi contrari al bene delle singole persone e della collettività.*

*Anzi, può accadere il contrario: più sofisticate e tecnicamente complesse sono le regole e i controlli, più agevole è la creazione di «gruppi di potere e lobbying illecite».*

*Si può, però, certamente dire che una società nella quale domina la cultura del risultato, della performance, del successo, indipendentemente da come essi sono stati ottenuti, è una società molto permeabile a comportamenti illeciti o almeno non in linea con la deontologia (professionale), con i criteri etici e morali.*

*Una società che crea ed esalta miti dello sport, quando ottengono risultati positivi, degli affari, quando ottengono eccezionali risultati economici, dello spettacolo, quando sono sempre presenti sui media, della ricerca, quando ottengono riconoscimenti prestigiosi, e poi li distrugge, in maniera altrettanto acritica, quando si scopre che lo sportivo usava il doping, l'uomo di affari (imprenditore o manager) otteneva risultati con speculazioni azzardate o a danno dei risparmiatori, la persona dello spettacolo era al centro di ogni evento perché sostenuta da politici o da «amicizie influenti» o sfruttando idee di altri, il ricercatore otteneva riconoscimenti prestigiosi «rubando idee ad altri» o perché inserito in ristretti gruppi che si scambiavano premi e riconoscimenti, non aiuta certo a rafforzare comportamenti virtuosi, nei sistemi di tutela della salute, come in altri ambiti della società.*

*Oggi si parla tanto, troppo di regole: occorrerebbe parlare più di valori che stanno a monte delle regole o di comportamenti che stanno a valle. Le leggi e le regole sociali non sono oggettive come quelle della fisica, della chimica, delle scienze naturali o formali, ma esprimono determinati valori. E si moltiplicano anche le evidenze empiriche che dimostrano come «fatta la legge, le regole, il sistema di controlli, trovato l'inganno», ossia il modo di aggirarli.*

*Per non cadere nel moralismo, la conclusione è la seguente: una società che esalta il merito e l'eccellenza individuale oltre ogni ragionevole limite, non può certo aspettarsi il rafforzamento del senso delle istituzioni e l'attenzione al bene comune. Se si premiano comportamenti competitivi e di «produzione di prestazioni», non ci si può poi attendere comportamenti collaborativi o orientati a «produrre salute».*

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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

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

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

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

#### Articoli in riviste

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

#### Rapporti/Atti

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

#### Non pubblicati

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

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

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



# Le nuove missioni delle Ausl tra governo della produzione e dei consumi: un'analisi dei sistemi di controllo direzionale

FRANCESCO LONGO, DOMENICO SALVATORE, STEFANO TASSELLI

*The institutional mission of the Local Health Authorities (LHA) is very broad since they are in charge to «promote and protect the well being of their residents». This broad mission has to be implemented with a stricter focus which can be oriented more to manage the direct service production or more towards residents' health care consumptions. The «emergent» missions of the LHAs are determined by the interaction between the regional regulations, the actual geography of internal production and external consumptions and LHAs' steering orientation. The focus of the strategic and managerial control systems is a good proxy indicator of the LHAs' emergent orientations. The authors analyzed it through an ethnographic study within a national collaborative that involved the staffs of the general directions in 11 Italian LHA. The evidences show that LHAs steering focus is the internal production, while there are poor information about residents' consumptions and other providers' production. Inter sector comparisons show better consumption information for the services that used to be the traditional core production fields for LHAs.*

Keywords: LHA mission, commissioning, emergent strategies

Parole chiave: missione Ausl, committenza, strategia emergente

## Note sugli autori

Francesco Longo è Direttore del CERGAS Bocconi e Professore Associato presso l'Università Bocconi  
Domenico Salvatore è ricercatore presso l'Università degli studi di Napoli «Parthenope» e ricercatore a contratto presso il CERGAS Bocconi  
Stefano Tasselli è ricercatore a contratto presso il CERGAS Bocconi

## 1. Evoluzione delle missioni delle aziende tra governo della produzione e dei consumi

Le aziende UsI rappresentano le istituzioni sanitarie pubbliche che più hanno visto modificare i propri finalismi istituzionali nei processi di riforma degli ultimi 15 anni (Del Vecchio, 2003). Le Aziende ospedaliere, gli Irccs e i Policlinici universitari hanno visto modificare la loro natura giuridica e le loro strutture di *governance*, mantenendo però sostanzialmente invariate le proprie missioni di aziende di produzione specializzate in cura e ricerca (Ferrera, 1995).

Le riforme nazionali del settore sanitario degli anni Novanta hanno modificato sensibilmente l'architettura istituzionale del sistema sanitario italiano. Successivamente, le regioni italiane hanno modificato questo assetto disegnando una pluralità di architetture istituzionali molto diverse (Longo, 2001; Scaletti, 2007). Parallelamente ai cambiamenti istituzionali, le aziende UsI hanno affrontato cambiamenti sociali e demografici; ad esempio l'assistenza agli anziani ha assunto nello stesso periodo dimensioni e complessità rilevanti anche se con diverse intensità nelle diverse aree del Paese.

I cambiamenti nelle architetture istituzionali, insieme ad un aumento della produzione di servizi sanitari da parte di erogatori privati che sono collegati anche a processi più ampi rispetto alle scelte regionali, hanno creato un'accentuata tendenza alla disintegrazione dei sistemi di offerta. L'architettura del Ssn disegnata nel 1978, infatti, integrava la quasi totalità dei servizi sanitari disponibili su di un territorio all'interno delle UsI ed il ruolo

## SOMMARIO

1. Evoluzione delle missioni delle aziende tra governo della produzione e dei consumi
2. Dati e metodi
3. La disponibilità di dati sul consumo dei residenti nelle aziende partecipanti
4. Qual è la missione emergente nelle Ausl del campione?
5. La precisione dei dati raccolti nei diversi ambiti assistenziali
6. Conclusioni

di altri soggetti autonomi (pubblici o privati) era residuale. Ma anche le Usl, così come disegnate nel 1978, non controllavano tutti i servizi sanitari offerti ai propri residenti a causa della possibilità dei cittadini di usufruire di servizi al di fuori del territorio della Usl di residenza.

Ciò che è restato immutato è il ruolo delle Ausl in un sistema a servizio sanitario nazionale come quello italiano e cioè la tutela della salute dei residenti. Infatti, in tutti i sistemi regionali:

- ogni residente, indipendentemente dal suo stato di salute, è assegnato ad una ed una sola Ausl;
- le Ausl sono sempre responsabili per la prevenzione e la sanità pubblica;
- le Ausl sono finanziate in base al numero di assistiti o comunque indipendentemente da quante prestazioni erogano.

Questa responsabilità complessiva per la salute dei residenti è, a nostro parere, uno degli elementi qualificanti del sistema sanitario italiano. Coerentemente con le idee di *network governance* nella pubblica amministrazione (Longo, 2005), e con la consapevolezza che anche nel sistema delle Usl diversi attori autonomi comunque erogavano servizi per residenti, è venuta meno l'idea che sia possibile ed opportuno ottenere il coordinamento dei servizi necessario al ruolo di responsabili di tutela della salute erogando direttamente tutti i servizi in un'organizzazione unitaria. Anche se le Ausl non integrano al loro interno la produzione di tutti i servizi necessari alla popolazione, il ruolo di tutela della salute dei residenti può essere oggi attuato ponendosi come centro di una rete di erogatori autonomi ma coordinati.

Dagli anni Novanta in poi, molte Ausl hanno, infatti, perso una quota significativa delle loro strutture specialistiche (soprattutto ospedaliere), hanno registrato un aumento esponenziale dei consumi in strutture residenziali, semiresidenziali e diurne per pazienti fragili, soprattutto anziani, di norma gestite da soggetti esterni, e si sono confrontate con un'accresciuta quota di mercato dei produttori privati accreditati (Cavalli, Jommi, Lecci, 2007). Di conseguenza, una quota rilevante delle risorse potenzialmente riservate alle Ausl attraverso il criterio di riparto

prevalente della quota capitolaria per abitante è allocata presso altri produttori, spesso finanziati con modelli *fee for service* (Jommi, 2004) dalla Ausl o direttamente dalla Regione. Ma ciò non implica che il ruolo delle Ausl si limiti a quello di produzione dei servizi che sono assegnati loro dalla Regione, poiché, come discusso, alcune caratteristiche comuni a tutto il sistema sanitario italiano rendono evidente che il ruolo delle Ausl è quello di lavorare per la tutela complessiva della salute dei cittadini. Questo ruolo è comune con altri sistemi a servizio sanitario nazionale in cui le aziende territoriali rappresentano l'istituto, il cui fine ultimo non è solo il produrre prestazioni ma, al contrario, contribuire al miglioramento dello stato di salute dei residenti attraverso la prevenzione ed il coordinamento delle prestazioni (Anesi-Pessina, Cantù, Jommi, 2004).

L'autonomia, la frammentazione e gli obiettivi divergenti dei produttori rendono complesso coordinare le interdipendenze esistenti nei sistemi sanitari locali, pur rimanendo la responsabilità complessiva sulla tutela della salute in capo all'Ausl. In questi contesti è difficile costruire molte delle politiche capaci di ottimizzare il rapporto costo/benefici e di evitare inapproprietezze, come ad esempio lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali integrati di rete, governare l'ambito di cura, o costruire interfacce uniche per l'accesso dei pazienti (Tedeschi, Tozzi, 2004). Nella maggior parte dei sistemi regionali, anche quando formalmente a centralità Ausl, le risorse non sono assegnate ai produttori esterni da decisioni aziendali ma sono direttamente assegnate ai produttori con decisioni prese a livello regionale. In questi casi, il ruolo di governo dei consumi non è immediatamente esercitabile dall'Asl, ma ciò non implica che il ruolo delle Ausl si limiti a quello di produzione dei servizi che sono assegnati loro dalla Regione, poiché resta la responsabilità complessiva sulla tutela della salute e, a nostro avviso, al di là dell'architettura istituzionale regionale, esiste la potenzialità per governare la rete dei servizi.

Alcune Regioni hanno scelto di utilizzare l'architettura istituzionale del servizio sanitario regionale per sottolineare questo ruolo di tutela della salute formalizzando il potere delle Ausl di programmare e control-

lare i consumi sanitari per i propri residenti, dotandole di qualche leva per l'esercizio di prerogative di governo nei confronti dei produttori pubblici e privati (Jommi, Cantù, Anessi Pessina, 2001). Se la finalità istituzionale ultima rimane, infatti, invariata in tutto il Ssn (la tutela complessiva della salute dei cittadini), la rimodulazione delle *mission* aziendali delle Ausl è stata ufficializzata in alcune architetture formali dei sistemi sanitari regionali (Fattore, Longo, 2002). In alcuni casi si prevede una missione quasi esclusivamente orientata al governo dei consumi (es. in Lombardia), in altri un orientamento prevalente alla produzione diretta dei servizi (es. Liguria e Puglia), in altre ancora una finalità bilanciata (Emilia-Romagna, Toscana attraverso le Società della salute). Le formulazioni linguistiche delle Regioni che indicano un ruolo di governo dei consumi sono varie: Asl Pac (programmazione, acquisto e controllo) in Lombardia, distretto della committenza in Emilia-Romagna, Società della salute che contratta con i produttori in Toscana, ecc. (Fattore, Longo, 2002). Le missioni assegnate dalle architetture formali dei sistemi regionali sono però spesso scavalcate dal reale posizionamento delle aziende nei loro contesti locali, determinato dall'estensione dei consumi dei residenti erogati da altri produttori. In tutte le grandi aree metropolitane vi è una rilevante concentrazione di ospedali autonomi: aziende ospedaliere, Irccs e Policlinici cui si somma, in quasi tutte le grandi città, anche la più alta concentrazione di strutture private. Pertanto, a prescindere dalle missioni dichiarate dalle architetture istituzionali regionali, le Ausl metropolitane osservano ovunque una quota prevalente di risorse allocate per finanziare i consumi dei residenti presso produttori esterni al loro sistema aziendale (Jommi, 2004). Altrettanto succede nei territori di confine con le grandi aree metropolitane che esercitano una rilevante attrazione, determinando significative mobilità dei pazienti, soprattutto per le prestazioni più complesse. Analoghi fenomeni vi sono nelle regioni in cui, a prescindere dalle architetture istituzionali, la distribuzione delle infrastrutture e delle grandi tecnologie è eterogenea, con grandi concentrazioni in alcune città.

Ma la capacità di coordinare la rete di erogatori dei servizi ai propri residenti non ne-

cessariamente passa per la formalizzazione di un ruolo di committente delle prestazioni nelle delibere regionali. È, infatti, il sistema di relazioni e di competenze disponibili che rende un'istituzione capace di esercitare con autorevolezza un ruolo di *governance* clinica di sistema, orientando le missioni dei singoli produttori, monitorando e valutando l'appropriatezza dei consumi tramite l'esercizio di un efficace ruolo di *moral persuasion*.

In conclusione, a parità di ruolo nel sistema, le Ausl hanno vissuto un forte cambiamento nella loro *mission* istituzionale dovuto a cambiamenti nella geografia dei produttori, a loro volta determinati da diversi fattori. Contemporaneamente, le norme regionali enfatizzano ruoli diversi, talvolta più orientati alla produzione, talvolta più orientati al coordinamento dei produttori. Infine, le aziende possono poi mostrare, in base ai loro comportamenti agiti, di perseguire *mission* anche non obbligatoriamente coincidenti con il ruolo di tutela della salute dei residenti o con ogni altra *mission* enfatizzata dai sistemi regionali. Infatti, le missioni aziendali formali (attribuite dalle architetture regionali o dalle dichiarazioni aziendali) non necessariamente coincidono con le missioni intenzionali o emergenti<sup>1</sup>. Pertanto potrebbe esserci uno scostamento tra le missioni dichiarate e quelle, di fatto, attuate; ovvero le aziende potrebbero voler governare attivamente i consumi ma per mancanza di competenze, di necessarie prerogative di governo o per le difficoltà strutturali del settore sanitario non essere in grado di implementare tale strategia. Oppure le direzioni delle aziende, potrebbero percepire il loro ruolo reale prevalentemente come quello di produttori di servizi sanitari e, di conseguenza, perseguire la *mission* tipica di un produttore piuttosto che quella di attore centrale di una rete di offerta.

È, quindi, particolarmente interessante provare a rilevare le *mission* agite dalle aziende piuttosto che quelle dichiarate in modo da capire quanto si avvicinino a quella di tutela complessiva della salute, quanto siano determinate dagli assetti istituzionali regionali e quanto invece dalla reale geografia dei consumi.

L'osservazione partecipata ad un processo di confronto interaziendale sul governo del territorio promosso da un'associazione di aziende ha permesso di raccogliere i dati,

quantitativi e qualitativi, sull'orientamento delle Ausl al governo dei consumi dei residenti, piuttosto che al governo della sola produzione interna. Nel primo caso possiamo intravedere un'interpretazione della missione aziendale che più esplicitamente si orienta alla tutela complessiva della salute.

Le evidenze quantitative riguardano la disponibilità e precisione dei dati circa i costi e le attività dei servizi sanitari tipicamente erogati ai residenti di un'Ausl, sia dei servizi interni, sia dai produttori esterni. L'utilizzo di questi dati assume che un'Ausl abbia un maggiore *focus* strategico sulla tutela complessiva della salute rispetto ad un'altra se dispone di più dati sul consumo effettivo dei propri residenti (e, quindi non solo sulle prestazioni che produce direttamente).

Le evidenze qualitative provengono dall'osservazione, da parte dei tre autori, dei partecipanti all'iniziativa di confronto interaziendale che hanno discusso durante quattro giornate, prima, degli indicatori da raccogliere e, poi, su come interpretare i dati raccolti.

## 2. Dati e metodi

I dati utilizzati sono frutto dell'osservazione partecipata dei tre autori durante un'iniziativa della FIASO<sup>2</sup>, la Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere, che ha promosso un Laboratorio di ricerca sul Governo del territorio al quale hanno aderito undici aziende sanitarie locali<sup>3</sup>. Lo scopo del laboratorio è supportare lo sviluppo della capacità delle Aziende Usl di governare l'assistenza territoriale, attraverso un progetto della durata di circa due anni in cui le aziende si confrontano sulle modalità di gestione di questa significativa parte dei loro servizi.

Le undici aziende che hanno preso parte al laboratorio sono Aziende sanitarie locali, iscritte alla FIASO (cui partecipano circa la metà delle aziende sanitarie pubbliche italiane) che hanno risposto all'invito della federazione. Sono rappresentate dieci regioni di tutte le aree di Italia, sebbene il sud del Paese sia meno rappresentato rispetto al centro-nord. Ciascuna azienda ha nominato tre rappresentanti: di norma il *controller*, il dirigente delle cure primarie/distrettuali e un rappresentante della direzione strategica.

Durante la prima fase del laboratorio, della durata di sei mesi, le attività dei partecipanti

sono state dirette alla raccolta di indicatori di consumo dei residenti, di attività e di disponibilità di fattori produttivi controllati direttamente dall'azienda. Tutti i rappresentanti delle aziende si sono incontrati due volte per due *workshop* di due giornate, ciascuno per discutere della raccolta dati e della gestione delle attività territoriali, e ciascun gruppo di lavoro aziendale ha svolto una rilevante attività di raccolta dati nel periodo tra i due *workshop* stimabile in media in dieci giornate di lavoro all'interno di ciascuna azienda.

In questo articolo si analizzano non i dati raccolti dalle aziende all'interno del laboratorio ma, piuttosto, le evidenze emerse dal processo di raccolta dei dati e durante i *workshop* di confronto tra i rappresentanti delle undici aziende.

I tre autori hanno seguito ed osservato i partecipanti durante tutti gli incontri del gruppo di lavoro; inoltre hanno interagito a distanza con essi in quanto incaricati dalla FIASO del processo di raccolta ed elaborazione dei dati. Il metodo etnografico permette la raccolta di descrizioni qualitative in grado di descrivere le realtà aziendali ed il sistema di significati attribuiti dai partecipanti all'oggetto di studio (Fattore, 2005). I dati qualitativi raccolti sono frutto degli appunti presi indipendentemente dai tre autori durante o immediatamente dopo ciascuna giornata di incontro del laboratorio, oppure dalla analisi dei dati inviati dalle aziende per il processo di ricerca previsto dal laboratorio. L'utilizzo dei dati quantitativi descrittivi permette di approfondire la ricchezza del profilo etnografico e di supportare con una maggiore quantità di evidenza le riflessioni proposte.

I dati quantitativi raccolti per le attività proprie del Laboratorio sul Governo del territorio sono stati elaborati all'interno di questa analisi per ottenere indicazione sulla disponibilità di informazioni sul consumo dei residenti nelle aziende partecipanti e sulla precisione informativa nei diversi ambiti assistenziali.

## 3. La disponibilità di dati sul consumo dei residenti nelle aziende partecipanti

Come già accennato nel primo paragrafo, l'analisi dei dati quantitativi qui riportata assume che un'Ausl sia tanto più focalizzata

sulla missione di tutela complessiva della salute quanto più è stata in grado di rilevare, durante le attività richieste dalla propria partecipazione al Laboratorio sul Governo del territorio, i dati sul consumo effettivo dei propri residenti (e, quindi, non solo sulle prestazioni che produce direttamente). Infatti, un'Ausl interessata a tutelare la salute dei residenti nel suo complesso avrà investito nella creazione di sistemi di rilevazione che forniscano informazioni sull'assistito indipendentemente dall'azienda tramite cui egli entra in contatto con il Ssn. Un'azienda che focalizzi il proprio *focus* strategico sulla attività di produzione di prestazioni investirà in sistemi di rilevazione che diano informazioni dettagliate su quanto le sue unità produttive erogano.

L'analisi sulla disponibilità dei dati di consumo dei residenti si è focalizzata su quattro ambiti di attività della ricerca: ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, ricoveri per anziani, e pronto soccorso. Questi ambiti sono stati scelti perché particolarmente rilevanti in termini di risorse assorbite e perché presentano una sufficiente variabilità inter-aziendale nel rapporto tra le prestazioni prodotte direttamente dalle Ausl rispetto al totale delle prestazioni consumate dai residenti.

Per ogni azienda del campione, per i quattro ambiti di attività prescelti, si è fatta richiesta esplicitamente della raccolta e dell'invio di dati in merito ai consumi dei residenti, specificando la quota parte di produzione diretta. Pur richiedendo esplicitamente *ex-ante* dati in merito ai consumi, discutendone il *format* e il significato in un *workshop* preparatorio alla raccolta dei dati di due giorni, nonché mantenendo un contatto diretto continuo con le aziende via telefono, e-mail e piattaforma appositamente predisposta *web-based* durante tutta la fase della raccolta dei dati per rispondere a qualsiasi chiarimento circa le modalità di rilevazione, la disponibilità effettiva di dati ha fornito ulteriori e rilevanti evidenze ai fini della nostra riflessione. I dati richiesti, infatti, erano orientati a privilegiare in ogni circostanza il monitoraggio dei consumi effettivi dei residenti, invitando le aziende a ricostruirli, anche tramite stime, laddove non disponibili. Nonostante tali richieste e il forte *commitment* aziendale, le caratteristiche emerse sono state diverse,

essendo espressione dei dati disponibili, cioè di quelli abitualmente utilizzati nei processi di controllo direzionale e strategico. Possiamo classificare le caratteristiche dei dati in base a tre possibili categorie:

- assenza di disponibilità di dato (nella tabella 1 indicato con la dizione «No dato»);
- presenza del solo dato di produzione, ovvero del dato relativo al numero e al costo delle prestazioni erogate per via diretta dalla Asl, e perciò non depurato della mobilità attiva e non incrementato della mobilità passiva (nella tabella 1 indicato con la dizione «Prod.»);
- presenza del dato di consumo dei propri residenti, esemplificativo della presenza di un sistema informativo disegnato con l'intenzione di consentire all'azienda di esercitare la propria funzione di tutela complessiva della salute dei residenti (nella tabella 1 indicato con la dizione «Cons»).

La ricerca presenta, alla luce di quanto esposto, un *bias* positivo, perché il campione di aziende non è casuale, ma si tratta di aziende che ci si attende essere più orientate alla raccolta di dati di consumo rispetto alla media, dal momento che i partecipanti sono stati fortemente sollecitati a raccogliere e inviare dati sul consumo dei residenti e non sulla sola produzione.

La mappatura della disponibilità di dati per ambito, per singola azienda del campione, è illustrata dalla **tabella 1**.

#### **4. Qual è la missione emergente nelle Ausl del campione?**

Il dato più rilevante che emerge dal complesso del campione è che sono solo 15 gli ambiti in cui si sono rilevati dati di consumo su un totale di 44, pur essendo state le aziende sollecitate con forza in questa direzione. Se non è correntemente disponibile il dato di consumo e, anche laddove è stato reperito ma solo dopo un grande sforzo, grazie alla sollecitazione di una ricerca esterna condotta *ad hoc*, significa che l'orientamento prevalente del governo aziendale è il controllo della produzione interna. In una delle aziende (n. 10) con più disponibilità di dati di consumo è emersa questa osservazione rilevante:

	Az. 1	Az. 2	Az. 3	Az. 4	Az. 5	Az. 6	Az. 7	Az. 8	Az. 9	Az. 10	Az. 11	Totale dati consumo
<i>Ricoveri ospedalieri</i>	Prod	No dato	Prod	Cons	Cons	Cons	Prod	Cons	Prod	Cons	Cons	<b>6/11</b>
<i>Specialistica</i>	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Cons	Prod	Prod	Prod	Cons	Prod	<b>3/11</b>
<i>Anziani</i>	Prod	No dato	Prod	Cons	Cons	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	<b>4/11</b>
<i>Pronto soccorso</i>	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	<b>2/11</b>
<b>Totale dati consumo</b>	<b>0/4</b>	<b>0/4</b>	<b>0/4</b>	<b>2/4</b>	<b>4/4</b>	<b>2/4</b>	<b>1/4</b>	<b>1/4</b>	<b>0/4</b>	<b>3/4</b>	<b>2/4</b>	<b>15/44</b>

### Tabella 1

La capacità di rilevare dati di consumo dei residenti delle singole aziende in quattro diversi ambiti

«A livello di Ausl gestiamo soltanto due piccoli presidi ospedalieri, e siamo collocati in un territorio dove insistono Policlinici di grandissime dimensioni. Viviamo perciò in un contesto di forte mobilità passiva. Riceviamo i dati di consumo dei nostri residenti dalla Regione e li abbiamo analizzati con quest'ottica la prima volta per questa ricerca. Ci piacerebbe comunque sviluppare un sistema strutturato per conoscere i dati di produzione complessiva relativi a tutti gli erogatori, pubblici e privati, che operano sul nostro territorio».

Leggendo l'ultima riga della tabella 1, in modo da poter analizzare le differenze tra le undici aziende, si nota che solo una delle Ausl del campione presenta disponibilità di dati di consumo per residente nei quattro ambiti analizzati; soltanto una su undici presenta dati di consumo per 3 ambiti su 4; tre aziende hanno disponibilità di dati di consumo per 2 ambiti su 4; due aziende hanno dati di consumo per un solo ambito; ben tre aziende invece non dispongono di dati di consumo e un'azienda non dispone di dati di consumo né di produzione.

L'Ausl 8, benché produca anche essa solo una piccola percentuale dei servizi sanitari per i propri residenti, dispone di dati di consumo soltanto per 1 ambito su 4 (Ricoveri ospedalieri), avendo a disposizione i soli dati di produzione per altri due ambiti (Specialistica ed Anziani) e dichiarando assenza di dati per il Pronto soccorso. Questa situazione sembrerebbe derivare dal fatto che nella storia dell'azienda non sia mai stata percepita l'esigenza di ragionare in termini di consumi:

«Per la nostra particolare collocazione geografica, ci siamo sempre sentiti isolati dall'esterno, e non abbiamo mai ragionato in termini di mobilità».

Tra le aziende caratterizzate da una scarsa disponibilità di dati di consumo per residente, un referente dell'Ausl 2 riferisce: «Per la prima volta ragioniamo sui tetti da imporre ai produttori privati», dichiarazione che potrebbe indicare che tale azienda finora non ha mai ragionato in termini di governo del sistema territoriale di produzione, ma si sia limitata a produrre prestazioni che le sono state richieste o a pagare quelle prodotte da fornitori esterni. Posizione analoga si riscontra nell'Ausl 3, la cui referente dice:

«Abbiamo finora ragionato sempre in termini di prestazioni prodotte e non di prestazioni consumate».

La referente dell'Ausl 9 sostiene:

«La nostra posizione geografica ha contribuito a non farci ragionare prima d'ora sui dati di consumo, che vengono invece rilevati, seppur in maniera parziale e con un certo ritardo, dalla Regione. Ora stiamo iniziando ad integrarci con le banche dati regionali e puntiamo a rilevare per il futuro i dati di consumo per residente nei diversi ambiti di attività».

In queste realtà aziendali, dunque, è presente la percezione dell'inadeguatezza dei dati di attività e di costo ad oggi disponibili e dei correlati sistemi informativi; si inizia a comprendere l'utilità informativa e strategica che i dati di consumo dei residenti possono rivestire in ottica decisionale; si tenta di individuare le cause storiche e contestuali del grave ritardo nella rilevazione di tali categorie di dati; manca però una chiara comprensione delle modalità di utilizzo di queste ultime per l'esercizio della funzione di committenza, e parimenti manca una definizione

di priorità per la dotazione di sistemi informativi in grado di rilevare i consumi.

In alcuni casi, la volontà di rilevare dati più completi sull'assistenza che il sistema nel complesso offre ai residenti dell'Ausl si scontra con relazioni interaziendali non collaborative:

*«Al momento non parliamo con l'Azienda ospedaliera. Di conseguenza non abbiamo i dati di consumo su ricoveri ospedalieri e specialistica. Questa ricerca è stata uno stimolo per tentare di migliorare la qualità dei nostri dati e per sviluppare l'integrazione dei sistemi informativi»* (referente dell'Ausl 7).

In generale, nonostante sia percepita l'esigenza di disporre di dati che permettano un ragionamento sul complesso dei servizi offerti ed erogati ai cittadini, le aziende non sono ancora in grado di rilevare i dati di consumo per i residenti.

*«Siamo la Ausl di una provincia che attrae molti anziani nelle proprie strutture di ricovero. Dovremo calcolare i flussi di mobilità per tale settore»* (referente dell'Ausl 11).

Un esempio che dimostra come, in molte circostanze, pur in presenza di situazioni oggettive che impongono l'utilizzo ai fini decisionali di dati di consumo, tali categorie di dati non siano disponibili.

L'Ausl 5 è risultata quella in grado di rilevare più dati sui consumi dei residenti.

*«Siamo obbligati a ragionare in ottica di consumi perché non gestiamo direttamente l'Ospedale. La nostra condizione, definita dal modello istituzionale regionale, ci ha portato a potenziare gli investimenti nei Sistemi informativi».*

Ovviamente la disponibilità di dati sul consumo non è condizione sufficiente per garantire un'azione di governo nei confronti dei produttori esterni, ma ne rappresenta la condizione necessaria preliminare.

Analizziamo ora invece le differenti tipologie di dati disponibili per ambiti di attività. Nell'ultima colonna della tabella 1, i quattro ambiti di attività mostrano come soltanto con riferimento ai dati di ricovero ospedaliero la maggior parte delle Ausl del campione abbia a disposizione dati di consumo dei propri residenti (6 aziende su 11). Per quanto

concerne gli altri ambiti di attività, invece, la disponibilità di dati di consumo si riduce drasticamente: soltanto 4 aziende su 11 dispongono, infatti, di dati di consumo relativi all'ambito degli Anziani, sempre 3 su 11 relativi alla Specialistica, ed appena 2 su 11 per il Pronto soccorso.

Questo può confermare la diffusa percezione di una maggiore maturità dei sistemi di misurazione dell'attività ospedaliera, ma anche una maggiore attenzione verso i flussi informativi relativi ai ricoveri ospedalieri dei residenti rispetto all'attenzione verso informazioni per gestire prestazioni in altri ambiti quali il Pronto soccorso, la Specialistica o i ricoveri per Anziani in apposite strutture.

Un comportamento, quello delle Ausl, che da un lato è senza dubbio motivato dal fatto che il costo per l'assistenza ospedaliera è una variabile chiave nella comprensione dei livelli di consumo dei residenti, ma che dall'altro pone le stesse aziende di fronte a rilevanti rischi, soprattutto considerando che nel nostro campione la spesa per ricoveri rappresenta il 38% dei costi di consumo delle Ausl. Il primo rischio è quello di considerare i ricoveri e l'attività ospedaliera come l'unica variabile di consumo in grado di determinare i costi dei residenti, limitando al solo ambito ospedaliero ogni tipo di riflessione strategica relativa al livello di costo e non presidiando così l'insieme delle altre variabili, nel loro complesso più rilevanti della sola assistenza ospedaliera nella composizione del totale dei costi per residente. Il secondo rischio, strettamente correlato, è quello di non riuscire a definire una visione d'insieme sul *mix* di consumi dei propri residenti, unico strumento in grado di dotare le Ausl del patrimonio informativo basilare per l'esercizio di una funzione consapevole di tutela della salute. Non soltanto tramite il possesso dei dati di consumo per ambito, ma anche e soprattutto attraverso l'uso correlato degli stessi, infatti, si possono orientare i *mix* di consumi coerenti con la propria *mission* intenzionale. A tale proposito uno dei referenti delle Ausl ha commentato durante il secondo *workshop*:

*«Perché dovrei raccogliere tutta una serie di dati non semplici da rilevare se poi, non avendo strumenti per governare i consumi dei residenti, non ho il modo di utilizzare le informazioni raccolte?».*

In sintesi, le informazioni disponibili negli strumenti di governo direzionali sono prevalentemente orientate al governo della produzione interna, anche se contengono qualche informazione sui consumi dei residenti, limitandosi però al solo ambito di ricovero ospedaliero, che non può dare però una visione complessiva dei consumi, e rischia di dare percezioni parziali se non addirittura distorte, rappresentando solo il 38% dei consumi totali dei residenti.

### 5. La precisione dei dati raccolti nei diversi ambiti assistenziali

Sugli indicatori di costo per residente di tutti gli ambiti di attività per cui era prevista una raccolta dati è stata calcolata la deviazione standard relativa, il rapporto tra la deviazione standard e la media<sup>4</sup>. Questo indicatore rende comparabili le deviazioni standard, e quindi le variabilità, di ambiti dalle dimensioni diverse. La maggiore variabilità di un ambito assistenziale rispetto ad un altro può essere determinata da due diverse fonti:

- 1) la variabilità nei consumi dei residenti delle aziende dovuta a quadri epidemiologici o a tipologie di organizzazione dell'offerta differenti tra un'azienda e le altre;
- 2) un alto livello di imprecisione dei dati per l'ambito in oggetto, perché le aziende non hanno sviluppato sistemi di misurazioni affidabili o perché misurano solo le prestazioni prodotte da alcune tipologie di produttori e

non hanno incluso nei dati tutte le prestazioni consumate dai propri residenti non avendo la disponibilità dei dati su alcuni produttori.

La prima fonte di variabilità è sicuramente elevata poiché le Ausl sono irriducibilmente diverse per la popolazione che vi risiede, la loro geografia e la loro storia. Ma in questo lavoro la deviazione standard relativa è utilizzata come un indicatore *proxy* della qualità dei dati raccolti, soprattutto perché in sede di interpretazione dei dati i rappresentanti aziendali hanno attribuito questa motivazione alla maggior parte dei valori di deviazioni standard molto alti, che non potevano essere ragionevolmente spiegati con una reale varietà dei fenomeni analizzati.

Si riporta ora nella **tabella 2**, per singolo ambito di attività, il valore della deviazione standard relativa dei valori riportati dalle singole aziende nell'ambito del laboratorio<sup>5</sup>.

I dati quantitativi raccolti sono stati pertanto utilizzati anche per evidenziare una possibile relazione, per singolo ambito di attività, tra il livello di produzione diretta di prestazioni da parte di strutture di offerta organizzativamente afferenti alle Ausl, e qualità dei dati raccolti all'interno del campione di aziende utilizzando la deviazione standard relativa come variabile *proxy* per l'affidabilità dei dati che le aziende sono state in grado di rilevare (con le cautele discusse all'inizio del presente paragrafo). L'ipotesi di ricerca formulata è che, all'aumentare, nei diversi ambiti di attività, del peso delle prestazioni erogate da soggetti pubblici e privati esterni al perimetro di Ausl, diminuisca la qualità dei dati raccolti nelle diverse aziende del campione in virtù della minore capacità da parte delle Ausl stesse, come evidenziato nella prima dimensione di analisi, di presidiare e governare la raccolta dei dati stessi.

L'esistenza di una relazione tra quanto le aziende producono direttamente e la qualità dei dati disponibili per singolo ambito di attività può essere esplorata, quindi, anche attraverso due indicatori quantitativi:

– il livello percentuale di produzione interna per ambito, che misura all'interno del campione, per singolo ambito di attività, il livello medio di prestazioni direttamente erogate dalle Ausl sul totale (dettagliato in **tabella 3**);

**Tabella 2**

Deviazione standard relativa per ambito di attività

Ambito di attività	Deviazione standard relativa
Anziani	134%
Specialistica	117%
Assistenza domiciliare	111%
Riabilitazione e lungodegenza	99%
Materno infantile	91%
Continuità assistenziale	86%
Medicina generale	80%
Pronto soccorso	75%
Screening	62%
Prevenzione e sanità pubblica	54%
Ricoveri ospedalieri	41%
Pediatria di libera scelta	37%



– la deviazione standard relativa dei valori che le aziende hanno inviato per l'ambito in analisi al primo invio dei dati del laboratorio.

Si tenta ora di esplorare l'esistenza di una correlazione tra le due dimensioni di analisi, tramite utilizzo di uno *scatter plot* o grafico a dispersione (**figura 1**).

Nel grafico a dispersione è stata tracciata una linea di regressione lineare, cui è stato associato un indice di correlazione. Il risultato mostra come, al diminuire del livello di produzione direttamente erogata dalle aziende, aumenti la deviazione standard relativa. Ciò significa che, all'aumentare del livello di consumi dei residenti in strutture esterne all'Ausl, diminuisce la qualità dei dati che le aziende hanno a disposizione, a conferma dell'ipotesi precedentemente enunciata.

Ragionando per singolo ambito di attività, il dato più significativo è quello relativo ai ricoveri per anziani: a fronte di una produzione direttamente gestita dalle Ausl molto bassa (9%), il livello della deviazione standard relativa è il più elevato tra quelli registrati (134%), confermando perciò l'ipotesi che le aziende dispongano di dati di qualità ridotta con riferimento a tale ambito, dove il ruolo

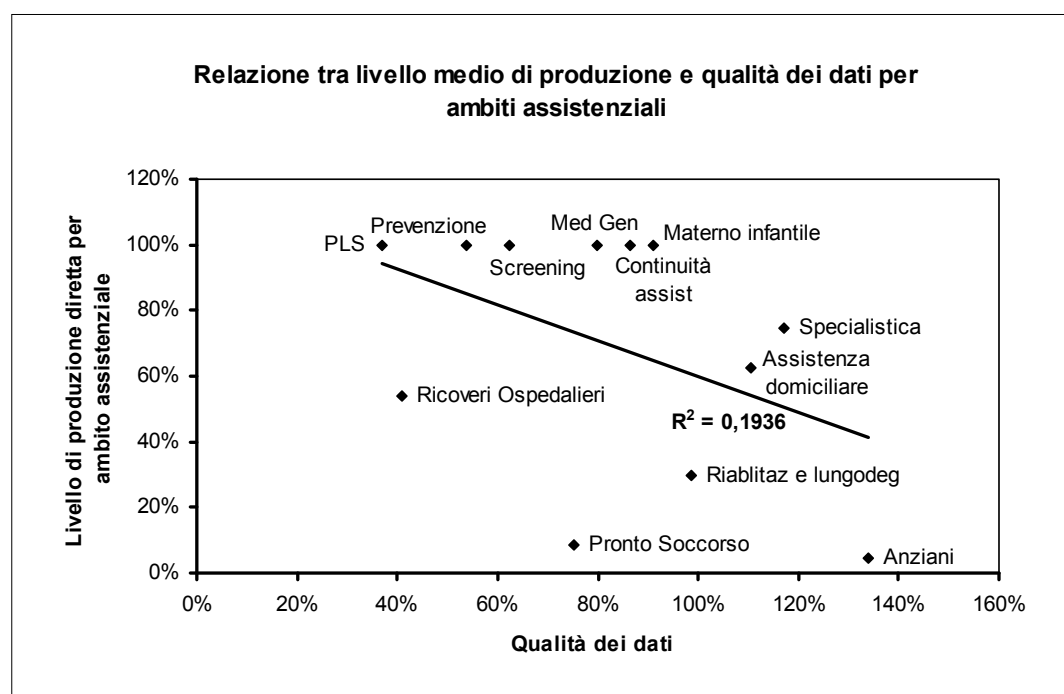
Ambito di attività	Livello di produzione diretta
Specialistica	75%
Medicina generale	100%
Pediatria di libera scelta	100%
Continuità assistenziale	100%
Assistenza domiciliare	63%
Screening	100%
Materno infantile	100%
Anziani	5%
Riabilitazione e lungodegenza	30%
Pronto soccorso	9%
Prevenzione e sanità pubblica	100%
Ricoveri ospedalieri	54%

di produzione diretta esercitato dalle Ausl è minimo rispetto ai consumi dei residenti in strutture esterne all'azienda.

In controtendenza invece il dato sui Ricoveri ospedalieri: pur in presenza di livelli elevati di consumi esterni (le aziende erogano direttamente il 54% del totale delle prestazioni), il livello della deviazione standard relativa è tra i più bassi (41%). Ciò può essere determinato dalla già menzionata attenzione preponderante che le aziende concen-

**Tabella 3**

Livello di produzione diretta per ambito di attività



**Figura 1**

Scatter plot relativo alla relazione tra livello di produzione diretta e qualità dei dati

trano sulla produzione ospedaliera, come già argomentato.

## 6. Conclusioni

Il contributo che questo articolo può apportare alla letteratura nell'ambito della strategia delle aziende sanitarie consiste nell'utilizzo di *proxy* rivelatrici delle *mission* emergenti come metodologia per rilevarne il *focus* strategico e nell'evidenziare una relazione tra la qualità dei dati e la quota di prestazioni prodotta direttamente.

Nell'eterogeneità delle configurazioni regionali le Ausl possono assumere diverse missioni (Fattore, Longo, 2002): tutela della salute dei residenti, produzione di prestazioni e servizi, missioni bilanciate. La missione aziendale delle Ausl è formalmente definita dalle architetture dei sistemi regionali, ma, alla luce della finalità di tutela della salute dei residenti, la missione è determinata anche dalla geografia dei consumi sanitari dei residenti e dall'orientamento strategico di fondo assunto (France, Taroni, 2005). In questo scenario le singole Ausl possono definire una loro strategia intenzionale che non necessariamente coincide con la strategia che realmente riescono poi ad attuare, dipendendo anche dalla loro forza istituzionale, dalle competenze organizzative disponibili e dalla capacità di governo. In questo articolo abbiamo cercato di indagare gli scostamenti tra la geografia dei consumi e le missioni emergenti, dedotte dal *focus* dei sistemi di indirizzo e controllo direzionale. Abbiamo osservato un orientamento molto evidente al tradizionale governo della produzione interna, mentre è ancora debole la capacità di leggere, e quindi governare, i consumi dei residenti, laddove le prestazioni sono prodotte da altre aziende. Abbiamo rilevato un livello di consapevolezza sul posizionamento aziendale nella geografia dei consumi dei residenti relativamente basso e un *focus* dei sistemi direzionali ancora prevalentemente orientato al governo della produzione interna, anche laddove questi non costituiscono più la parte predominante dell'erogazione di servizi. Inoltre, abbiamo osservato che laddove vi è una disponibilità di dati sui consumi dei residenti, questa è molto parziale, spesso limitata ai soli ricoveri ospedalieri, che rappresentano il 38% del totale dei consumi sanitari, con

l'evidente rischio di generare visioni parziali se non distorte dei consumi.

Questa constatazione dovrebbe indurre a profonde riflessioni i *policy maker* che assegnano un ruolo decisivo alla committenza locale nelle loro architetture di sistema regionale. Se la committenza è assente dalle missioni emergenti, probabilmente non viene esercitata o viene esercitata in modo poco incisivo. La nostra ricerca non è in grado di stabilire se la scarsa diffusione della consapevolezza ed orientamento al governo dei consumi è dovuta ad un deficit di volontà, di compenso è la conferma della difficoltà strutturale ad esercitare questa funzione nel settore sanitario (Del Vecchio, 2002): l'analisi dei possibili *driver* esplicativi del fenomeno è un terreno di ricerca futura. Ciò che emerge con una certa forza dalla nostra indagine è l'insufficiente orientamento intenzionale delle aziende Ausl al presidio di questa funzione.

Dalla nostra ricerca emerge anche una disponibilità di dati di consumo migliore per gli ambiti che sono stati i tradizionali settori di produzione delle aziende Ausl. Avere una tradizione di produttore in un determinato ambito migliora le capacità di leggere i consumi. Lo sviluppo di competenze per il governo dei consumi non è quindi in contrasto con forti competenze relative alla produzione. Saper governare la produzione può supportare lo sviluppo di competenze per il governo dei consumi. Missioni aziendali bilanciate per le Ausl tra governo della produzione e dei consumi possono perciò favorire lo sviluppo di competenze complessive di tutela della salute.

## Note

1. Mintzberg (1985) distingue tra strategia *dichiarata* formalmente dall'azienda, strategia *intenzionale* (che corrisponde alla reale volontà) e strategia *emergente* (quella di fatto attuata, più o meno consapevolmente).
2. Gli autori ringraziano il dott. Ripa di Meana (Presidente FIASO e Direttore generale Ausl di Bologna), il dott. Belloli (ex Direttore generale Asl di Cremona e referente FIASO del progetto), il dott. Rotelli (Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari numero 1 Triestina) ed il dott. Monchiero (Direttore generale dell'Asl di Alba - Bra) per la fiducia concessa e per l'attiva e pregnante committenza di progetto esercitata da FIASO.

3. Gli autori rivolgono anche uno speciale ringraziamento a tutti i partecipanti al Laboratorio, che si sono distinti per disponibilità ed impegno, qui citati ad uno ad uno per nome ed Asl di appartenenza: Michele Parodi, Cristina Peirano e Andrea Saglietti (Asl Cn2 Alba Bra), Maria Luisa Pascarella, Paola Lauria e Maria Rosaria Troisi (Asl 2 Avellino), Pino Frau e Rina Bandinu (Asl 8 Cagliari), Lorenzo Brugola, Francesco Forzani, Salvatore Mannino e Bruna Masseroni (Asl Cremona), Stefano Carlini, Marcello Cellini e Sandro Guerra (Asl Ferrara), Carla Buonamici, Fabio Haag, Laura Peracca e Serena Stupani (As 10 Firenze), Paolo Mascitti, Vincenzo Orsatti e Salvatore Vallone (Asl Lanciano Vasto), Andrea Bianchi, Antonio Brambilla e Filippo Celaschi (Asl Piacenza), Camillo De Gregorio, Tino Gori, Mauro Goletti e Marisa Romagnuolo (Asl Roma E), Claudia Agosti, Claudio Balbi, Luca Garra e Maurizio Modenesi (Asl 2 Savonese), Oliviera Cordano, Liliana Rappanello, Anna Scalzeri e Giulia Ullucci (Ulss 4 Thiene - Alto Vicentino), Marco Braida, Paolo Da Col, Mario Reali, Majla Mislej, Marco Spanò, Chiara Strutti e Rosolino Trabona (Ass 1 Triestina). Si ringraziano in special modo per il loro prezioso contributo Nicola Pinelli e Lorenzo Terranova di FIASO.
4. La *percent relative standard deviation* (%RSD) è calcolata partendo dalla deviazione standard  $s$  e dalla media  $x$  tramite la seguente formula:  $\%RSD = 100 \cdot s/x$ , (Lewis, Evans, 2006).
5. Si precisa che all'interno del laboratorio sono in atto alcune revisioni dei dati allo scopo di incrementare la qualità dei dati ed uniformare il contenuto degli ambiti tra le singole aziende.

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

- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., JOMMI C. (2004), «Phasing out market mechanisms in the Italian National Health Service», *Public Money & Management*, 24(5), pp. 309-316
- CAVALLI, L., JOMMI, C., LECCI, F. (2007), «La spesa sanitaria: fonti informative, composizione ed evoluzione», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2002), «La resistibile ascesa dei nemici dell'azienda pubblica», *Salute e società*, 1.
- DEL VECCHIO M. (2003) «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Egea, Milano.
- FATTORE G., LONGO F. (2002), «Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2002. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- FATTORE G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Egea, Milano.
- FERRERA M. (1995), «The Rise and Fall of Democratic Universalism: Health Care Reform in Italy, 1978-1994», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 20, n. 2, summer.
- FRANCE G., TARONI F. (2005), «The Evolution of Health-policy Making in Italy», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, n. 1-2.
- JOMMI C. (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano.
- JOMMI C., CANTÙ E., ANESSI PESSINA E. (2001), «New funding arrangements in the Italian National Health Service», *International Journal of Health Planning and Management*, 16, pp. 347-368.
- LEWIS R., EVANS W. (2006), *Chemistry*, Palgrave Macmillan.
- LONGO (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.
- LONGO F. (2001), *Federalismo e decentramento: le proposte economico aziendali per le riforme*, Egea, Milano.
- MINTZBERG H. (1985), «Of Strategies: Deliberate and Emergent», *Strategic Management Journal*, n. 6.
- SCALETTI A. (2007), *Il controllo economico delle aziende dei sistemi sanitari regionali*, Giappichelli, Torino.
- TEDESCHI P., TOZZI V. (2004) (a cura di), *Il governo della domanda*, Mc Graw Hill, Milano.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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

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

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

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

#### Articoli in riviste

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

#### Rapporti/Atti

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

#### Non pubblicati

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

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

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

# Farmacisti e malattie rare: i risultati di un'indagine

CLAUDIO JOMMI, MAURO DE ROSA, MONICA OTTO

*Orphan drugs face important challenges in terms of R&D (Research and Development), assessment, production processes, distribution and prescription. Most of the worldwide policies have been focusing on actions aimed at favouring R&D and accelerating access to the market, through orphan designation. Minor attention has been posed on professionals, rare diseases and orphan drugs. This article discusses the role of pharmacists in managing rare diseases and drugs for rare diseases (that are not necessarily orphan). This topic has been scrutinised through a structured questionnaire self-administered to the relevant interviewed: responders represent 27% of total health care organisations. Evidence shows that (i) pharmacists perceive to have an important role in managing rare diseases, (ii) one of the major problems facing pharmacists is the absence or the poorness of clinical pathways for rare diseases, whereas (iii) drug costs and the way drugs are distributed are less important. However, whereas in the Northern part of Italy pharmacists perceive that better organisation and integration among services could improve the situation, in the Central and, especially, Southern Regions pharmacists tend to rely on (and ask for) more regulation; hence, the latter implicitly reveal a more bureaucratic approach, than the former.*

Keywords: pharmacists, rare diseases, orphan drugs

Parole chiave: farmacisti, malattie rare, farmaci orfani

## Note sugli autori

Claudio Jommi, professore associato, Università degli Studi del Piemonte Orientale «A. Avogadro», responsabile Osservatorio Farmaci, CERGAS Bocconi  
Mauro De Rosa, responsabile del Dipartimento Farmaceutico, Azienda USI Modena  
Monica Otto, Osservatorio Farmaci, CERGAS Bocconi

## 1. Introduzione

Le malattie rare rappresentano un ampio gruppo di patologie (circa 5-6 mila), caratterizzate essenzialmente dalla bassa prevalenza nella popolazione. Dato il numero limitato di pazienti, l'interesse potenziale delle imprese nell'investimento in Ricerca e sviluppo (R&S) per tali patologie è relativamente basso. Ciò è la motivazione per cui sono state implementate fin dai primi anni '80 iniziative finalizzate a promuovere l'investimento in R&S da parte delle imprese, iniziative collegate alla designazione di un farmaco come «farmaco orfano». Tali strategie sono state attivate inizialmente negli Stati Uniti, che nel 1983 hanno promulgato una legislazione specifica sui farmaci orfani (*Orphan Drugs Act*). L'esempio degli Stati Uniti, nella definizione di una normativa *ad hoc* sui farmaci orfani è stato seguito da Giappone (1993), Australia (1998) e Ue (2000).

In particolare, nell'Ue, a seguito dell'adozione del Programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'Azione della sanità pubblica per il quadriennio 1999-2003, venne approvato il Regolamento 141/2000 che prevede l'istituzione della procedura comunitaria per l'assegnazione della qualifica di farmaco orfano. A questo scopo fu istituito, all'interno di EMEA il *Committee for Orphan Medicinal Products (COMP)*.

Il criterio base per la designazione di un farmaco come farmaco orfano è quello appunto della prevalenza della patologia. Nell'Ue viene definita come rara una malattia che colpisce non più di 5 pazienti su 10.000 abitanti. Negli Stati Uniti viene adottata una classificazione su base assoluta: è considerata malattia rara una patologia, della quale sono affetti meno di 200.000 pazienti. Più restrittiva è la normativa giapponese e, soprattutto, australiana, che prevede la desi-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Obiettivo dello studio e metodologia dell'indagine
3. Analisi dei risultati
4. Conclusioni

gnazione di farmaco orfano solo per i farmaci indicati per le patologie con una prevalenza inferiore a 1,1 abitanti per 10.000. A tale criterio generale di carattere epidemiologico, alcune normative (ad esempio l'Ue) aggiungono, ai fini della designazione di un farmaco come farmaco orfano, la gravità della patologia (affezione che comporta minaccia della vita o debilitazione cronica), la non disponibilità di terapie alternative, il rapporto rischio/benefici valutato in termini comparati rispetto a terapie eventualmente esistenti sul mercato. Per facilitare ulteriormente la designazione di farmaco orfano, a fine 2007 l'Emea e l'FDA hanno raggiunto un accordo (*Common EMEA/FDA application form for orphan medicinal product designation*) che consente alle imprese di utilizzare un unico documento per la richiesta di designazione negli USA e nell'Ue, anche se la documentazione viene separatamente analizzata dalle due agenzie regolatorie.

La designazione di farmaco orfano comporta una serie di fattori che facilitano il processo di ricerca e sviluppo da parte delle imprese, definiti comunemente (i) sistemi *push* o *upstream*, nel senso che stimolano l'investimento prima che questo abbia dato i suoi risultati e (ii) sistemi *pull*, che invece riconoscono l'*output* della ricerca fornendo incentivi affinché i prodotti abbiano effettivamente un sufficiente sbocco di mercato ed il recupero degli investimenti, una volta che il farmaco viene lanciato sul mercato. I meccanismi *push* con riferimento nello specifico alle malattie rare sono tipicamente rappresentati da finanziamenti pubblici per l'attività di ricerca, dal supporto alla definizione e gestione dei protocolli di sviluppo clinico, dagli incentivi fiscali, dalle procedure *fast track* per l'approvazione dei farmaci, dalla riduzione delle *fees* per la registrazione dei farmaci. L'Ue ha di fatto delegato le iniziative *push* alla legislazione nazionale. Tra i meccanismi *pull*, uno dei fattori più potenti è rappresentato dalla maggiore copertura brevettuale che si ottiene come (prima) designazione di farmaco orfano. A seconda della regolamentazione nei diversi Paesi, una volta che un farmaco ha ottenuto la designazione di farmaco orfano e viene lanciato come tale sul mercato, le autorità regolatorie hanno il divieto di registrare un altro farmaco per le stesse indicazioni terapeutiche per un pe-

riodo variabile tra i sette ed i dieci anni. In genere viene previsto che tale periodo di esclusiva venga ridotto, nel caso di lancio di un farmaco più efficace rispetto a quelli esistenti sul mercato o, come previsto dalla normativa europea, nell'ipotesi in cui dopo cinque anni di esclusività il prodotto risulti sufficientemente remunerativo (Sheridan, 2004; Alcimed, 2005).

Le iniziative sopra descritte sono state prevalentemente finalizzate ad incentivare l'investimento ed assicurare il mercato per i prodotti per patologie la cui numerosità di casi non consentirebbe alle imprese di ottenere la remunerazione per l'attività di R&S. Oltre alle iniziative di incentivo alle imprese, sono stati attivati diversi programmi di finanziamento pubblico della ricerca nel campo della malattie rare (*grant*). In Italia, oltre ai *grant* collegati ad iniziative di ricerca europea, l'AIFA ha avviato dei programmi specifici di finanziamento della ricerca, nell'ambito del Programma nazionale per la ricerca indipendente, in cui l'Area 1 ha tradizionalmente riguardato le Malattie rare ed i Farmaci orfani (tabella 1).

In realtà le malattie rare non pongono problemi solo di finanziamento della R&S, per rendere disponibili farmaci indicati per tali patologie, ma anche importanti problematiche di gestione (i) dei percorsi delle patologie a partire dall'informazione al paziente e dalla diagnosi (spesso complessa) e di (ii) conseguente integrazione tra i servizi.

Tali problematiche da alcuni anni sono oggetto di intervento normativo a livello nazionale. Il Piano sanitario nazionale (Psn) 1998-2000 indicava fra le priorità la tutela dei soggetti affetti da malattie rare e tra gli interventi prioritari la realizzazione di una rete nazionale delle malattie rare. Nel maggio 2001 è stato emanato il Decreto ministeriale 279/2001 «Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie», regolamento che prevede la realizzazione di una rete nazionale costituita da Presidi, appositamente individuati dalle Regioni per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia e di Centri interregionali di riferimento per le malattie rare. La creazione di una rete nazionale delle malattie rare prevede da parte delle Regioni l'individuazione di presidi per

	USA	Giappone	Australia	Ue
Dato di prevalenza della patologia per richiedere la designazione di farmaco orfano (pazienti per 10.000 abitanti)	Prevalenza assoluta (< 200 mila abitanti; circa 7,5)	4,0	1,1	5,0
Esclusività di mercato	7 anni	10 anni	5 anni (non diversa da altri farmaci)	10 anni
Agevolazioni fiscali	50% per gli studi clinici	6% per qualunque studio (tetto del 10% sul totale delle imposte di impresa)	No	Situazione diversa da paese a paese
Grant per la ricerca	Programmi NIH	Fondi governativi	No	Programmi comunitari ed iniziative nazionali
Assistenza tecnica per la richiesta di designazione di farmaco orfano	Sì	Sì	No	Sì
AIC abbreviata	Sì	Sì	Sì	Sì (attraverso la procedura centralizzata)

**Tabella 1**

Le principali agevolazioni regolatorie per la ricerca e sviluppo di farmaci orfani

Fonte: nostra elaborazione su dati Eurordis (<http://www.eurordis.org/>, ultimo accesso 25/3/2008)

l'assistenza ai pazienti affetti da malattie rare. Dal luglio 2002 è stato istituito nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni un gruppo tecnico interregionale permanente, al quale partecipano il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità, il cui obiettivo è rappresentato dall'ottimizzazione del funzionamento delle reti regionali e dalla salvaguardia del principio di equità dell'assistenza per tutti i cittadini. Ai fini dell'attività di sorveglianza della rete è stato poi istituito un Registro nazionale delle malattie rare presso l'Istituto superiore di sanità, con l'obiettivo di raccolta di dati epidemiologici. Sempre l'Istituto superiore di sanità ha attivato dal 2004 un Registro nazionale farmaci orfani, con l'obiettivo prioritario di implementare un sistema di sorveglianza sui farmaci orfani e quello di fornire uno strumento utile per la valutazione di efficacia, del profilo rischio-benefici e dell'appropriatezza. Tale registro assume una rilevanza ancora maggiore se si considera il fatto che i farmaci orfani vengono spesso autorizzati a seguito di studi di Fase II *under exceptional circumstances*.

## 2. Obiettivo dello studio e metodologia dell'indagine

L'attenzione nei confronti delle patologie rare riguarda tutti gli operatori, data la complessità del percorso diagnostico-terapeutico, complessità generata dalla bassa numerosità dei casi, dalla frequente difficoltà della diagnosi, che non di rado avviene tardivamente, dal coinvolgimento per gran parte delle patologie di diverse unità operative delle aziende sanitarie (ed in particolare, dall'esigenza di una forte integrazione ospedale/territorio), dal frequente elevato costo delle terapie farmacologiche e dalla conseguente difficoltà di gestione di tali terapie, dalla natura multidisciplinare dei professionisti coinvolti nella gestione del percorso.

La complessità delle patologie rare (e della relativa risposta da parte dei servizi e degli operatori) solleva anche importanti problematiche di equità nell'accesso ai servizi sanitari, maggiore di altri ambiti in cui la risposta terapeutica risulta più standardizzata e la conoscenza della patologia più approfondita.

Tra i diversi attori del Ssn assume un importante rilievo il farmacista del Ssn (farmacista ospedaliero o farmacista responsabile di servizio farmaceutico territoriale). L'importanza di tale figura è da ricollegare alla rilevanza, per gran parte delle patologie rare, della terapia farmacologica, al frequente costo elevato di tale terapia, che rende problematica la sua gestione nel caso di disponibilità limitate di risorse per l'assistenza farmaceutica, alla necessità di azione sistematiche di valutazione dell'appropriatezza nell'uso e del rapporto rischio-benefici, soprattutto nel caso di farmaci orfani per patologie rare.

L'obiettivo della ricerca è quello di analizzare la percezione delle problematiche delle malattie rare da parte del farmacista del Ssn, con riferimento nello specifico (i) alla percezione del grado di rilevanza delle malattie rare nella sua attività professionale, (ii) alle criticità collegate alla gestione della terapia farmacologica nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici riferiti a tali patologie, (iii) alla valutazione dell'importanza del quadro normativo di riferimento ed agli aspetti percepiti come prioritari per il futuro.

Per conseguire l'obiettivo dello studio si è elaborato, con il supporto di un *panel* di esperti (cfr. Nota), un questionario a risposta multipla (**allegato**). Tale strumento di indagine, oltre a raccogliere l'anagrafica del *responder*, consta di tre aree tematiche sviluppate in 13 domande: i) percezione del grado di rilevanza delle malattie rare nella sua attività professionale (domande 1-5); ii) criticità collegate alla gestione della terapia farmacologica nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici (domande 6-9); iii) valutazione dell'importanza del quadro normativo di riferimento e degli aspetti percepiti come prioritari per il futuro (domande 10-13). Tale questionario è stato testato in un'indagine condotta nella Regione Lazio ed i cui risultati sono stati presentati nell'ambito del Congresso nazionale SIFO (Società italiana di farmacia ospedaliera e dei servizi farmaceutici aziendali) tenutosi a Rimini dall'8 all'11 ottobre (Checcoli *et al.*, 2007).

Il questionario così strutturato è stato quindi auto-somministrato a farmacisti ospedalieri e territoriali dipendenti dal Ssn coinvolti nell'ambito dello stesso Congresso nazionale della SIFO. La possibilità di compilare il questionario è stata aperta a tutti i farmacisti

operanti nelle farmacie ospedaliere e nei servizi farmaceutici territoriali.

La selezione del campione di farmacisti non può quindi considerarsi probabilistica, avendo per definizione solo il gruppo dei farmacisti partecipante al convegno la probabilità di essere scelti. La selezione del campione è quindi avvenuta in base a criteri di comodo (o praticità). Un campione selezionato con questi criteri può essere conseguentemente soggetto a *bias*. Vanno però fatte due osservazioni. In primo luogo il Congresso nazionale SIFO rappresenta un evento annuale al quale normalmente partecipa una quota consistente degli associati SIFO. In secondo luogo, sulla base di una prima analisi del campione (62 aziende sanitarie rispondenti) si è proceduto ad un *recall* mirato con lo scopo di ottenere la più ampia rappresentatività possibile rispetto a:

- la distribuzione regionale delle risposte e delle aziende coinvolte nello studio;
- la distinzione tra territorio ed ospedale;
- la dimensione delle strutture ospedaliere afferenti le aziende sanitarie.

Tutte le Regioni tranne la Sicilia (dato l'elevato grado di partecipazione in sede convegnistica) sono state oggetto di *recall* rivolto ovviamente alle aziende sanitarie non rappresentate. Il *recall* è stato effettuato in due *step* su tutte le aziende non rispondenti: un primo *step* a dicembre 2007 ed un secondo *step* a gennaio 2008. Il *recall* è stato effettuato per tramite di e-mail ed è stato indirizzato ai responsabili dei servizi/dipartimenti farmaceutici aziendali, non essendo disponibile un *database* completo dei farmacisti per azienda sanitaria. Il *recall* ha avuto una risposta molto limitata, pari, complessivamente, a otto questionari inviati (corrispondenti a otto aziende) rispetto alle 166 aziende sanitarie contattate (tra Asl - Aziende sanitarie locali e Ao - Aziende ospedaliere) (tasso di risposta del 5%). Tale (limitato) tasso di risposta non è sufficiente per poter affermare che i potenziali *bias* dell'utilizzo di un campione non probabilistico siano stati annullati.

Complessivamente (prima rilevazione e *recall*) sono state raccolte 125 risposte provenienti da 70 aziende sanitarie (aziende sanitarie locali - Asl ed ospedaliere - Ao),



corrispondenti al 28% della popolazione complessiva di riferimento – vale a dire le aziende totali presenti sul territorio italiano (Anessi Pessina, Cantù, 2007) – con un numero medio di risposte per azienda pari a 1,6. Delle aziende rappresentate 46 sono Asl (29% delle Asl complessivamente presenti sul territorio nazionale) e 24 Ao (25% delle Ao presenti sul territorio nazionale).

Le **tabella 2** illustra l'incidenza delle aziende sanitarie rappresentate rispetto al totale delle aziende sanitarie per Regione e aree geografiche.

La **tabella 3** analizza invece la distribuzione dei rispondenti tra aziende sanitarie locali (con o senza presidi a gestione diretta) ed ospedaliere. Tale tabella mostra come le risposte raccolte appartengano complessivamente per il 66% ad Asl e per il 34% ad Ao, distribuzione che rispecchia quella della realtà italiana (62% Asl e 38% Ao). A livello regionale, si osserva una distribuzione tra Asl e Ao sostanzialmente coerente con quella effettiva, tranne in alcuni casi in cui si sono avute risposte esclusivamente da Ao (Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Calabria) o da Asl (Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Basilicata e Sardegna).

I rispondenti provengono per il 28% da aziende ospedaliere, per il 41% da presidi ospedalieri di Asl e per il restante 31% dai servizi territoriali. Il 16% proviene invece da centri interregionali di riferimento per le malattie rare, ed il 28% da centri con registro per le malattie rare.

### 3. Analisi dei risultati

Le risposte alle 13 domande, raggruppate nelle tre aree sopra citate, sono analizzate sulla base di tre livelli di aggregazione:

- provenienza del *responder*: «Centro e registro», vale a dire centri di riferimento dove è attivo il registro per malattie rare; «Registro», vale a dire strutture, che non rappresentano centri di riferimento regionale, ma dove è attivo il registro per le malattie rare; «Altro»;
- attività del *responder*: farmacista ospedaliero (presso presidi ospedalieri ed aziende ospedaliere) *versus* farmacista territoriale;
- area geografica: Nord-ovest (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia e Liguria), Nord-est

Regioni	Aziende sanitarie	Posti-letto
Piemonte	23,8%	14,8%
Valle d'Aosta	100,0%	100,0%
Lombardia	18,2%	22,4%
Trentino	50,0%	53,7%
Veneto	13,0%	22,1%
Friuli-Venezia G.	11,1%	14,6%
Liguria	12,5%	30,8%
Emilia-Romagna	37,5%	17,7%
Toscana	31,3%	21,6%
Umbria	16,7%	0,0%
Marche	33,3%	75,9%
Lazio	50,0%	30,2%
Abruzzo	0,0%	0,0%
Molise	0,0%	0,0%
Campania	33,3%	29,1%
Puglia	62,5%	38,1%
Basilicata	16,7%	19,8%
Calabria	20,0%	18,3%
Sicilia	42,3%	39,3%
Sardegna	33,3%	54,0%
<b>Italia</b>	<b>27,8%</b>	<b>27,1%</b>
<b>Nord ovest</b>	<b>20,3%</b>	<b>22,3%</b>
<b>Nord est</b>	<b>22,0%</b>	<b>22,6%</b>
<b>Centro</b>	<b>36,6%</b>	<b>31,5%</b>
<b>Sud</b>	<b>33,3%</b>	<b>31,4%</b>

*Nota:* le Regioni del Nord-ovest includono Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, quelle del Nord-est Veneto, Trentino (Provincia Autonoma di Bolzano + Provincia Autonoma di Trento), Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna. Le Regioni del Centro comprendono Toscana, Umbria, Marche, Lazio. Infine, le Regioni del Sud includono Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.

(Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Veneto ed Emilia-Romagna), Centro (Toscana, Umbria, Marche e Lazio), Sud ed Isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna).

#### 3.1. Percezione del grado di rilevanza delle malattie rare nell'attività professionale del farmacista

Dallo studio emerge come le malattie rare siano considerate abbastanza o molto rilevanti dal 71% dei rispondenti, mentre per il restante 29% poco rilevanti o secondarie (**tabella 4**). Non si registrano particolari differenze tra risposte fornite da farmaci-

**Tabella 2**

Distribuzione regionale delle aziende (Asl + Ao) (% di aziende rispondenti rispetto al totale di aziende presenti in ciascuna Regione)

**Tabella 3**

Confronto, tra popolazione e campione, della distribuzione tra (i) numero di Asl e Ao e (ii) posti letto in presidi di Asl ed Ao

Regioni	Numero Aziende				Posti letto			
	Popolazione (*)		Campione		Popolazione (*)		Campione	
	Asl	Ao	Asl	Ao	Po	Ao	Po	Ao
Piemonte	62%	38%	60%	40%	61%	39%	32%	68%
Valle d'Aosta	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Lombardia	34%	66%	25%	75%	3%	97%	0%	100%
Trentino	100%	0%	100%	0%	100%	0%	0%	0%
Veneto	91%	9%	67%	33%	80%	20%	53%	47%
Friuli-Venezia G.	67%	33%	0%	100%	41%	59%	0%	100%
Liguria	63%	38%	0%	100%	54%	46%	0%	100%
Emilia-Romagna	69%	31%	100%	0%	64%	36%	100%	0%
Toscana	75%	25%	80%	20%	69%	31%	41%	59%
Umbria	67%	33%	100%	0%	52%	48%	0%	0%
Marche	33%	67%	100%	0%	76%	24%	100%	0%
Lazio	75%	25%	63%	38%	70%	30%	63%	37%
Abruzzo	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Molise	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Campania	62%	38%	86%	14%	60%	40%	79%	21%
Puglia	75%	25%	80%	20%	60%	40%	75%	25%
Basilicata	83%	17%	100%	0%	64%	36%	100%	0%
Calabria	60%	40%	0%	100%	62%	38%	0%	100%
Sicilia	35%	65%	55%	45%	41%	59%	43%	57%
Sardegna	89%	11%	100%	0%	90%	10%	100%	0%
<b>Italia</b>	<b>62%</b>	<b>38%</b>	<b>66%</b>	<b>34%</b>	<b>57%</b>	<b>43%</b>	<b>57%</b>	<b>43%</b>

(\*) Fonte: Anesi Pessina, Cantù, 2007 (dato al 30/6/2007).

**Tabella 4**

Rilevanza delle malattie rare nella pratica quotidiana

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Centro riferimento + registro	Solo registro	Altri
Molto rilevanti	14%	9%	18%	16%	14%	26%	10%	12%
Abbastanza rilevanti	56%	57%	71%	53%	53%	63%	55%	54%
Poco rilevanti	27%	30%	12%	28%	31%	11%	30%	31%
Secondarie	2%	4%	0%	3%	2%	0%	5%	2%

sti ospedalieri e territoriali. Nel Nord-est si evidenzia una maggiore rilevanza attribuita alle patologie, da collegare essenzialmente all'intervento regionale sulla gestione informatizzata delle diagnosi e dei trattamenti terapeutici che hanno coinvolto direttamente i farmacisti. Si ravvisa poi, come era prevedibile, che alle malattie rare venga attribuita una maggiore rilevanza nella pratica quotidiana nei centri di riferimento, mentre il fatto

che nei centri sia stato istituito un registro delle malattie rare non rappresenta un fattore discriminante.

La patologia per la quale emerge un'esperienza professionale diretta più diffusa è l'emofilia (38%), equamente riconosciuta da farmacisti ospedalieri (34%) e territoriali (38%), con una forte concentrazione nel Nord-ovest (42%) e Centro (42%) e laddove esiste un registro per le malattie rare (41%)

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Centro riferimento + registro	Solo registro	Altri
Emofilia	38%	42%	23%	42%	36%	22%	41%	38%
Malattia di Gaucher	19%	16%	15%	13%	20%	22%	14%	17%
Malattia di Fabry	14%	7%	28%	12%	7%	22%	18%	8%
Angioedema ereditario	10%	12%	13%	10%	7%	13%	8%	9%
Malattia di Pompe	2%	9%	11%	12%	5%	9%	8%	8%
Altre	17%	14%	11%	12%	25%	11%	10%	21%

**Tabella 5**  
Esperienza professionale  
diretta per patologia

(**tabella 5**). Il costo della terapia per pazienti emofilici, oltre che la rilevanza sociale della patologia, ha probabilmente determinato l'attenzione specifica nei confronti dell'emofilia, patologia rara, ma i cui farmaci non sono classificati tra quelli orfani. Per ordine di rilevanza percepita segue la malattia di Gaucher, che, tra le malattie rare elencate, è quella relativamente più diffusa. Se, in generale, esiste una certa uniformità territoriale nella rilevanza percepita delle patologie rare, nel Nord-est vi è un maggiore concentrazione di risposte riferite alla malattia di Fabry, che può essere spiegato dal maggiore investimento sull'attività diagnostica per tale patologia. Infine, la malattia di Pompe ha trovato il più basso riscontro giustificabile dalla mancanza di una soluzione terapeutica fino a gennaio 2007.

Con riferimento al secondo *item* del questionario (ruolo del farmacista ospedaliero per ottimizzare l'accesso all'assistenza farmaceutica per i pazienti affetti da malattie rare), in generale, il farmacista, professionista istituzionalmente preposto alla distribuzione dei farmaci, svolge un prevalente ruolo di interfaccia tra istituzioni (essenzialmente regione) e centri di riferimento. Minore appare il peso attribuito all'attività di consu-

lenza tecnico-scientifica, di individuazione della commissione di riferimento e, soprattutto, di sollecitazione dell'erogazione del farmaco. Ciò è particolarmente evidente per i farmacisti territoriali, anche perché non direttamente coinvolti nelle commissioni e, a volte, nell'erogazione diretta del farmaco. In generale, comunque, nella auto-valutazione del ruolo dei farmacisti nell'accesso alle terapie sembra prevalere più l'aspetto burocratico-procedurale (ad esempio, ottimizzazione attraverso processi e procedure) che quello attivo di consulenza e di sollecitazione all'erogazione del farmaco (qualora vengano individuate problematiche di accesso) (**tabella 6**).

Uno degli strumenti tipici di valutazione e selezione dei farmaci è rappresentato dal prontuario terapeutico. In questo senso, il farmacista, soprattutto ospedaliero, svolge un ruolo generalmente rilevante nell'ambito delle Commissioni terapeutiche aziendali. Tale ruolo è considerato, con riferimento specifico alle malattie rare, molto importante e, addirittura, complementare rispetto alla decisione medica dal 36% dei rispondenti o abbastanza rilevante a supporto della decisione medica nel 40%. In particolar modo, il ruolo del farmacista è considerato molto

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud
Favorendo dialogo tra istituzioni e centri di riferimento	39%	22%	47%	37%	46%
Fornendo consulenza tecnico scientifica	22%	39%	26%	20%	16%
Individuando commissione riferimento	12%	17%	16%	9%	11%
Sollecitando l'erogazione del farmaco	11%	4%	5%	14%	14%
Attraverso processi e procedure dedicate	15%	17%	5%	17%	14%
Suggerendo alternative terapeutiche	1%	0%	0%	3%	0%

**Tabella 6**  
Ruolo del farmacista  
ospedaliero per ottimizzare  
l'accesso all'assistenza  
farmaceutica per i pazienti  
affetti da malattie rare

rilevante da coloro che operano nei centri di riferimento, dove la percentuale sale al 58%: in questo caso è evidente la percezione di un dialogo continuo tra farmacisti e clinici nella valutazione dell'opportunità o meno di inserire un farmaco per patologie rare (non necessariamente orfano) nei prontoari ospedalieri. Tale ruolo attivo nella selezione dei farmaci per i prontoari è particolarmente segnalata dai farmacisti ospedalieri e risulta sostanzialmente omogenea tra le diverse aree territoriali (**tabella 7**).

Nell'opinione dei farmacisti, i clinici dei centri di riferimento hanno un peso mediamente elevato (39%) nell'accesso alla prestazione farmaceutica. Ciò avviene trasversalmente in tutte le realtà regionali, ma in particolare in quelle del Nord-est. Un'altra osservazione che emerge dai dati è il peso attribuito nelle Regioni del Centro-sud alla direzione aziendale (generale e sanitaria). Ciò può essere indice di un'effettiva difficoltà di accesso collegata ad interventi di contenimento a livello di direzione aziendale o semplicemente una tendenza di fondo a rinviare alla direzione aziendale le problematiche più spinose nella gestione dei servizi (**tabella 8**).

### 3.2. Criticità collegate alla gestione della terapia farmacologica nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici

La seconda area riguarda in modo più specifico i percorsi diagnostico-terapeutici riferiti alle malattie rare (ruolo del farmacista e problematiche per la corretta gestione dei percorsi) ed il ruolo della terapia farmacologica nell'ambito di tale percorso (tempi di accesso alle terapie, flussi informativi collegati e modalità di caricamento dei costi in tali flussi informativi, modalità di dispensazione dei farmaci).

I dati mostrano come il principale strumento a disposizione del farmacista per l'identificazione di un percorso terapeutico appropriato è il prontuario terapeutico ospedaliero (PTO) (37%). A seguire, la partecipazione a commissioni *ad hoc* per malattie rare (30%) e la gestione di banche dati, cioè l'estrazione e l'analisi della letteratura di riferimento (27%) (**tabella 9**). Il PTO rappresenta il primo *step* valutativo, le commissioni *ad hoc* servono poi per ricondurre i farmaci ad un percorso. Un ruolo marginale è invece affidato alla presenza ed assistenza in reparto, con la sola eccezione dei farmacisti operanti

**Tabella 7**

Ruolo del farmacista ospedaliero nell'ambito della definizione dei Prontoari terapeutici per le malattie rare

	Totale	Centro riferimento + registro	Solo registro	Altri
Decisivo	9%	5%	10%	10%
Molto rilevante (complementare decisione medica)	36%	58%	33%	31%
Abbastanza rilevante (supporto decisione medica)	40%	32%	43%	42%
Poco rilevante	15%	5%	14%	17%

**Tabella 8**

Peso relativo degli attori nel processo di accesso all'assistenza farmaceutica per i pazienti affetti da malattie rare (media)

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud
Farmacista ospedaliero	17%	19%	21%	18%	16%
Farmacista territoriale	19%	19%	17%	18%	21%
Direttore sanitario	11%	9%	9%	12%	11%
Direttore generale	10%	6%	3%	11%	10%
Clinico dei centri di riferimento	22%	22%	29%	23%	20%
Altri decisori Asl	7%	8%	7%	9%	6%
Altri decisori regionali	14%	17%	15%	9%	17%

Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Centro riferimento + registro	Solo registro	Altri
29%	34%	41%	42%	32%	41%	30%
26%	31%	37%	26%	32%	30%	30%
8%	6%	2%	8%	19%	4%	3%
37%	28%	20%	24%	16%	25%	38%

**Tabella 9**

Strumenti a disposizione del farmacista per contribuire all'identificazione del percorso terapeutico appropriato

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Centro riferimento + registro	Solo registro	Altri
Normativa poco chiara	31%	30%	13%	35%	37%	27%	14%	37%
Scarsa conoscenza dei percorsi e meccanismi disponibili	35%	35%	43%	37%	28%	43%	49%	28%
Le prescrizioni mediche	6%	11%	10%	10%	3%	10%	14%	4%
Le procedure di acquisizione	11%	5%	17%	6%	14%	7%	11%	12%
Gestione del budget di spesa rispetto al budget totale della farmacia	18%	19%	17%	12%	19%	13%	11%	19%

**Tabella 10**

Problematiche più rilevanti legate all'attuazione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da malattie rare

nei centri di riferimento. Alla visione di un farmacista con ruolo complementare rispetto al clinico nella definizione dei farmaci da includere in prontuario (cfr. *supra*), non si affianca lo sviluppo di una figura di farmacista clinico che opera effettivamente in reparto a fianco dei medici. Le risposte non mostrano particolari differenze a seconda del profilo del rispondente, con la sola eccezione di una maggiore presenza di farmacisti in reparto, nel caso di centri di riferimento per le patologie rare. Significativo è invece il maggiore ruolo attribuito alla consultazione di banche dati scientifiche nelle Regioni del Nord.

In secondo luogo è stato rilevato come l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici nel campo delle malattie rare trovi i suoi principali ostacoli nella scarsa conoscenza (che può essere anche interpretata come scarsità di informazioni disponibili data la natura stessa delle patologie) e nella non chiarezza della normativa regolamentare di riferimento (31%) (**tabella 10**). Gli altri fattori, tra cui i processi di acquisto e le disponibilità eco-

nomiche, cioè la definizione di tetti di spesa *ad hoc* sui farmaci nell'ambito del *budget* complessivamente disponibile (talvolta gestito dalla farmacia), sembrano essere meno rilevanti. Dai dati emerge che nel Centro-sud e, in generale, nelle aziende sanitarie che non sono centri di riferimento e/o sedi di registro prevale una valutazione critica sulla normativa di riferimento, con un approccio quindi più burocratico alle problematiche ed alle soluzioni ai problemi. Peraltro, tale valutazione dipende anche dall'effettiva ritardata applicazione in alcune Regioni della normativa che prevede la creazione della rete per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare e dalla creazione di Centri interregionali di riferimento per le malattie rare. Al Nord e, in particolare, al Nord-est, e nei centri individuati come riferimento per le malattie rare e/o sedi di registro prevale l'idea che ciò che è rilevante non è tanto (o soltanto) una normativa chiara, bensì la disponibilità/accessibilità di informazioni sui percorsi della patologia.

Uno degli aspetti più critici che condizionano il livello di equità delle prestazioni sanitarie è rappresentato dai tempi medi di accesso alle terapie. Nella **tabella 11** vengono riportati i dati sulla percezione da parte dei farmacisti su tali tempi di accesso. La tabella evidenzia come nelle diverse aree geografiche vi sia una comune valutazione di tempi inferiori ai 60 giorni. Nelle regioni del Nord-est sembrano esserci tempi di accesso meno rapidi: ciò è probabilmente da collegare alle problematiche di acquisto dei farmaci, che, per quanto generalmente poco importanti, assumono maggiore rilievo, nella percezione del farmacista, in tale area geografica.

Diversi farmaci orfani e per patologie rare presentano sistemi distributivi alternativi a quello ospedaliero (per pazienti ricoverati) e per tramite di farmacie convenzionate. In gran parte, l'attribuzione dei costi riferibili ai farmaci per malattie rare (ovvero la rendicontazione rispetto ad un *budget* assegnato o retrospettiva di compensazione della mobilità) è il File F (44%), nato per la compensazione della mobilità interregionale e poi ampliato anche per quella infraregionale (interaziendale), a meno di accordi locali di gestione alternativa della mobilità. Tale flusso non può però essere usato di norma per i farmaci somministrati in regime di ricovero: un'eccezione è rappresentata dai farmaci somministrati a pazienti emofilici<sup>1</sup>. Il Nord-ovest in particolare (area con l'incidenza maggiore, 61%) risulta fortemente condizionato dalla Regione Lombardia che usa il File F anche

per farmaci per pazienti affetti da malattie rare, di cui alla legge 279/2001. Anche la rendicontazione separata, quale alternativa al File F, assume un peso rilevante, soprattutto nel Centro (50%) e Sud (43%) (**tabella 12**) e nell'ambito di centri di riferimento e/o dove esiste un registro delle malattie rare.

I principali meccanismi di distribuzione delle terapie per malattie rare risultano essere la distribuzione diretta ospedaliera (34%), in particolare presso i centri di riferimento con registro e nel Nord-est (58%), dato generato soprattutto dalla sperimentazione di terapia domiciliare attivata dalla Regione Veneto. Il *day hospital* (24%) è il meccanismo più utilizzato nel Centro (44%) e dove sono attivi registri per le malattie rare. La dispensazione delle terapie tramite servizio farmaceutico territoriale (SFT) dell'Asl (29%) è il meccanismo più diffuso nel Sud. Infine la dispensazione in distretto, inteso come percorso distributivo diretto alternativo a quello rappresentato dalle farmacie ospedaliere e dai SFT (13%) risulta il meccanismo meno adottato in generale (**tabella 13**).

### 3.3. Valutazione sull'importanza del quadro normativo di riferimento ed aspetti percepiti come prioritari per il futuro

La normativa regionale è tendenzialmente considerata applicabile, seppur lacunosa (43% sul totale delle risposte), laddove è attivo un registro per le malattie rare (60%), soprattutto nel Nord-ovest (52%) e Nord-

**Tabella 11**

Percezione sui tempi di accesso tra predisposizione del percorso e disponibilità delle terapie

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud
Meno di 30 gg	72%	78%	50%	88%	67%
Tra 30 e 60 gg	22%	13%	33%	9%	29%
Più di 60 gg	2%	0%	6%	0%	2%
Non saprei	5%	9%	11%	3%	2%

**Tabella 12**

Meccanismo prevalente di attribuzione dei costi nel trattamento di pazienti affetti da malattie rare

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud
File F	44%	61%	44%	38%	41%
Rendicontazione separata	40%	22%	31%	50%	43%
Nessuna attribuzione separata	16%	17%	25%	13%	16%

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud
Day Hospital	24%	24%	0%	44%	19%
Diretta ospedaliera	35%	38%	58%	22%	28%
Distretto	13%	10%	21%	3%	23%
Servizio farmaceutico Asl	29%	29%	21%	31%	30%

**Tabella 13**  
Meccanismo  
di dispensazione  
delle terapie

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud
Ritengo sia esaustiva ed uniforme nelle varie realtà aziendali	17%	29%	6%	13%	16%
Seppur lacunosa è applicabile	43%	52%	56%	34%	37%
Non la ritengo esaustiva ed uniforme nelle varie realtà aziendali	40%	19%	38%	53%	47%

**Tabella 14**  
Considerazioni  
sulla normativa regionale

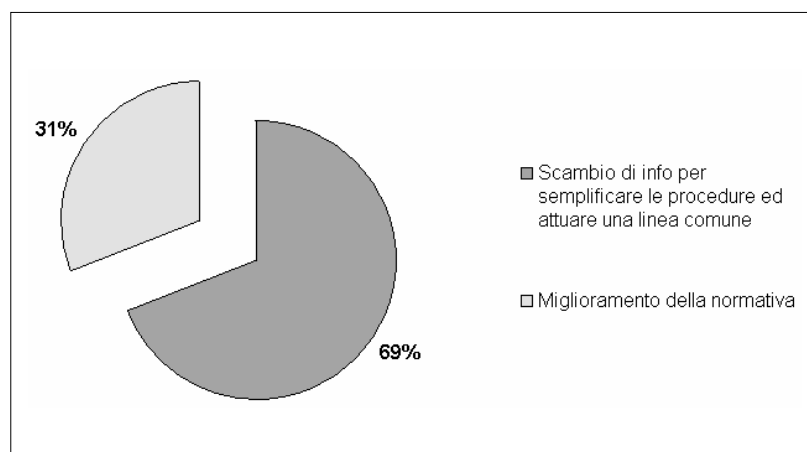
est (56%). Nelle Regioni del centro (53%) e del Sud (47%) e nei centri di riferimento con registro attivo (50%), invece, tale normativa non è ritenuta esaustiva ed uniforme nelle varie realtà aziendali (**tabella 14**). Tale valutazione è relativamente coerente con quanto evidenziato sopra: nel centro-sud sembra infatti che la normativa sia il principale ostacolo alla attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti affetti da malattie rare. Di qui, la valutazione negativa sulla normativa regionale in tali Regioni, considerata appunto non esaustiva e non applicata in modo uniforme nelle diverse realtà aziendali.

Il confronto poi con le altre Regioni è in prevalenza ed uniformemente considerato utile soprattutto in termini di scambio di informazioni per semplificare le procedure ed attuare una linea comune (69%). Non è casuale che lo scambio informativo riguardi essenzialmente i centri con registro, data la necessità di confronto sulle modalità operative di gestione dei registri stessi. Il miglioramento della normativa, come oggetto del confronto interregionale, è invece considerato meno rilevante (31%), segno di una maturazione del concetto secondo cui le altre Regioni possono essere analizzate come termini di paragone non tanto sugli aspetti normativi, quanto sulle soluzioni concrete adottate per il miglioramento dell'accesso (**figura 1**).

Secondo i farmacisti, le principali priorità di intervento nell'ambito delle malattie rare sono rappresentate dall'uniformità di trattamento (43%), soprattutto nel Nord-est (47%) e centro (55%) (**tabella 15**). Non è un caso che siano tali regioni ad esprimere una maggiore sensibilità al tema dell'uniforme accesso alle terapie: l'uniformità e l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta infatti uno dei principali obiettivi esplicitati nei piani sanitari delle Regioni collocate in tali aree geografiche (Fattore, Lecci, 2005).

Rispetto infine alle difficoltà riscontrate per assicurare l'accesso alle terapie relative alle malattie rare, emergono chiaramente

**Figura 1**  
Il possibile confronto  
con le altre regioni



**Tabella 15**

Le priorità di intervento

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Centro riferimento + registro	Solo registro	Altri
Uniformità di trattamento	43%	33%	47%	55%	33%	33%	47%	55%
Miglioramento della normativa	22%	38%	21%	15%	26%	38%	21%	15%
Pronto accesso alla terapia	21%	17%	21%	18%	24%	17%	21%	18%
Garantire i LEA	14%	13%	11%	12%	17%	13%	11%	12%

**Tabella 16**

Principali difficoltà incontrate per assicurare l'accesso alle terapie relative alle malattie rare

	Totale	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud
Difficoltà economiche per l'approvvigionamento	27%	19%	13%	25%	34%
Chiara interpretazione della normativa	33%	29%	20%	47%	30%
Piano terapeutico incompleto o inadeguato	22%	24%	33%	19%	18%
Integrazioni tra le diverse funzioni aziendali	19%	29%	33%	9%	18%

nelle Regioni del Centro-sud (i) le tensioni finanziarie, dato che una parte delle stesse sono più esposte ai contraccolpi dei maggiori disavanzi sanitari ed alle difficoltà di gestione dei flussi di cassa e (ii) la centralità della normativa come fattore facilitante/ostacolante l'accesso; in altri termini, qualora la normativa fosse più chiara o maggiormente interpretabile, l'accesso sarebbe maggiormente garantito. Nelle Regioni del Nord, al contrario, il tema dell'integrazione tra le diverse funzioni aziendali (probabilmente da interpretare anche come esigenza di integrazione tra diverse aziende, qualora più aziende fossero coinvolte nella gestione del paziente affetto da malattie rare) e quello dell'incompletezza o inadeguatezza dei piani terapeutici vengono considerati le maggiori difficoltà e, quindi, i fattori su cui maggiormente investire (tabella 16).

#### 4. Conclusioni

Lo studio presenta diverse limitazioni. In primo luogo, come sopra specificato, l'indagine si basa su un campione non probabilistico, anche se la raccolta di questionari auto-somministrati è avvenuta nell'ambito del Congresso nazionale dell'associazione di riferimento dei farmacisti del Ssn. Il successivo *recall* ha avuto un tasso di risposta

molto limitato e, di conseguenza, non è stato sufficiente a correggere possibili distorsioni dell'analisi. Lo studio inoltre, avendo per oggetto la percezione che il farmacista ha dell'importanza del proprio ruolo e delle problematiche connesse alla gestione delle malattie rare, può fornire, su temi altamente sensibili quale quello dei tempi di accesso alle terapie, un quadro migliore rispetto alla realtà dei fatti. L'effettivo accesso dei farmaci ai pazienti (tempi e tasso di penetrazione rispetto alla popolazione di riferimento) richiederebbe la disponibilità di dati specifici di mercato. Infine il questionario riguarda in generale le malattie rare e non è articolato per tipo di patologia. È chiaro che le problematiche possono sensibilmente modificarsi da patologia a patologia e da farmaco a farmaco: ad esempio, l'analisi dei tempi di accesso richiederebbe una distinzione tra farmaci utilizzati in età pediatrica, per i quali l'accesso è relativamente immediato, e farmaci per l'adulto, dove i tempi e le difficoltà di accesso possono essere più rilevanti. Infine lo studio ha natura descrittiva, non essendo l'obiettivo quello di individuare correlazioni tra variabili.

Nonostante tali limiti, l'analisi offre alcune importanti indicazioni.

In primo luogo si evidenzia una differenza sostanziale tra (i) Regioni del Nord, in cui la



percezione più diffusa tra i farmacisti è che i principali ostacoli ad una corretta gestione del paziente e della terapia farmacologica sia da ascrivere ad aspetti organizzativi (es. integrazione tra funzioni), sistemi operativi (piani terapeutici) e di conoscenza/informazione (maggiori informazioni/conoscenze sul percorso diagnostico/terapeutico) e (ii) del Centro e, soprattutto, sud, dove invece vi è una maggiore focalizzazione sugli aspetti normativi: la normativa viene considerata poco specifica, intelligibile e differentemente applicata sul territorio. Ciò porta alla naturale conclusione che migliori e più chiare norme renderebbero la gestione dei percorsi, e della terapia nell'ambito dei percorsi, più semplice. Il fatto di ricondurre ad aspetti normativi le problematiche di gestione delle malattie rare (e le relative soluzioni) in parte sconta il fatto che l'applicazione del DM 279/2001 sia avvenuta in alcune Regioni del Sud in ritardo rispetto alle altre regioni. Tuttavia, come già evidenziato, la rilevanza della norma (e della stessa nella gestione dei servizi) sottende un approccio più burocratico alla soluzione dei problemi di gestione. Anche in presenza di norme applicative, emerge una diffusa insoddisfazione nei confronti della normativa di riferimento, in particolare nelle Regioni del Centro-sud, soprattutto in termini di intelligibilità e, quindi, di applicazione a livello regionale. Peraltro, non si considera prioritario lo scambio di informazioni a livello interregionale per il miglioramento della normativa, probabile segno che esiste una volontà di mantenere una sostanziale autonomia regionale sul tema.

Il secondo importante spunto di riflessione è la rilevanza attribuita dal farmacista al tema delle malattie rare. La autopercezione di utilità del farmacista è molto variabile e dipende dalle regioni di appartenenza (ad esempio, il ruolo del farmacista è visto come complementare/di supporto al clinico, laddove è stata sviluppata una maggiore capacità diagnostica delle patologie rare) e dal fatto che il farmacista operi presso un Centro di riferimento per la malattie rare o meno. La presenza del registro invece non modifica di molto l'opinione degli intervistati.

I temi del costo delle terapie e delle modalità distributive non emergono come centrali/prioritari nel processo decisionale: si evi-

denziano solo difficoltà nei processi di acquisto, soprattutto nelle Regioni del Centro-sud, aspetto che però non sembra ritardare in modo sostanziale i tempi di accesso alle terapie (sulla percezione dei tempi di accesso le aree geografiche presentano forti similitudini tra loro). Tale valutazione è relativamente coerente con quanto evidenziato sopra: nel Centro-sud sembra infatti che la normativa sia il principale ostacolo alla attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti affetti da malattie rare. Di qui, la valutazione negativa sulla normativa regionale, considerata appunto non esaustiva e non applicata in modo uniforme nelle diverse realtà aziendali

Emerge poi che il farmacista, per quanto percepisca di essere «complementare» al clinico nella gestione dei prontoari, abbia una considerazione di se sostanzialmente distante (se non – in parte – nei centri di riferimento) dalla figura del farmacista clinico. Lo sviluppo di programmi per l'attivazione o l'implementazione della presenza dei farmacisti a livello di dipartimenti clinici potrebbe in parte contribuire a fare emergere gradualmente tali figure nelle aziende sanitarie.

È infine interessante notare come le risposte riflettano spesso le sensibilità comunemente diffuse nei diversi Servizi sanitari regionali. Ad esempio, il tema dell'uniforme ed equo accesso alle terapie viene sottolineato soprattutto in quelle regioni, in cui tali temi ricorrono sistematicamente nei piani sanitari.

L'analisi fornisce quindi un'importante contributo non solo sotto il profilo della ricerca (di fatto, non esistono contributi specifici sul tema oggetto di analisi), ma anche e soprattutto in termini di implicazione di *policy*. Il dibattito è infatti molto focalizzato sugli elevati costi delle terapie farmacologiche, identificati come principale ostacolo all'accesso alle stesse, e sulla presunta contrapposizione tra clinici e farmacisti su tale tema. Le evidenze fornite dal presente studio mostrano invece un farmacista sensibile ai costi, ma che, considera anche l'informazione, la gestione appropriata dei percorsi e, in alcune realtà regionali, la presenza di normative chiare di riferimento, le condizioni per una migliore gestione delle malattie rare.

## Note

1. Nello specifico, il File F (collegato al Flusso F), è inizialmente nato come strumento di compensazione della mobilità interregionale per farmaci erogati a pazienti extra-regione in *setting* assistenziali diversi dal ricovero (e, ovviamente, non dispensati dalle farmacie aperte al pubblico in regime di assistenza convenzionata): farmaci classificati in classe H, se somministrati quotidianamente per trattamenti prolungati a domicilio, farmaci innovativi in commercio in altri Paesi, farmaci sottoposti a sperimentazione clinica, farmaci utilizzati fuori indicazione, farmaci dispensati in *day hospital*, se forniti per l'utilizzo a domicilio nell'ambito di cicli di cura programmati, farmaci utilizzati in regime ambulatoriale, se non compresi nelle relative tariffe, emoderivati, farmaci inclusi nel prontuario della distribuzione diretta (o della continuità assistenziale), farmaci consegnati alla dimissione del paziente, alcuni antitumorali iniettabili per il solo

utilizzo domiciliare ex Allegato 2 DM 14/7/99, farmaci somministrati ad assistiti emofilici, preparati galenici. L'utilizzo del File F si è poi gradualmente (e diversamente) esteso nelle regioni alla compensazione della mobilità dei pazienti tra aziende sanitarie. In poche regioni viene definito ex ante un budget per i farmaci in File F (complessivo e non per categorie di farmaci) e viene successivamente verificato nel tempo il rispetto di tale *budget*.

## Ringraziamenti

Si ringrazia Maya Idee Srl, per il supporto nella rilevazione dei dati. Si ringraziano Laura Fabrizio (Segretario Regionale SIFO Lazio), Franco Rapisarda (Segretario Regionale SIFO Sicilia) e Michele Lattarulo, Direttore di Farmacia Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, per il supporto nella definizione del Questionario. La ricerca è stata finanziata da Genzyme Srl

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

ALCIMED (2005), «Study on orphan drugs. Considerations on the application of Article 8.2 of EC Regulation no. 141/2000 concerning orphan drugs», <http://pharmacos.eudra.org/F2/orphanmp/doc/pricestudy/Final%20final%20report%20part%202%20web.pdf>2005.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (2008), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.

CHECCOLI A. *et al.* (2007), *Malattie rare nella Regione Lazio: indagine di percezione*, Atti del XXVIII Congresso SIFO, Rimini 8-11 ottobre 2007 (poster).

FATTORE G., LECCI F. (2005), «I piani sanitari delle Regioni italiane», in E. Anessi Pessina, E. Cantù *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Egea, Milano.

SHERIDAN C. (2004), «EU to review rare disease drugs market exclusivity», *Nat Biotechnol*, 22, p. 1061.

## ALLEGATO

## QUESTIONARIO

## (ANAGRAFICA)

ANNO DI LAUREA: .....

SESSO:  M  FRUOLO:  Farmacista ospedaliero  Farmacista territoriale

PRESSO: .....

REGIONE: .....

LAVORA PRESSO STRUTTURE, SEDI, CENTRI DI RIFERIMENTO/COORDINAMENTO PER LE MALATTIE RARE?

 SI  Regionale  Interregionale  Presidio di rete NO

È ATTIVO PRESSO LA STRUTTURA IN CUI OPERA IL REGISTRO PER LE MALATTIE RARE?

 SI  NO**PRIMA AREA** *Percezione del grado di rilevanza delle malattie rare nell'attività professionale del farmacista.***a) Quanto le «malattie rare» sono rilevanti nella Sua pratica quotidiana?**

- Molto rilevanti
- Abbastanza rilevanti
- Poco rilevanti
- Secondarie

**b) Di quale tra le seguenti «malattie rare» ha avuto un'esperienza professionale diretta?**

- MALATTIA DI GAUCHER
- MPS I
- EMOFILIA
- ANGIOEDEMA EREDITARIO
- MALATTIA DI POMPE
- MALATTIA DI FABRY
- Altre

**c) A Suo avviso in che modo il Farmacista ospedaliero può ottimizzare il processo di accesso all'assistenza farmaceutica per i pazienti affetti da malattie rare? (massimo 1 risposta)**

- Favorendo il dialogo tra istituzioni e centri di riferimento

- Fornendo consulenza tecnico scientifica
- Individuando una commissione di riferimento
- Sollecitando l'erogazione del farmaco
- Attraverso processi e procedure dedicate
- Altro

**d) Nell'ambito della definizione dei Prontuari Terapeutici per le malattie rare, quale ruolo ha il Farmacista ospedaliero? (massimo 1 risposta)**

- Un ruolo poco rilevante
- Un ruolo abbastanza rilevante nel supporto alla decisione medica
- Un ruolo molto rilevante e complementare alla decisione medica
- Un ruolo decisivo

**e) Qual è il peso relativo, in percentuale, dei seguenti attori nel processo di accesso all'assistenza farmaceutica per i pazienti affetti da malattie rare? (la somma delle risposte deve dare 100%)**

- Farmacista Ospedaliero: \_\_\_\_\_%
- Farmacista Territoriale: \_\_\_\_\_%
- Direttore Sanitario: \_\_\_\_\_%
- Direttore Generale: \_\_\_\_\_%
- Clinico dei Centri di riferimento: \_\_\_\_\_%

- Altri decisori ASL: \_\_\_\_\_%
- Altri decisori Regionali: \_\_\_\_\_%

**SECONDA AREA** *Criticità collegata alla gestione della terapia farmacologica nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici.*

**f) In base alla Sua esperienza, quali strumenti ha a disposizione oggi il Farmacista del Sistema Sanitario Nazionale per contribuire all'identificazione del percorso terapeutico maggiormente appropriato?**

- IL PTO
- Commissioni ad hoc
- Presenza ed assistenza in reparto
- Gestione banche dati
- Altro

**g) Quali sono le problematiche maggiormente rilevanti legate all'attuazione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti affetti da malattie rare? (massimo 2 risposte in ordine di priorità)**

- Normativa poco chiara
- Scarsa conoscenza dei percorsi e meccanismi disponibili
- Le prescrizioni mediche
- Le procedure di acquisizione
- Gestione del budget di spesa rispetto al budget totale della farmacia
- Altro

**h) Mediamente quanto tempo intercorre nella Sua Struttura tra la predisposizione del percorso terapeutico e l'accesso da parte del paziente alla terapia? (massimo 1 risposta)**

- Meno di 30 giorni
- Tra 30 e 60 giorni
- Più di 60 giorni
- Non saprei

**i) Qual è il meccanismo prevalente di attribuzione dei costi nel trattamento di pazienti affetti da malattie rare nella Sua struttura? (massimo 1 risposta)**

- File F
- Rendicontazione separata
- Nessuna attribuzione separata (costi compresi nelle tariffe già applicate nel DRG, prestazioni, etc.)
- Altro

**j) Qual è il meccanismo prevalente di dispensazione delle terapie per il trattamento di pazienti affetti da malattie rare nella Sua struttura? (massimo una risposta)**

- Day Hospital
- Diretta Ospedaliera
- Distretto
- Servizio farmaceutico ASL
- ADI
- Altro

**TERZA AREA** *Valutazione sull'importanza del quadro normativo di riferimento ed aspetti percepiti come prioritari per il futuro.*

**k) Cosa pensa relativamente alla normativa della Sua Regione? (massimo una risposta)**

- Ritengo sia esaustiva ed uniforme nelle varie realtà aziendali
- Seppur lacunosa è applicabile
- Non la ritengo esaustiva ed uniforme nelle varie realtà aziendali
- Altro

**l) Quale possibile confronto con altre Regioni? (massimo una risposta)**

- Scambio di informazioni per semplificare le procedure ed attuare una linea comune
- Miglioramento della normativa
- Altro

**m) Quali sono le priorità di intervento? (massimo una risposta)**

- Uniformità di trattamento
- Miglioramento della normativa
- Pronto accesso alla terapia
- Garantire i LEA
- Altro

**n) Quali sono le difficoltà che ha incontrato per assicurare l'accesso alle terapie relative alle malattie rare? (massimo una risposta)**

- Difficoltà economiche per l'approvvigionamento
- Chiara interpretazione della normativa
- Piano terapeutico incompleto o inadeguato
- Integrazioni tra le diverse funzioni aziendali
- Altro

# Un'esperienza di online budgeting: il caso dell'Asl 1 imperiese

SIMONE ASCHERI, GIANMARIA BATTAGLIA, MARCO DAMONTE PRIOLI

*The case of Imperia Asl analyses the implementation of an online reporting system supporting an online budgeting process. The innovation is analysed from two different points of view. The first one is the impact of the online approach on the timing and contents of the budgeting process. The second is the in house development of the software system based on open source solutions. The case shows that online budgeting can help in keeping the budgeting process focused on key targets defined by the planning process and that in house solutions, that guarantee the organization flexibility and better control, can be developed.*

Keywords: online budgeting, open source applications, online reporting

Parole chiave: budget online, applicazioni open source, report online

## Note sugli autori

Simone Ascheri, Centro di controllo Asl 1 imperiese; Gianmaria Battaglia, Centro di Ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'Università Bocconi; Marco Damonte Prioli è Direttore amministrativo Asl 1 imperiese

## Attribuzione

Pur essendo l'articolo frutto di una ricerca condotta unitamente dagli autori i §§ 1, 6 e 7 devono essere attribuiti a G. Battaglia, i §§ 2, 3, 4, 5 e 8 a S. Ascheri, il § 9 a M. Damonte Prioli, il § 10 ai tre autori

## 1. I fabbisogni di strumenti di controllo direzionale

I sistemi direzionali delle aziende sanitarie, e di quelle italiane in particolare, hanno vissuto negli ultimi 25 anni un notevole sviluppo, accompagnato e reso possibile dall'evoluzione degli strumenti di raccolta dei dati e di elaborazione delle informazioni<sup>1</sup>.

Tale sviluppo è stato però guidato soprattutto dall'evoluzione delle modalità operative di gestione e dalle variabili di contesto in cui le aziende operano; in estrema sintesi basta ricordare:

- l'attenzione alla variabile economico finanziaria indotta dall'incremento delle potenzialità assistenziali e terapeutiche e dall'evoluzione dei modelli di *welfare* dei Paesi occidentali;

- la maggiore complessità dell'attività generata dalla maggior specializzazione delle attività e delle professionalità;

- l'introduzione di meccanismi competitivi nel settore sanitario pubblico e privato.

L'aumento della complessità gestionale sperimentato dalle aziende sanitarie è stato a ben vedere anomalo rispetto all'evoluzione delle aziende di altri settori. Il settore sanitario è, infatti, cresciuto negli ultimi decenni del ventesimo secolo per complessità operativa e dimensione degli enti erogatori senza, però, sperimentare una significativa complessità relativa al controllo direzionale. La rilevanza sociale dei servizi erogati, la capacità del sistema economico di assorbire gli aumenti di spesa richiesti dall'espansione dell'assistenza fornita ed infine la possibilità presunta di mantenere livelli di efficienza produttiva attraverso un (per la verità, nella sostanza blando) controllo sui fattori di pro-

## SOMMARIO

1. I fabbisogni di strumenti di controllo direzionale
2. L'esperienza dell'Asl 1 imperiese: la situazione esistente
3. La volontà di riorganizzare e razionalizzare il processo
4. La scelta di una soluzione *open source*
5. La distribuzione *on line* delle schede di risultato
6. Il miglioramento della qualità dei contenuti del *budget*
7. Le «ten minutes applications»
8. I risultati del processo: il *budget* 2008
9. I risultati del processo: la *Balanced scorecard*
10. Conclusioni

duzione ha consentito di sviluppare le dimensioni delle aziende sanitarie e la varietà delle attività svolte senza che si sviluppassero altrettanto sofisticati strumenti di controllo direzionale.

Verso la fine del secolo le aziende si sono trovate a fronteggiare per la prima volta un fabbisogno di controllo economico realmente stringente e a dover operare in un contesto per la prima volta realmente competitivo (almeno in alcuni sistemi regionali) senza aver attraversato le fasi di sviluppo degli strumenti a supporto del controllo direzionale che normalmente caratterizzano i percorsi di crescita aziendale.

La **figura 1** riporta la mappa di strumenti a supporto del controllo direzionale in relazione alla complessità organizzativa e alla complessità strategica delle aziende<sup>2</sup>. Oltre all'interpretazione statica della matrice, che colloca la strumentazione più appropriata in relazione al posizionamento dell'azienda nella matrice in un determinato momento, sembra particolarmente interessante articolare l'interpretazione dinamica, ossia relativa al percorso attraverso il quale le aziende costruiscono sistemi di controllo articolati e

soprattutto adeguati ad un'alta complessità organizzativa e strategica (come è il caso di quasi tutte le aziende sanitarie).

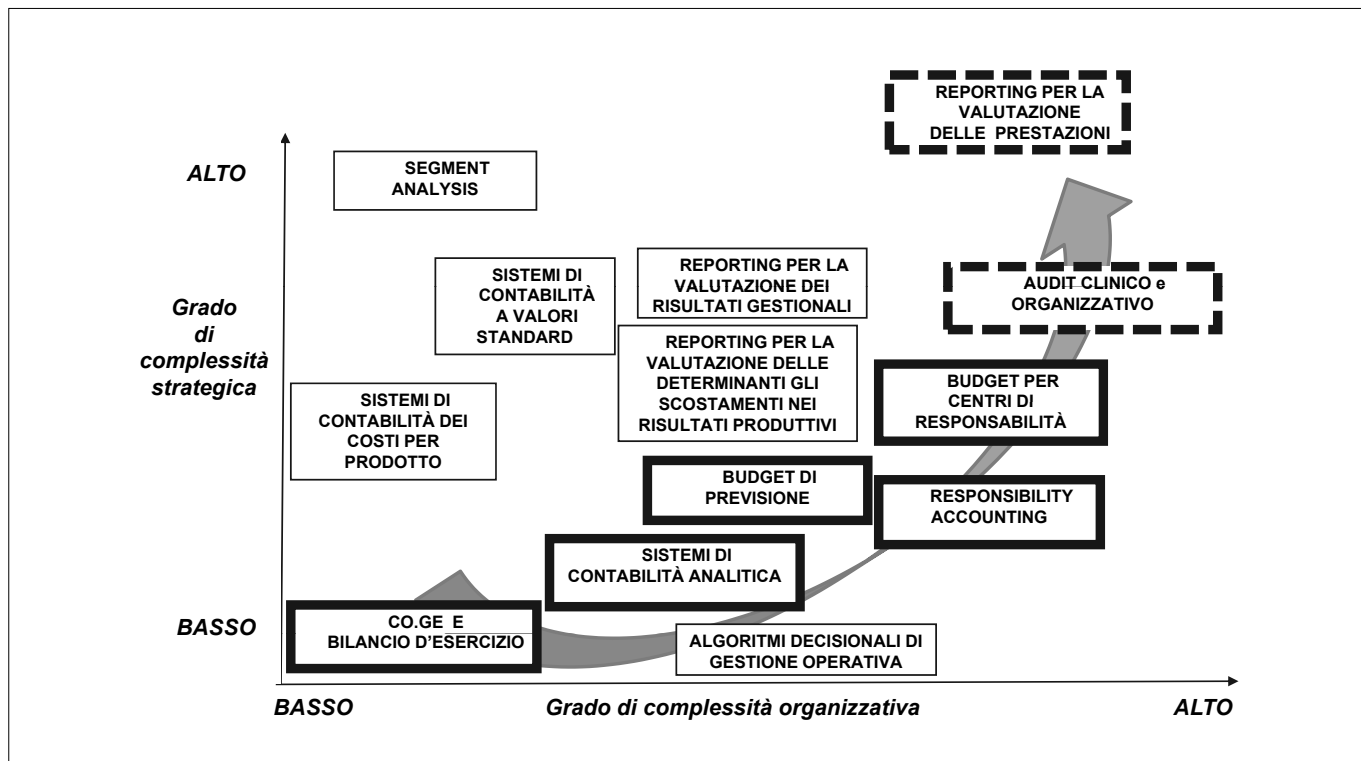
A ben vedere, un percorso che potremmo definire «normale» vede la costruzione e il consolidamento di sistemi di produzione di informazioni economiche negli stadi a limitata complessità (contabilità analitica per centri di costo, per prodotti, a standard, analisi delle determinanti gli scostamenti) per poi inglobarli in strumenti più sofisticati (*responsibility accounting*, *budget* per centri di responsabilità, valutazione delle prestazioni). Gli strumenti più sofisticati di fatto beneficiano del patrimonio informativo garantito dallo stadio di sviluppo precedente che, seppur trasformato e/o semplificato, costituisce base fondante per le elaborazioni successive richieste.

Il percorso seguito dalle aziende sanitarie, invece, non ha consentito tale gradualità (che sarebbe stata ancor più necessaria in virtù dell'elevata complessità organizzativa di tale tipologia aziendale) definendo un percorso che, a grandi linee, è rappresentato dagli strumenti rappresentati con le caselle a bordo più spesso, perdendo di fatto i contenuti

**Figura 1**

La strumentazione del controllo direzionale e la complessità gestionale delle aziende: lo sviluppo delle aziende sanitarie

Fonte: adattamento da Arcari (2007)



informativi associati agli strumenti «saltati» nel percorso evolutivo.

A tale incompletezza strutturale dei sistemi di controllo direzionale si deve, almeno in parte, la crisi di legittimazione che i sistemi di controllo di gestione attualmente vivono. La complessità delle aziende in oggetto difficilmente può rinunciare, nell'azione manageriale, alle informazioni elementari di tipo gestionale relative alle attività sanitarie.

Questa riflessione porta a due considerazioni:

1) la soluzione ai problemi di controllo delle aziende non può consistere solo nell'introdurre nuovi strumenti sofisticati (ad esempio quelli rappresentati in figura 1 con caselle a tratteggio spesso in virtù della diffusione ancora parziale) in quanto anch'essi sconfiggerebbero la debolezza strutturale della mancanza di sistemi di produzione delle informazioni gestionali di base;

2) nel processo di «recupero» di tali informazioni di base anche per processi di controllo più sofisticati, un ruolo fondamentale deve essere assunto dal sistema informativo direzionale.

Con riferimento a tale secondo punto si inserisce l'esperienza dell'Asl 1 Imperiese che, partendo dal processo di *budget*, attraverso la riprogettazione del sistema informativo ha avviato un percorso di sviluppo sia del sistema di controllo strategico che quello della misurazione economica di base<sup>3</sup>.

## 2. L'esperienza dell'Asl 1 imperiese: la situazione esistente

Fino al 2003 il ciclo di *budget* dell'Asl n. 1 imperiese era realizzato quasi interamente in maniera manuale. Il percorso iniziava generalmente la settimana prima della riunione con l'estrazione dei dati dal programma di contabilità analitica. Naturalmente il sistema in argomento gestiva esclusivamente flussi economici di costi e ricavi, e trascurava completamente altri aspetti fondamentali, sia di tipo quantitativo non economico (volumi di attività) che di tipo qualitativo (ad esempio tempi di attesa). Occorreva, pertanto, procedere a estrazioni separate da altri «applicativi verticali» aziendali, elaborare i dati raccolti per armonizzarli con lo schema di centri

di costo utilizzati dalla contabilità analitica, e, infine, inserire il tutto in un prospetto (la scheda di *budget*), realizzato mediante un foglio *excel*.

Si andava a questo punto alla negoziazione di *budget* con la consapevolezza che i dati forniti sarebbero stati quasi certamente contestati dai responsabili dei Centri di responsabilità. Uno degli svantaggi del sistema, infatti, risiedeva nel fatto che, necessariamente, i dati trattati con questa modalità dovevano essere al massimo livello di aggregazione possibile. Non esistendo una base dati che conservi una fotografia delle informazioni estratte in una determinata data (con una granularità pari a quella della fonte di partenza), ed essendo caratteristica dei verticali aziendali è quella di essere spesso soggetti ad aggiornamenti retroattivi<sup>4</sup>, le inevitabili richieste di chiarimenti in merito ad alcuni punti di una scheda portavano quasi invariabilmente ad analisi di dettaglio diverse dal dato di partenza e ad un conseguente impatto sulla credibilità dell'intera scheda.

A queste problematiche, ineliminabili nel breve periodo, se ne aggiungevano altre di carattere più operativo. Dal momento che la compilazione delle schede era completamente manuale, l'errore di trascrizione non poteva di fatto essere escluso.

Tutte queste criticità portavano a ingenerare nella controparte impressioni negative che risultavano poi molto difficili da dissipare.

Anche il monitoraggio dell'andamento delle strutture, che veniva inviato periodicamente ai responsabili, era soggetto allo stesso tipo di problematiche. Aggravate dal fatto che il momento temporale in cui l'interessato richiedeva informazioni di maggior dettaglio era più lontano nel tempo rispetto all'istante  $t_0$  in cui la scheda era stata prodotta, e pertanto la probabilità di discrepanza tra i due dati tendeva ad aumentare.

Infine, un altro aspetto da non sottovalutare del metodo in essere riguardava l'enorme produzione di prospetti cartacei per veicolare le informazioni. L'invio delle schede di monitoraggio, oltre a comportare problemi logistici non indifferenti, assorbiva risorse quantificabili in una settimana di tempo/uomo per ogni aggiornamento<sup>5</sup> e ingenerava confusione nelle strutture destinarie,

spesso non attrezzate per archiviare e gestire correttamente i documenti pervenuti.

Un simile problema, nella sua forma generale, non può essere risolto se non alterando radicalmente sia la metodologia di raccolta dei dati sia il processo che, passando dalla loro pulizia ed elaborazione, porta alla produzione della reportistica, da realizzare, anche questa, secondo metodologie più innovative, in grado di consentire all'utente finale un maggior grado di interazione con il sistema.

In attesa di una soluzione completa, furono tentati alcuni passi in avanti per lo meno sotto l'aspetto della produzione del dato, attraverso la creazione di alcune procedure che, sfruttando funzioni di *excel*, fossero in grado di ridurre al minimo l'intervento umano necessario a compilare la singola scheda.

Inoltre, anticipando i tempi elaborativi, si riuscì a fornire ai direttori di struttura una bozza della scheda che avrebbero discusso nella riunione di *budget*, in modo da sviluppare un percorso di negoziazione più condiviso e meno conflittuale.

L'aspetto della sostituzione della reportistica cartacea con fogli *excel* pubblicati sulla intranet aziendale, invece, non riscontrò il successo sperato, ma fu comunque utile per identificare gli errori che avevano portato al fallimento del tentativo e si rivelò dunque preziosa in un momento successivo.

### 3. La volontà di riorganizzare e razionalizzare il processo

Giunti a questo stadio, la Direzione aziendale decise di risolvere il problema alla radice, intervenendo a monte sui fattori sopraindicati che potevano pregiudicare l'attendibilità dei dati. Venne quindi tracciato un percorso evolutivo che avrebbe dovuto portare, nel medio periodo, alla costruzione di un unico *data warehouse* aziendale, da cui ogni servizio interessato avrebbe potuto attingere informazioni, con la sicurezza che queste fossero:

- 1) fruibili;
- 2) tracciabili, con la capacità di ripercorrere l'intera storia del singolo dato;
- 3) attendibili.

Il sistema di Contabilità analitica, anch'esso integrato nella soluzione, avrebbe elaborato i dati presenti nell'archivio unico e reimmesso i risultati del processo nel sistema.

L'architettura scelta avrebbe dovuto essere interamente *web based*, così da evitare i notevoli costi impliciti dovuti al periodico aggiornamento delle macchine e avrebbe dovuto prevedere la possibilità di effettuare negoziazioni di *budget on line*.

Infine un *Olap tool* (*On Line Analytical Process*). avrebbe consentito analisi multidimensionali sui dati, mentre uno strumento di reportistica, anche questo *on line*, avrebbe distribuito le informazioni agli interessati in maniera automatica.

In ultimo, l'implementazione del sistema avrebbe dovuto anche rappresentare un momento per ripensare sia il ciclo di *budget* che le regole di allocazione dei costi.

Dopo un'analisi dello stato dell'arte della tecnologia disponibile effettuato dagli organismi di livello regionale, venne selezionato un fornitore che avrebbe dovuto affiancare le risorse interne nel percorso e fornire un pacchetto *software* per la realizzazione del progetto.

La caratteristica peculiare dei «pacchetti» acquisiti, troppo spesso non percepita dal management dell'azienda acquirente prima dell'acquisto, è che al momento dell'installazione non si entra automaticamente in possesso del prodotto finito. Ciò che si ottiene è un applicativo in scatola di montaggio: un set di strumenti di sviluppo, corredato dal supporto tecnico di personale addestrato che aiuterà i programmatori a costruire un sistema di *Data Warehousing*.

Appare chiaro, quindi, come uno degli aspetti maggiormente critici dell'intero percorso risieda nella capacità del fornitore di inquadrare nel giusto contesto le necessità del cliente. Ciò si dovrebbe tradurre in un *modus operandi* che non consista semplicemente nel proporre una soluzione già sviluppata per una realtà di un diverso settore cercando poi di adattarla al nuovo ambiente. Le aziende sanitarie hanno indubbiamente troppe particolarità perché questa modalità di lavoro consenta di ottenere risultati soddisfacenti.

Purtroppo, è proprio sotto il punto di vista del dialogo con i consulenti esterni, più che sui problemi manifestati dal *software* forn-



to<sup>6</sup>, che si sono palesate difficoltà oggettive insormontabili, che hanno portato, nel medio periodo, a interrompere il rapporto per cercare di percorrere strade alternative.

Scelta inevitabile, non potendosi più accettare come normali le costanti difficoltà dei partner a comprendere le necessità aziendali, la contestazione quasi continua sulle richieste avanzate<sup>7</sup> (una per tutte, la storizzazione della base dati non percepita come fondamentale nonostante fosse una delle basi di partenza del progetto) o, per passare nel campo più propriamente tecnico, i quotidiani problemi di affidabilità e di velocità di calcolo<sup>8</sup>.

#### 4. La scelta di una soluzione *open source*

Stabilito di abbandonare la strada intrapresa, occorre innanzitutto trovare un'alternativa che non presentasse problemi della stessa natura<sup>9</sup>. Bisognava preliminarmente effettuare una scelta tra due filosofie contrapposte:

- *software* commerciale;
- *software open source*.

Pur potendo sembrare paradossale era proprio la complessità del compito da svolgere delineata precedentemente a rendere l'alternativa del *software* libero molto più competitiva che in altri settori. Infatti, dal momento che la maggior parte del lavoro doveva necessariamente essere fatto da personale tecnico all'interno dell'azienda che stava implementando il sistema, diventavano meno importanti gli aspetti che in situazioni meno complesse fanno talora preferire soluzioni *software* commerciali<sup>10</sup>.

La domanda, a questo punto, poteva essere riformulata in termini di esistenza di un prodotto *open source* equivalente a quelli disponibili sul mercato del *software* proprietario che fosse appoggiato da una comunità di sviluppatori/utilizzatori sufficientemente strutturata da garantire la continuità temporale del progetto.

Una prima ricognizione delle scelte disponibili evidenziò che in poco più di due anni, periodo intercorrente tra l'inizio e la fine della fallita «sperimentazione», il panorama era cambiato radicalmente. Non solo si potevano oramai trovare prodotti *open source* di carat-

teristiche comparabili con quelli commerciali, ma addirittura si poteva scegliere quello che meglio si adattava alle proprie necessità, essendo presenti ben tre *suite* complete in grado di seguire lo sviluppatore dalla fase di raccolta e pulizia dei dati a quella della pubblicazione, passando per quella dell'analisi Olap.

Si trattava, a questo punto, di selezionare la più idonea a soddisfare i requisiti. Approfondendo leggermente il primo livello di analisi si scoprì che, in realtà, le tre offerte erano basate su un gruppo di nove componenti<sup>11</sup>, che venivano poi combinati in pacchetti completi utilizzando di volta in volta uno strumento piuttosto che un altro. Situazione ideale che garantiva comunque che, in caso di abbandono di un progetto da parte degli sviluppatori, ci sarebbe stata sempre un'alternativa da utilizzare come rimpiazzo. Fattore questo che, unito alla scelta effettuata dagli sviluppatori di *software* libero di convergere verso formati standardizzati<sup>12</sup>, dava molte certezze per il futuro e, di fatto, eliminava alla radice i dubbi che potevano emergere sulla mancanza di una società terza a cui fare riferimento per risolvere eventuali problemi.

L'analisi delle dimensioni della *community* di riferimento<sup>13</sup> portò all'esclusione di una delle alternative, dal momento che il progetto sembrava non aver ancora raggiunto una massa critica sufficiente ad assicurare continuità allo sviluppo.

Per avere una valutazione il più oggettiva possibile delle caratteristiche disponibili si decise di assegnare a ogni pacchetto un voto su una scala da 1 a 10, che tenesse conto di:

- 1) grado di sviluppo/maturità;
- 2) semplicità di utilizzo;
- 3) frequenza di rilascio degli aggiornamenti.

Il confronto tra le due soluzioni rimanenti, con i voti ottenuti dai singoli componenti, può essere sintetizzato nella **tabella 1**.

Considerato che entrambe le suite presentavano punti di forza e di debolezza, anziché effettuare una scelta netta si decise per una implementazione intermedia che sfruttasse al meglio le potenzialità degli strumenti. Per quanto il sistema Pentaho fosse certamente più maturo e avesse il supporto maggiormente attivo, non primeggia-

	JasperServer		Pentaho	
<b>Strumento di ETL</b>	Talend ETL	4	Kettle	10
<b>Strumento di reportistica</b>	JasperReports	10	JFree Reports	8
<b>Report Designer</b>	IRreports	10	Pentaho report designer	6
<b>Strumento di Charting</b>	JFreeChart	8	JFreeChart	8
<b>Strumento Olap</b>	JPivot + Mondrian	8	JPivot + Mondrian	8
<b>Portale di pubblicazione</b>	Proprietario	6	Moduli per differenti funzioni da montare su JBoss Portal	8
<b>Strumento di pubblicazione</b>	On line	10	Offline tramite definizione di XAction da caricare poi su portale	4
<b>Integrabilità intranet aziendale</b>	Tramite pagina dinamica di sincronizzazione password	10	Non integrabile	0

Tabella 1

va per facilità d'uso. Inoltre non sembrava facilmente integrabile nella infrastruttura intranet già disponibile. Al contrario *Jasperserver* permetteva di iniziare a lavorare in pochi giorni. Similmente lo strumento di ETL che accompagnava il secondo pacchetto non aveva ancora raggiunto l'usabilità e le funzionalità di Kettle<sup>14</sup>.

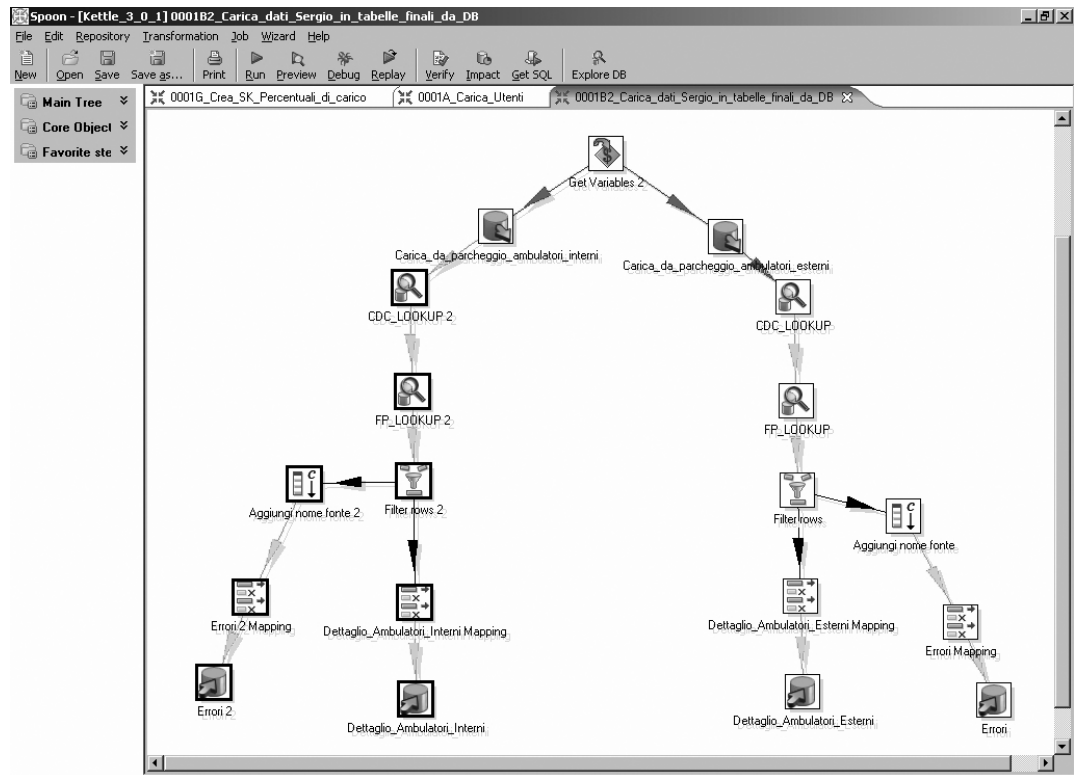
Il sistema così assemblato ha permesso, in poco meno di una settimana, di disegnare, testare e andare in produzione<sup>15</sup> con il primo

set di pubblicazioni dei dati riguardanti i monitoraggi di *budget* (figura 2).

**5. La distribuzione on line delle schede di risultato**

Il problema fondamentale divenne quindi la resistenza che l'organizzazione avrebbe potuto opporre al cambiamento<sup>16</sup>. Avendo sperimentato l'insuccesso del primo tentativo di distribuzione informatizzata delle

Figura 2



informazioni, la priorità era, a quel punto, identificare gli errori commessi e cercare di non ripeterli.

L'analisi, in effetti, fu sorprendentemente facile e mostrò che il fallimento poteva essere imputato esclusivamente all'aver mantenuto attivo, accanto alla nuova modalità di fruizione dei dati, anche l'invio cartaceo degli stessi. Poter ancora ricevere i dati nella forma abituale, infatti, non aveva creato l'esigenza, ai responsabili di struttura, di andare a recuperare *on line* le informazioni di cui necessitavano, impedendo loro di sperimentare gli indubbi vantaggi della nuova soluzione. Pertanto, ogni nuovo sviluppo non poteva prescindere dalla soppressione immediata e senza condizioni di ogni altra forma di comunicazione. Doveva trattarsi di un vero e proprio punto di rottura, senza periodi intermedi di sovrapposizione delle due metodologie e senza eccezioni di sorta.

I risultati furono notevoli. Dopo un mese dall'entrata in produzione del sistema non solo il 90% degli utenti utilizzava regolarmente gli strumenti messi a disposizione<sup>17</sup>, ma richiedeva spesso modifiche, integrazioni e funzionalità aggiuntive per migliorare la propria comprensione delle criticità dal reparto.

Grazie a questa costante e proficua interazione, in meno di tre mesi era disponibile *on line* un sistema in grado di:

- acquisire dati da qualunque fonte aziendale (verticali, file di testo, fogli *excel*, *database* vari);
- creare un *database* storicizzato, per tener traccia di tutte le pubblicazioni e dei dati su cui queste ultime poggiavano;
- esportare i dati verso il sistema di elaborazione della contabilità analitica e riacquisire il risultato;
- distribuire informazioni agli utenti, consentendo loro, oltre allo sguardo d'insieme su dati aggregati, anche la navigazione fino al massimo livello di dettaglio<sup>18</sup>;
- permettere la pubblicazione a uso e consumo della Direzione aziendale, sia di *report* di monitoraggio aggregati che di strumenti di analisi Olap.

Oltre a garantire un miglior servizio, la nuova metodologia comportò notevoli risparmi di risorse umane sia per la Struttura pro-

grammazione e controllo di gestione, sia per la Struttura della farmaceutica ospedaliera. Quest'ultima, infatti, produceva mensilmente per i reparti una serie di *report* cartacei sui consumi di farmaci e materiale sanitario che divennero di fatto inutili.

Con l'80% del lavoro oramai completato, mancavano all'appello solamente la fase di negoziazione *on line* dei *budget*, un sistema di allocazione dei costi di nuova generazione e una riprogettazione del ciclo di *budget*.

A ben guardare, si tratta di aspetti strettamente interconnessi, che non possono essere affrontati disgiuntamente, a meno di non voler affrontare il rischio di un sistema che raccoglie dati che poi non sono utilizzabili nelle fasi successive.

La negoziazione a distanza, infatti, è intimamente connessa con la fase di allocazioni dei costi, e con il ciclo di *budget*, dal momento che può fornire informazioni vitali per imputare correttamente le spese alle varie unità operative. Il sistema di redistribuzioni e ribaltamenti deve essere pensato per adeguarsi a tali flussi, che possono essere di tipo assolutamente diverso e di certo molto più vario di quello previsto dai più diffusi pacchetti software disponibili sul mercato. Il ciclo di *budget* deve poi fare buon uso delle informazioni che vengono prodotte dalla contabilità analitica (figure 3 e 4).

## 6. Il miglioramento della qualità dei contenuti del *budget*

Il processo di *budget* in ambito sanitario sta vivendo un momento di riflessione critica: pur essendo il controllo economico sempre più rilevante, l'efficacia dei sistemi di *budget* non sempre si dimostra all'altezza delle aspettative<sup>19</sup>.

Senza voler ricostruire ed analizzare sistematicamente le cause di tale giudizio, in questo scritto ci si limita a richiamare gli elementi critici oggetto di intervento nell'esperienza dell'Asl imperiese.

*In primis*, il raccordo con la programmazione strategica risultava tradizionalmente difficoltoso. La difficoltà a raccordare tecnicamente gli obiettivi strategici a quelli di *budget*, ormai associata nelle esperienze aziendali e motivata:

Figura 3

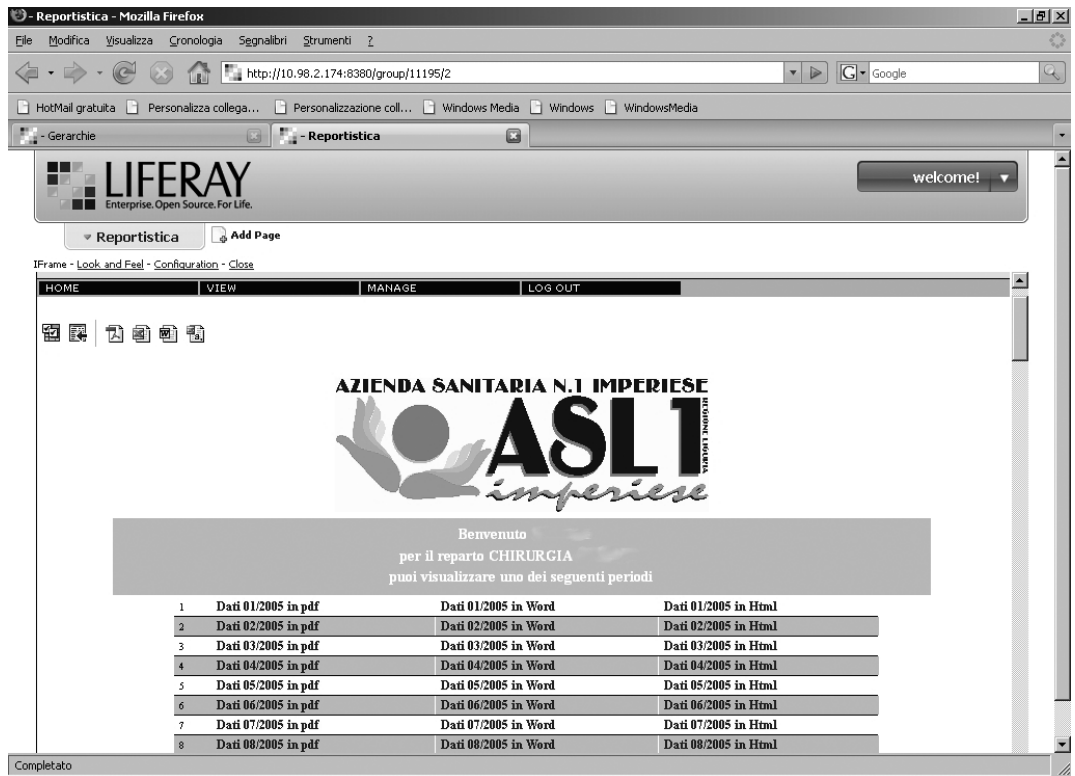
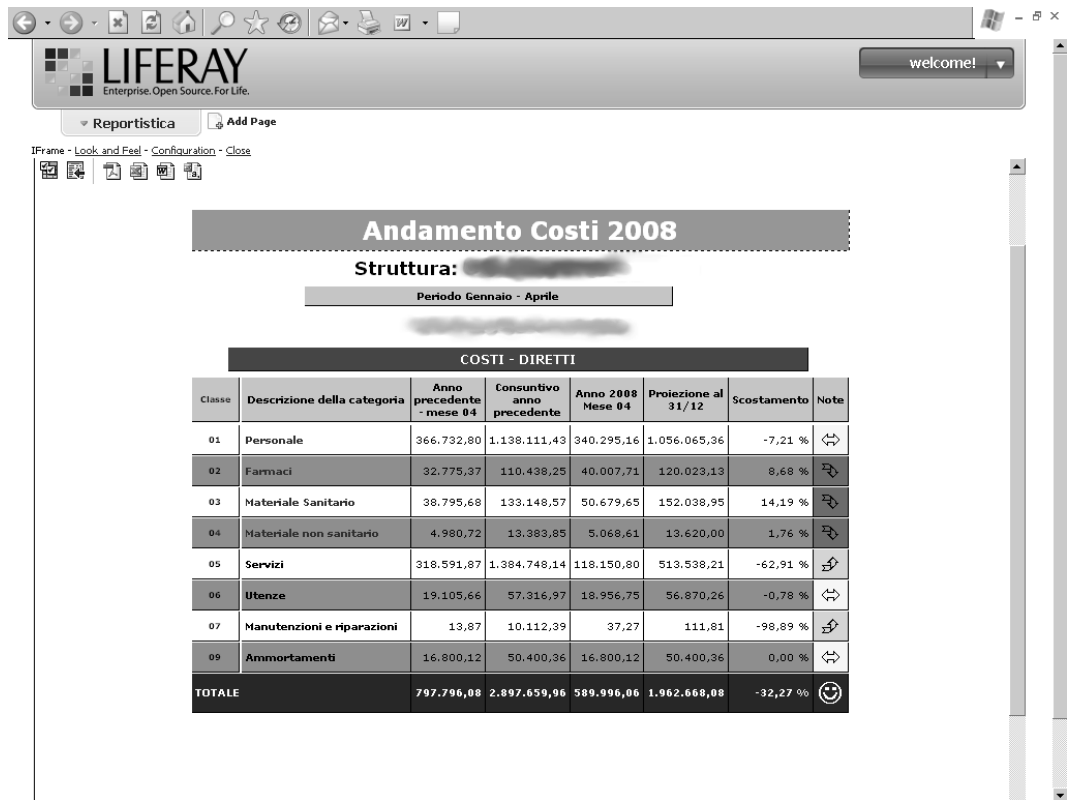


Figura 4



– dal diverso ambito di riferimento degli obiettivi di *budget* (singoli Cdr) e degli obiettivi strategici (intera azienda o aree strategiche di attività, comunque di ampio ambito organizzativo),

– dal diverso contenuto degli obiettivi: quelli di *budget* riferiti all'attività produttiva (efficacia, efficienza, volumi di produzione, ...), quelli strategici riferiti alla relazione con il contesto sociale e competitivo dell'azienda e agli obiettivi generali dell'azienda.

In secondo luogo, la qualità del sistema di misurazione delle attività e degli obiettivi in particolare inficia il ciclo di controllo direzionale. Troppo sovente, infatti, fenomeni di grande rilevanza sono inseriti quali obiettivi di *budget*, purtroppo gli indicatori utilizzati per la correlata misurazione sono poco adatti ad essere utilizzati nel ciclo del controllo direzionale in quanto incapaci di misurare gli effetti delle azioni gestionali, ma piuttosto gli *input* del processo stesso.

Pertanto l'opportunità offerta dall'utilizzo di tecnologie *online* nella formulazione del processo di *budget* è stata utilizzata per dare un contributo migliorativo a tali ambiti.

Si è pertanto deciso che la scheda di *budget* consentisse (e obbligasse) di associare gli obiettivi previsti e quelli ulteriormente proposti dai responsabili di Cdr ad uno degli obiettivi strategici previsti dal piano aziendale. Tale collegamento, effettuato dal responsabile del Cdr in fase di costruzione della proposta, ha consentito da un lato di comprendere meglio il significato e il ruolo dell'obiettivo nelle politiche aziendali<sup>20</sup>, dall'altro di costruire una mappatura operativa dell'implementazione degli obiettivi strategici nel rispetto delle autonomie dei due cicli di controllo (strategico e direzionale). La mappatura dell'implementazione degli obiettivi strategici perseguiti ha consentito di avviare parallelamente lo sviluppo di un sistema di monitoraggio strategico in linea con l'approccio Bsc, come descritto nei paragrafi successivi.

Inoltre si è deciso che ogni obiettivo di *budget* potesse essere collegato ad indicatori proposti dal Cdr e che tali indicatori fossero classificati in 5 categorie:

1) indicatore autoreferenziale (ad esempio: «partecipazione a riunioni di coordinamento» per migliorare l'efficienza organizzativa, oppure «attivazione del progetto» per misurare le azioni di miglioramento);

2) indicatore di processo (ad esempio indicatori di efficienza produttiva);

3) indicatore strutturale (ad esempio «produzione di una procedura» o protocollo);

4) indicatore di risultato produttivo tecnico (ad esempio volumi di prestazioni);

5) indicatore di risultato produttivo assistenziale (tipicamente indicatori associati alla risoluzione dei problemi sanitari).

Tale classificazione ha consentito di avere una profilazione degli indicatori utilizzati sia a livello di singolo Cdr che più complessivo aziendale.

Assumendo come obiettivo lo sviluppo di un *mix* equilibrato dei diversi indicatori nelle singole schede è stato possibile inoltre avviare la gestione di un ciclo di vita degli obiettivi: l'introduzione di nuovi obiettivi rende accettabile la presenza di indicatori delle prime categorie, mentre il consolidamento degli stessi impone l'evoluzione verso obiettivi rientranti nelle categorie 4 e 5.

## 7. Le «ten minutes applications»

Una volta identificati i reparti pilota con i quali affrontare l'aspetto della negoziazione *on line* occorre poter disporre di un *tool* che consentisse di:

a) caricare una prima bozza della scheda nell'area di negoziazione con assegnazione di obiettivi standard modificabili o bloccati;

b) attendere la contro proposta del direttore della struttura interessata;

c) analizzare la contro proposta e rispondere, con eventuale blocco degli obiettivi già positivamente contrattati;

d) reiterare il processo fino al giorno della discussione.

Posto che strumenti commerciali o *open source* con i requisiti necessari non esistevano, si imponeva la necessità di scegliere tra:

– sviluppare sistema *ad hoc* sulla base di uno schema specifico e codificato nell'applicazione, in grado di interagire con gli uten-

ti, che permettesse al Centro di controllo di raccogliere le proposte di *budget* e formulare delle risposte ai quesiti;

- sviluppare uno strumento generico, *web-based*, non disegnato su una specifica funzione ma predisposto per generare un numero potenzialmente illimitato applicazioni diverse.

La scelta non poteva che ricadere sulla seconda opzione, dal momento che occorreva tenere conto di un dato di fatto incontrovertibile. La realtà in cui è inserita un'azienda sanitaria si muove oramai a una velocità tale che può essere necessario raccogliere informazioni non gestibili con supporti cartacei in tempi che non consentono la produzione di *software* specifici. Nel momento in cui un tale applicativo si dovesse rendere disponibile potrebbe addirittura essere già cessata la necessità di raccogliere quel dato e conseguentemente l'utilità dell'applicativo stesso. Pertanto:

- 1) è necessario poter scrivere mini-applicazioni in tempi rapidissimi per venire incontro a tali esigenze;

- 2) deve essere lo staff stesso a poter realizzare tali strumenti, senza passare dal SIA, in modo da accorciare i tempi di sviluppo ed evitare di dover spiegare la necessità a una terza persona, velocizzando così il passaggio dall'idea al prodotto finito;

- 3) il tutto deve essere fruibile da qualunque punto dell'azienda senza necessità di installazione;

- 4) di conseguenza la tecnologia deve essere *web*, in modo da evitare tempi morti e costi di installazione.

Date le premesse, la scelta tecnologica risulta vincolata, dal momento che la soluzione stilisticamente più pulita e operativamente più completa consiste nell'utilizzare un portale standardizzato<sup>21</sup>. Pur avendo operato una selezione delle possibili alternative disponibili, che ha portato ad adottare la tecnologia *Liferay*<sup>22</sup>, va detto tuttavia che tutte le piattaforme esaminate hanno aderito a un formato standard per lo sviluppo degli *widget* da utilizzare al loro interno<sup>23</sup>. È quindi possibile passare in ogni momento dall'una all'altra a seconda del raggiunto grado di

maturità senza perdere nulla del lavoro già realizzato.

Sull'infrastruttura si doveva andare a innestare uno strumento di *data entry* generico (*portlet*)<sup>24</sup> che, soddisfacendo i requisiti sopra esposti, permettesse di:

- accedere a qualunque tipo di *database* semplicemente modificando alcuni parametri;

- realizzare interrogazioni *sql* di visualizzazione con grado di complessità non definito a priori;

- permettere di aggiungere, modificare o cancellare *record* da una tabella;

- fornire aiuti alla compilazione dei campi con menu a scelta multipla dinamici e liberamente configurabili;

- consentire l'esecuzione di codice *sql* parametrizzabile.

Uno degli autori si è fatto carico dello sviluppo di tale *portlet* e della messa a disposizione per la sperimentazione<sup>25</sup> presso l'Asl imperiese (**figura 5**).

La soluzione ottenuta si è poi rivelata così versatile che, per quanto pensata per la negoziazione *on line*<sup>26</sup>, ha trovato applicazione immediata nella registrazione informatizzata dei turni infermieristici e, soprattutto, nella realizzazione in un prototipo di sistema di contabilità analitica interamente *web-based* e totalmente configurabile dal controllo di gestione. In particolare, il prototipo è stato assemblato, partendo dalla progettazione dello schema delle tabelle fino alla creazione delle interfacce di alimentazione e manutenzione delle stesse e scrittura del motore di allocazione in *SQL*, in 6 giorni lavorativi<sup>27</sup>.

Lo strumento è stato utilizzato per la progettazione e realizzazione tecnica del sistema da uno degli autori operante nell'ufficio controllo di gestione che ha approfondito le conoscenze tecniche necessarie all'utilizzo in occasione dell'esperienza (il *background* di studi è di tipo economico e ha avviato lo studio del linguaggio *SQL* proprio in occasione della sperimentazione). Pertanto la strategia dell'Asl si è concentrata sulla possibilità di utilizzare tale *tool* da personale che non sia in possesso di *skill* specifici (**figura 6**).

Figura 5

Figura 6

BASI DI PARTENZA	FATTORI DA REDISTRIBUIRE	BASI DI ARRIVO
A2 - DEGENZE CHIRURGIA	MED - FATTORE MEDICI	A6 - AMBULATORIO CHIRURGIA
A3 - DEGENZE MEDICINA	MED - FATTORE MEDICI	A7 - AMBULATORIO MEDICINA
A4 - DEGENZE ORTOPEDIA	MED - FATTORE MEDICI	A8 - AMBULATORIO ORTOPEDIA
A5 - DEGENZE S.P.D.C.	MED - FATTORE MEDICI	A9 - AMBULATORIO SPDC
DMI - DEGENZE MALATTIE INFETTIVE	MED - FATTORE MEDICI	AMI - AMBULATORI MALATTIE INFETTIVE
DORS - DEGENZE ORTOPEDIA	MED - FATTORE MEDICI	AORS - AMBUL E SALA GESSI ORTOP ...
DORS - DEGENZE ORTOPEDIA	INF - FATTORE INFERMIERI	AORS - AMBUL E SALA GESSI ORTOP ...
CRSR - U.T.I.C.	MED - FATTORE MEDICI	ACDS - CARDIOLOGIA EF/AMB
CRSR - U.T.I.C.	INF - FATTORE INFERMIERI	ACDS - CARDIOLOGIA EF/AMB
CHSR - DEGENZE CHIRURGIA	MED - FATTORE MEDICI	ACSR - AMBULATORI CHIRURGIA

### 8. I risultati del processo: il *budget* 2008

La negoziazione *on line* è stata, a questo punto, testata sia sotto l'aspetto dell'operatività interna che sotto quello, forse più critico, dell'interazione con l'utente finale. L'impatto è stato notevole sotto entrambi i profili.

Lo strumento messo a punto, infatti, ha costretto a modificare la forma mentis dei componenti il Centro di controllo, per adeguarsi a una classificazione più rigida e precisa degli indicatori e degli obiettivi. Lungi dall'essere una limitazione ciò ha rappresentato un miglioramento della capacità di controllo sul processo di *budget*, permettendo una maggior standardizzazione degli obiettivi assegnati e degli indicatori a essi collegati. Inoltre, l'associazione di ogni parte della scheda di *budget* a una delle 5 categorie summenzionate ha consentito un bilanciamento dei diversi tipi di obiettivi, con una particolare focalizzazione alle pesature da assegnare: si è così riusciti a migrare da un modello «compensativo» a uno «strutturale».

Anche sotto il secondo aspetto i risultati sono stati soddisfacenti. Il miglioramento della comunicazione con i responsabili di Struttura si è tradotto in un vantaggio per entrambe le parti in causa. Sentendosi partecipanti attivi al processo di negoziazione, infatti, questi ultimi hanno avuto un approccio aperto al sistema, identificando a volte obiettivi inattesi per perseguire il raggiungimento delle strategie aziendali (anche queste precedentemente categorizzate).

Come ultimi *benefit*, la durata delle riunioni pre-discusse *on line* si è decisamente abbassata e il sistema ha iniziato a fornire dati utili e rilevanti per progettare la *Balanced scorecard* aziendale.

### 9. I risultati del processo: la *Balanced scorecard*

Ottenuto finalmente un insieme di dati omogeneo e verificato, si decise di iniziare a immaginare una possibile implementazione della *Bsc* all'interno dell'Asl 1<sup>28</sup>.

Il percorso di costruzione della *Bsc*<sup>29</sup> si è articolato su tre fasi, frutto del lavoro congiunto della Direzione aziendale (Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario) e del Dipartimento di staff:

1) predisposizione della mappa strategica dell'Azienda vista come organismo complesso, mediante cui rappresentare le relazioni causa-effetto del processo di erogazione del servizio;

2) progettazione del cruscotto direzionale multidimensionale delle performance, mediante oculata scelta di obiettivi, indicatori, *target* e azioni, derivati dalla mappa strategica e finalizzati alla valutazione delle performance aziendali;

3) propagazione della mappa strategica a livello dipartimentale e predisposizione del relativo cruscotto multidimensionale di monitoraggio delle performance.

Rispettando il *modus operandi* seguito in tutte le fasi di implementazione del sistema, anche per la *Balanced scorecard* si scelse di seguire una implementazione graduale, che passasse tramite un'evoluzione della metodica di *budget* consolidata. Decisione motivata dal fatto che l'attuale struttura della scheda di *budget* è condivisa e accettata dalla maggioranza dei professionisti, che ne hanno nel tempo compreso le finalità e l'utilizzo, rendendo di fatto efficace lo strumento.

Partenza fondamentale per la strutturazione logica del cruscotto direzionale è la traduzione del portato del sistema budgetario in macro-obiettivi. Si è a questo punto potuto sfruttare il lavoro di sistematizzazione degli obiettivi di *budget* in chiave strategica precedentemente descritto che aveva condotto a organizzare in un numero più limitato di categorie, coincidenti di fatto con gli indirizzi strategici dell'Azienda, i diversi obiettivi di *budget* assegnati nell'esercizio precedente. Questi ultimi sono stati così ricondotti alle dimensioni della *Bsc*, progettate considerando da una parte i criteri della *Bsc* e, dall'altra, le riflessioni del *team* di lavoro che ha seguito il progetto sulla mappa strategica. In particolare, sono state definite:

a) la «prospettiva delle Istituzioni»: evidenza gli obiettivi che le normative, specie le delibere regionali, impongono secondo i tempi e nei modi prestabiliti alla Asl imperiose e che sostanzialmente determinano le linee guida della programmazione aziendale;

b) la «prospettiva della comunità»: rappresenta le finalità che devono essere perseguite



a livello di sanità offerta a favore della popolazione (obiettivi di *outcome*) e del singolo utente;

c) la «prospettiva dei processi interni»: rende chiari gli obiettivi che l'Asl imperiese intende raggiungere in termini di qualità ed efficienza clinico-assistenziale;

d) la «prospettiva economico-finanziaria»: individua l'andamento economico-finanziario dell'Azienda nel rispetto delle risorse disponibili;

e) la prospettiva del «personale»: si focalizza sul grado di crescita e sviluppo professionale di tutte le persone appartenenti all'organizzazione dell'Asl imperiese.

La scelta di inserire la dimensione delle Istituzioni, come parte integrante rispetto al modello originale della *Bsc*, è dipesa dalla consapevolezza dell'Azienda di dover rispondere non solo della sua capacità di essere struttura efficiente e efficace come entità autonoma, ma anche come soggetto appartenente al Sistema sanitario regionale e operante per valorizzare le sinergie e per garantire accesso ed equità a tutti i cittadini della Regione.

Definita la struttura logica in cui inquadrare il monitoraggio, il passo successivo, è stato quello di associare a ogni obiettivo

strategico uno o più indicatori espressivi della misura con la quale poter raggiungere il livello di *performance* atteso.

La scelta degli indicatori per ciascun obiettivo è stata una delle fasi più delicate della progettazione del cruscotto ed è stata condotta sulla base delle seguenti variabili:

- a) la pertinenza rispetto al tema e all'obiettivo strategico,
- b) la reale possibilità di rilevazione aziendale,
- c) l'onerosità della rilevazione.

Così, con riferimento alla «prospettiva delle Istituzioni», agli obiettivi che sono stati sintetizzati in:

- riorganizzazione della rete ospedaliera,
- riorganizzazione del territorio,
- miglioramento dell'assistenza farmaceutica,
- riorganizzazione e riqualificazione delle funzioni del Dipartimento di prevenzione,
- realizzazione del piano delle assunzioni,

vengono associati uno o più indicatori come elencati nella **tabella 2**.

OBIETTIVI	INDICATORI
Riorganizzazione della rete ospedaliera	N. servizi non degenziali accorpatis (Laboratorio, Radiologia, servizio di Anatomia patologica, servizio Immunotrasfusionale, servizi di Medicina nucleare, di Fisica sanitaria e di Radioterapia) Progettazione dell'ospedale unico (numero di provvedimenti)
Riorganizzazione del territorio	N. di provvedimenti presi per l'attivazione delle cure Intermedie N. di interventi per la non autosufficienza (cure domiciliari)
Miglioramento dell'assistenza farmaceutica	N. farmaci distribuiti nel primo ciclo terapeutico N. farmaci generici ospedalieri N. controlli sulla appropriatezza prescrittiva secondo le indicazioni AIFA
Riorganizzazione e riqualificazione funzioni del Dipartimento di Prevenzione	Numero di provvedimenti per l'informatizzazione del Dipartimento Grado di aggiornamento e formazione del personale
Realizzazione del piano delle assunzioni	Numero di atti per la predisposizione del piano di revisione della consistenza del personale

**Tabella 2**  
Prospettiva  
delle istituzioni (Regione)

Per quanto riguarda la «prospettiva della comunità» si è ritenuto fondamentale monitorare attraverso diversi tipi di indicatori gli obiettivi volti a:

- migliorare i livelli di salute della popolazione;
- offrire maggiore sicurezza;
- garantire la facilità di accesso;
- garantire la continuità delle cure;
- migliorare la soddisfazione dell'utenza;
- migliorare la comunicazione agli utenti.

Una volta ottenuta una sistematizzazione coerente delle informazioni per un periodo temporale del quale già si avevano a disposizione risultati verificabili, si è operato per invertire il processo e sviluppare le quattro sezioni delle schede di *budget*<sup>30</sup> relative all'anno corrente, ribaltando la mappa strategica 2008 sulle dimensioni medesime, e declinando queste ultime in obiettivi.

Si è proceduto quindi alla elaborazione dei dati di monitoraggio del 2007 con lo scopo di verificare l'aderenza del nuovo strumento alla misurazione della performance aziendale. L'elaborazione grafica di sintesi che riportiamo in **figura 7** rappresenta l'andamento delle 5 dimensioni *Bsc* individuate.

Dal grafico si deduce che la *Bsc* fotografa in modo preciso l'azione che il management

aziendale ha posto in essere nel 2007. Come si può vedere le dimensioni «istituzioni» e «economica-finanziaria», maggiormente «stressate» nella programmazione 2007, fanno registrare una migliore performance. Tale assunto è confermato dall'effettivo rispetto del *budget* assegnato alla Asl 1 misurato dai costi rilevati nel primo C.E. preconsuntivo, oltre al sostanziale raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla delibera di Giunta regionale 133/2007 «Anno 2007. Assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende sanitarie e agli enti equiparati. Direttive ed obiettivi», dedotti dal primo monitoraggio consuntivo effettuato nel mese di febbraio 2008. A questo si accompagna una performance inferiore nelle dimensioni restanti<sup>31</sup>.

I traguardi raggiunti in questa prima fase di disegno della *Bsc* durata circa 8 mesi hanno indotto il management a decidere di completare il progetto, rendendo operativo nel minor tempo possibile il cruscotto direzionale ed estendendolo, nel corso del 2009, a tutte le strutture dipartimentali.

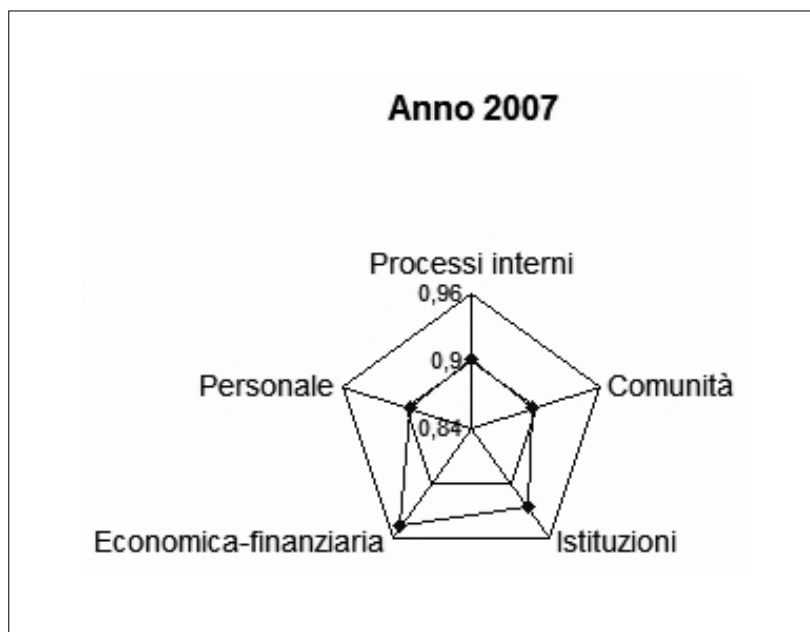
Dopo un primo periodo sperimentale nel corso del quale la *Bsc* sarà mantenuta a livello di Direzione strategica, si provvederà successivamente a una diffusione più capillare dello strumento, individuando alcuni Dipartimenti pilota nei quali introdurlo<sup>32</sup>.

Questa scelta è derivata dalla consapevolezza di non poter ottenere in tempi brevi un radicato ed esteso consenso all'attivazione della *Bsc* da parte di tutta l'organizzazione. Una propagazione graduale della *Bsc* su unità pilota permetterà di:

- dimostrare a tutta l'organizzazione la validità e la fattibilità del progetto *Bsc*;
- verificare in anteprima la reazione dell'organizzazione all'introduzione di uno strumento così invasivo;
- individuare i reali benefici e le principali difficoltà derivanti dalla sua implementazione;
- fare tesoro delle lezioni apprese in questa sperimentazione iniziale per evitare di commettere gli stessi errori nelle fasi successive.

È senza dubbio prematuro esprimere delle valutazioni definitive sui benefici della *Bsc*, tuttavia è possibile delineare dall'esperienza maturata i risultati raggiunti con le relative

Figura 7



difficoltà incontrate durante lo sviluppo, e le attese future.

I risultati della *Bsc* non sono immediatamente misurabili o traducibili in cifre, tuttavia, si può affermare che grazie alla *Bsc*:

- è stata definita la strategia aziendale di medio-lungo periodo e, in modo coerente, è stata tradotta in obiettivi di breve termine;

- si è aperto un nuovo canale di comunicazione tra professionisti clinici e amministrativi che ha favorito una tensione al coordinamento di tutta l'organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi;

- si è migliorato notevolmente il sistema informativo e di conseguenza la gestione e l'utilizzo della mole di dati a disposizione.

Nel raggiungimento di tali risultati sono state incontrate difficoltà in parte riconducibili all'instabilità del contesto organizzativo. La riorganizzazione del personale del dipartimento di staff, fulcro del processo di

introduzione della *Bsc* in Azienda, e di altre strutture operative e la mancanza in esse di indicazioni definitive sulla configurazione dei responsabili, hanno reso impossibile procedere alla realizzazione del *cascading* della *Bsc*.

Inoltre, come generalmente accade, si è manifestata una certa resistenza culturale, nello specifico l'avversione alla misurazione da parte degli operatori sanitari ai quali si chiede di valutare il proprio operato (**figura 8**).

## 10. Conclusioni

L'esperienza dell'Asl imperiese interessa diverse tematiche correlate al controllo direzionale delle aziende sanitarie: strategie di sviluppo del sistema di controllo, strategie di gestione del processo di programmazione e controllo, orientamenti metodologici del controllo direzionale e strategico, ma soprattutto strategie di sviluppo del sistema informativo alla base delle strategie precedenti.

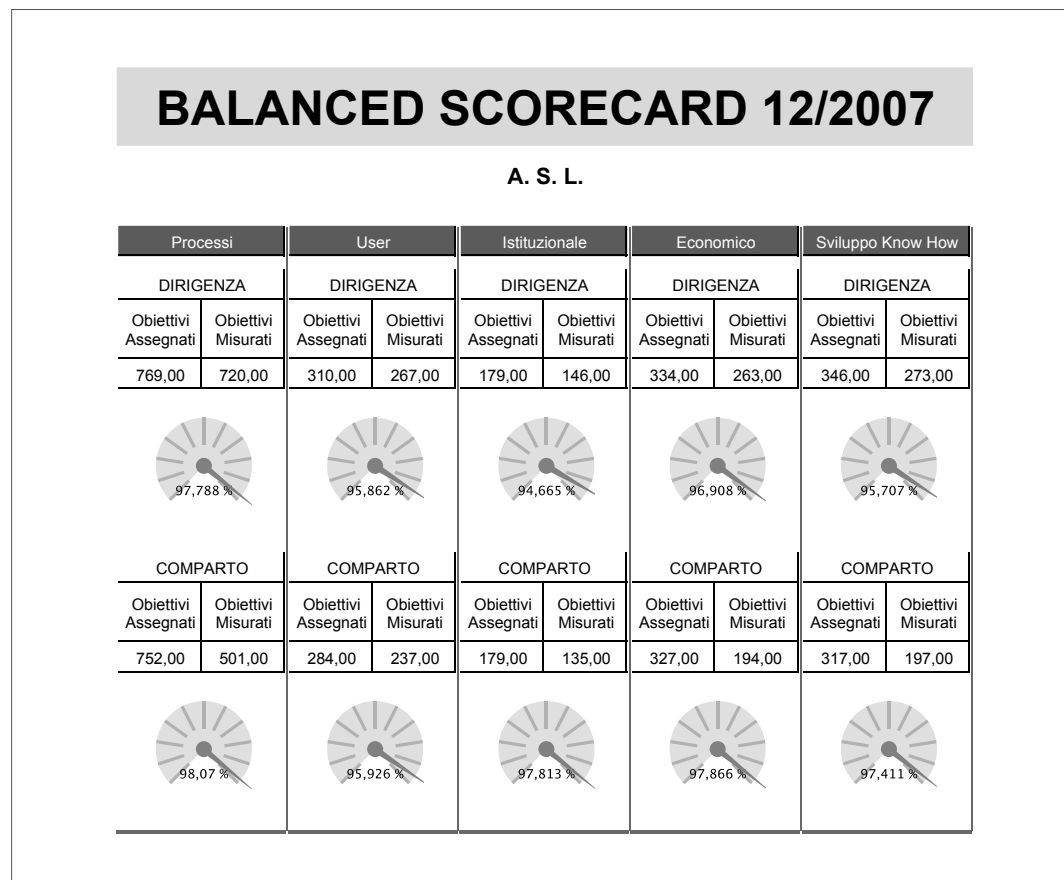


Figura 8

Particolarmente rilevante per l'azienda è stato il fabbisogno di mantenere il pieno controllo delle metodologie di elaborazione delle informazioni, da un lato senza affidare a soluzioni *software* preimpostate le scelte di metodo e dall'altro mantenendo la capacità di sviluppare adattamenti e personalizzazioni costanti in coerenza con la costante evoluzione del sistema di controllo complessivo.

Intenzione di questo articolo non è quella proporre un modello universale di sviluppo, ma riporta una esperienza in cui si è cercato di dare un contributo originale alla capacità di governare una azienda sanitaria di complessità elevata.

L'esperienza maturata ha è verificato che:

- è possibile avviare processi di sviluppo degli strumenti di raccolta ed elaborazione dati i cui contenuti metodologici sono governati pienamente dagli *staff* aziendali,

- è possibile sviluppare sistemi di elaborazioni delle informazioni a rilevanza direzionale basati su applicazioni *open source*,

- è possibile coinvolgere la line produttiva sanitaria in un processo di *budget* focalizzato sui contenuti chiave della programmazione senza perdere il legame con la dimensione quantitativa.

Lo sviluppo della logica della *Bsc* e il collegamento tra obiettivi strategici e obiettivi di *budget* ha consentito all'alta direzione aziendale una visione sistemica focalizzata sugli obiettivi strategici e ha generato un rilancio del processo di *budget* aziendale.

L'impatto della sperimentazione di scambio di informazioni tramite strumento *on line* è risultato positivo ma è ancora da verificare l'impatto di un generale coinvolgimento dei Cdr per quanto riguarda la costruzione del *budget*. L'impatto organizzativo delle scelte relative all'architettura *open source* è ancora da verificare nel medio periodo anche se l'esperienza di breve periodo ha tranquillizzato notevolmente rispetto alle generali diffidenze riguardo l'impatto della mancanza di un fornitore tenuto al supporto che caratterizza tale tipo di soluzioni. In particolare la possibilità di adattare totalmente il *mix* di applicazioni alle proprie esigenze ha ripagato in efficacia la necessità di acquisire internamente alcune conoscenze specifiche sui *tool* selezionati, generano al contempo una mag-

gior autonomia e flessibilità del controllo di gestione nel dotare il processo di programmazione e controllo degli strumenti di interazione e elaborazione informativa senza eccessive dipendenze dal sistema informativo aziendale o, peggio, da fornitori esterni<sup>33</sup>.

## Note

1. Tre i diversi contributi sull'evoluzione dei sistemi direzionali si veda in particolare Simons (2000), Borgonovi (1990) e Agliati, Beretta (1990).
2. Si veda in proposito Arcari (2007).
3. L'evoluzione del sistema informativo delle aziende sanitarie è sicuramente peculiare in conseguenza della complessità ed eterogeneità delle attività: si veda in proposito Buccoliero *et al.* (2005) e Caccia (2008).
4. Oltre a veri e propri inserimenti o cancellazioni retroattive di fatture, Sdo, ricette, si manifestano anche situazioni perfettamente normali che portano a variazioni degli importi associati ai carichi di magazzino. Si pensi per esempio alla registrazione di una nuova fattura per un prodotto già disponibile, per il quale si è spuntato un prezzo diverso da quello precedentemente ottenuto. Il sistema calcola automaticamente un nuovo Prezzo medio ponderato che incorpora la nuova informazione e comporta una modificazione immediata della valorizzazione di tutti gli *stock* acquistati per adeguarla al nuovo dato.
5. Tra stampa del documento e della lettera di accompagnamento, imbustatura e invio all'ufficio protocollo.
6. Problemi comunque pesanti, in quanto connessi alla stabilità stessa del sistema, alla sua flessibilità e alla complessità di effettuare in modo indolore aggiornamenti evolutivi. A ciò si aggiungevano anche la difficoltà di integrazione con quanto già presente in azienda e l'impossibilità di pubblicazione on line dei risultati se non accettando pesanti vincoli (il sistema non sarebbe stato *web based* ma *client server*). Aspetto quest'ultimo per nulla marginale, rappresentando uno dei risultati attesi dal progetto.
7. È vero che un certo grado di contraddittorio tra le parti è sempre salutare, oltre che necessario, dal momento che le richieste presentate potrebbero essere effettivamente bislacche, ma discutere sulle soluzioni e suggerire alternative più praticabili è cosa ben diversa dal bollare aprioristicamente qualsiasi proposta come inutile.
8. Nonostante le risorse di calcolo messe a disposizione fossero tutt'altro che trascurabili e comunque conformi alle specifiche indicate dal fornitore al momento della definizione degli obiettivi.
9. La scelta dei sistemi informativi è un processo strategico a tal proposito si veda De Vecchi, Grandori, *I processi decisionali d'impresa. La scelta dei sistemi informativi*, Milano 1983.
10. Ad esempio: interfaccia utente curata, facilità di installazione, semplicità di utilizzo dei *tool* di estrazione, trasformazione e caricamento dei dati.
11. *Talend ETL vs Kettle* per la fase di estrazione, trasformazione e caricamento dei dati; *Jboss Portal*

- (*Pentaho*), *eXo Portal* (SpagoBI) e *Jasperserver* per il *framework* di interazione con l'utente; *Mondrian* + *JPivot* (insieme a *JFreeChart*, gli unici moduli sempre presente) per l'analisi Olap; *JasperReports* vs *JfreeReport* per la realizzazione dei *report*.
12. Diversamente da alcune soluzioni commerciali.
  13. Questa è un parametro importantissimo nel valutare qualsiasi progetto *Open Source*, dal momento che influenza direttamente sia la velocità con cui vengono rilasciati gli aggiornamenti, sia l'eventuale risposta a malfunzionamenti riportati dagli utenti. A questo proposito, precisando che la nostra esperienza non può essere presa come riferimento assoluto semplicemente per il fatto che, essendo *software* gratuito, non c'è alcuna garanzia che le segnalazioni vengano ascoltate, occorre sottolineare come i tre problemi per i quali abbiamo richiesto assistenza (in altre un anno di utilizzo) siano stati risolti nel giro di 24 ore. Il confronto con il tempo di risposta delle *software house* commerciali è impietoso. Queste raramente fanno interventi *ad personam* e, comunque, normalmente reagiscono con tempistiche molto più rilassate (intorno ai due mesi).
  14. Un esempio per tutti, le primitive per la gestione delle *surrogate keys*, base di partenza della costruzione di un *data warehouse*, non sono disponibili nel *tool* proposto da *jasperserver*.
  15. Integrazione nella intranet aziendale e profilazione utenti incluse.
  16. Riguardo i fattori determinanti la diffusione delle innovazioni nei sistemi informatici si veda Davis *et al.* (1989).
  17. L'unica accortezza necessaria fu quella di fare un incontro preparatorio dove vennero spiegate le modalità di interazione con il sistema e venne distribuito un breve manuale con il riepilogo delle funzioni messe a disposizione.
  18. Ogni responsabile di struttura ha la possibilità di esplodere i costi di personale (fino al dettaglio del singolo dipendente), di farmaci, materiale sanitario, materiale economico (fino al singolo prodotto). Può, inoltre, navigare la propria produzione fino alla singola Sdo o alla singola prestazione ambulatoriale effettuata per ogni singolo paziente.
  19. Come riferimenti teorici sull'evoluzione dei sistemi di controllo si veda Simons (2000).
  20. Molto spesso infatti gli obiettivi di *budget* non sono facilmente interpretabili nelle motivazioni e nel ruolo assunto nella complessiva azione del Cdr. Ad esempio una riduzione di degenza media può essere finalizzato ad una maggiore efficienza produttiva, ad una maggiore qualità assistenziale, ad una migliore continuità assistenziale se correlata con altre azioni dei Cdr coinvolti nella gestione del paziente.
  21. In tal modo si evita la progettazione delle fasi di autenticazione dell'utente e si risolvono a monte tutti i problemi di sicurezza e di *privacy*. Il portale, inoltre, fornisce già una serie di *widget* predefiniti che possono essere utilissimi per l'utente finale, che può disegnare a proprio piacimento la pagina di accesso aggiungendo un calendario, le previsioni del tempo, uno strumento collaborativo di condivisione delle informazioni (*wiki*, ad esempio), un forum e molto altro ancora.
  22. Anche questo distribuito con licenza *Open Source*.
  23. Specifiche JSR-168 e, prossimamente, JSR-286.
  24. Il vantaggio di tale soluzione risiede nella possibilità di sviluppare e mantenere un solo codice generico di *Data Entry*. Il portale, poi, consente di stanziare un numero illimitato di *portlet* uguali, che differiscono esclusivamente per la configurazione. Il processo di costruzione di un applicativo complesso risulta, in tal modo, enormemente semplificato e ogni miglioramento apportato al componente base risulta automaticamente ereditato dall'intero progetto.
  25. La *portlet*, denominata *QuickAppBuilder*, è stata sviluppata secondo le specifiche JSR-168, è stata implementata nel portale con differenti *database* (*Oracle*, *MSSql*, *MySql*) ed è stata testata con differenti portali (*Liferay 4 e 5*, *JBoss Portal*, *uPortal 3*, *Sun Java System Portal Server 7.2*, *Jahia*, *JetSpeed*, con *Tomcat*, *Tomcat+JBoss* e *Glassfish* come *application server*).
  26. Per quanto le linee di indirizzo del progetto fossero state scritte pensando a un utilizzo il più generico possibile, per necessità pratica erano state disegnate sull'unica applicazione per cui esisteva già la necessità pratica di implementazione, cioè la discussione *on line* delle schede di *budget*.
  27. L'*engine* di allocazione lavora a una velocità mai riscontrata in applicativi similari: l'intero ciclo di contabilità analitica per un esercizio viene eseguito in 17 minuti, contro le 6 ore/anno dell'applicativo fino ad allora utilizzato e i 90 minuti/anno della più veloce alternativa commerciale testata.
  28. La scelta del nuovo strumento, in ogni caso, non poteva che ricadere sulla *Balanced scorecard*, in considerazione di quanto previsto anche dalle linee guida del Piano operativo di rientro. Uno degli obiettivi operativi della delibera di Giunta regionale N. 243/2007, riguardante il rafforzamento della *Governance* regionale sul Ssr e volto al miglioramento del sistema di controllo, prevede, infatti, l'evidenza del sistema di Bsc come indicatore per l'intervento di «definizione di *budget*, di *report* per il monitoraggio periodico e di meccanismi di premi/sanzioni concordati con le Aziende».
  29. Tra i riferimenti teorici avuti a riferimento del lavoro si veda Kaplan (1994); Kaplan, Norton (1996); Kaplan, Norton (2002); Epstein, Manzoni (1998); Piliati, Spazzapan, Mariotto, (2003).
  30. Costi, produzione, riorganizzazione e qualità.
  31. Questo risultato nasce dalla condizione nella quale la Regione Liguria si è trovata nel 2007, essendo affiancata dai Ministeri della salute e dell'economia per il rispetto del Piano di rientro, e determinando quindi nelle sue Aziende sanitarie un'azione di controllo verso le dinamiche aziendali correlate principalmente ai temi «regionali» (risorse ed obiettivi).
  32. La selezione dei Dipartimenti pilota dovrà avvenire sulla base di alcune considerazioni relative:
    - alla strategia che l'Azienda intende perseguire; in questo senso si cerca di scegliere i Dipartimenti che sono maggiormente coinvolti nel processo di riorganizzazione previsto dal Piano di rientro regionale

(come ad esempio il Dipartimento di oncologia, la Farmaceutica territoriale, ecc.) perché, necessariamente, già assisteranno a parziali modifiche del sistema di obiettivi;

- alla particolare predisposizione e sensibilità dei

professionisti clinici per la collaborazione e partecipazione a progetti di carattere innovativo ed all'uso abituale di strumenti informatici presenti in Azienda.

33. Tra le riflessioni più interessanti in materia si segnala Miroglio (2001).

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

- AGLIATI M., BERETTA S. (1990), *I sistemi amministrativi nei gruppi di imprese*, Egea, Milano.
- ARCARI A.M. (2007), *Il controllo direzionale*, The McGraw-Hill Companies.
- BORGONOVÌ E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borghonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.
- BUCCOLIERO L. et al. (2005), *E-health. Percorsi di implementazione dei sistemi informativi in sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- CACCIA (2008), *Management dei sistemi informativi*, McGraw-Hill, Milano.
- DAVIS F.D. et al. (1989), «User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models», *Management Science*, 35(8), pp. 982-1.003.
- DE VECCHI C., GRANDORI A. (1983), *I processi decisionali d'impresa. La scelta dei sistemi informativi*, Giuffrè, Milano.
- EPSTEIN M., MANZONI J.F. (1998), «Implementing Corporate Strategy: From Tableau de Bord to Balanced Scorecard», *European Management Journal*, April, vol. 16, n. 2.
- KAPLAN R.S. (1994), «Devising a Balanced Scorecard matched to Business Strategy», *Planning Review*, 22 (5), September-October.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston, trad. it. A. Bubbio (a cura di) (2000), *Balanced Scorecard: Tradurre la strategia in azione*.
- KAPLAN R.S., NORTON D.P. (2002), «La balance scorecard nelle organizzazioni non profit, statali e sanitarie», in F. Pezzani, L. Caccia (a cura di), *Progettazione dei sistemi di controllo e valutazione dei risultati nelle pubbliche amministrazioni e nelle istituzioni internazionali*, Egea, Milano.
- MIROGLIO F. (2001), «L'impatto dell'integrazione informativa sulle scelte di assetto della funzione amministrativa», in M. Agliati, A. Caglio, G. Meloni, F. Miroglio (a cura di), *L'evoluzione della funzione amministrativa: attività, professionalità e assetti nell'era dell'integrazione informativa*, Egea, Milano.
- PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.
- SIMONS R. (2000), *Performance measurement & Control system for implementing strategy*, Harvard Business School Press, Boston.

# Valutazione del carico assistenziale: il caso dello scompenso cardiaco nella Asl genovese

A. TESTI, D. GALLO, E. TANFANI, I. PORRO, M. FATO

*Estimating healthcare costs for heart failure is a relevant topic for policy makers, because aging population entails increasing prevalence of such disease. Direct components of healthcare included in the analysis are hospital admission, outpatient consultations and diagnostic and prescribed drug therapy. The case study refers to Liguria, the oldest Region in Italy, where about 9000 patients were enrolled. The study is based on two years data collection and refers uniquely to administrative data drawn from official data warehouse. This means that the proposed methodology is quite cheap and can be utilized currently to monitor expense of clinical pathway of the main chronic pathologies. Costs are disaggregated to identify different consumption patterns by age and compared with other studies of the literature.*

Keywords: cost of chronic pathologies; datawarehouse utilization

Parole chiave: costo delle patologie croniche; utilizzo datawarehouse

## Note sugli autori

Angela Testi è professore associato, Dipartimento di Economia e Metodi quantitativi, Università di Genova; Domenico Gallo è direttore U.O. Sistema Informativo - Azienda Usl 3 Genovese e dottorando al Dipartimento di Informatica, Sistemistica e Telematica, Università di Genova; Elena Tanfani è ricercatore universitario, Dipartimento di Economia e Metodi quantitativi, Università di Genova; Ivan Porro è giovane ricercatore Dipartimento di Informatica, Sistemistica e Telematica; Marco Fato è professore associato, Dipartimento di Informatica, Sistemistica e Telematica, Università di Genova

## 1. Introduzione

A partire dalla fine degli anni novanta, all'interno dell'area metropolitana genovese è iniziato un progetto di informatizzazione che ha coinvolto l'intero complesso delle strutture sanitarie e dedicato, prioritariamente, a sviluppare gli aspetti gestionali delle aziende sanitarie. Questo territorio, corrispondente alla competenza dell'Azienda sanitaria 3 genovese, si presenta di estremo interesse in quanto caratterizzato da una rete ospedaliera eterogenea per dimensioni e livello di specializzazione delle strutture eroganti. Nello specifico sono presenti cinque ospedali dedicati alla medio-bassa complessità e afferenti all'azienda sanitaria territoriale, due aziende ospedaliere (San Martino e Villa Scassi), due enti ospedalieri autonomi (Galliera ed Evangelico Internazionale), due Irccs (Gaslini e l'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro). Tale complessità si ripresenta nella rete dell'offerta di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica rivolte al territorio, sia pubblica sia proveniente da istituti privati accreditati. La necessità di governare l'eterogeneità dell'offerta sanitaria ha portato allo svilupparsi di tecniche orientate all'integrazione delle informazioni residenti nei sistemi informativi aziendali al fine di ottenere un quadro complessivo della domanda di salute altrimenti frammentato nelle logiche delle singole organizzazioni. La nascita dei distretti nell'Azienda sanitaria genovese ha ulteriormente incrementato la richiesta di elaborazione di dati e lo sviluppo di strumenti di analisi relativi alle prestazioni erogate ai cittadini al fine di affrontare percorsi orientati a patologie specifiche. Dal punto di vista tecnologico, la soluzione attuata si basa sull'implementazione di *data warehouse* e

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Materiali e metodi
3. Presentazione dei risultati
4. Discussione

su strumenti di interrogazioni da diffondersi nelle direzioni distrettuali, nelle direzioni sanitarie ospedaliere e nei centri di controllo direzionale delle aziende sanitarie.

La caratteristica delle applicazioni gestionali che costituiscono i sistemi informativi delle aziende sanitarie è di affrontare, spesso con un'elevata qualità dei dati, singoli aspetti delle attività sanitarie, ma si dimostrano spesso incapaci di affrontare la complessità delle patologie croniche e il loro svilupparsi nel tempo. I flussi informativi disponibili, avviati inizialmente con lo scopo di rendicontare l'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture sanitarie, rappresentano un enorme patrimonio di conoscenze disponibile per affrontare la gestione clinica delle principali patologie diffuse all'interno del territorio. Queste basi di dati, che raccolgono informazioni relative alle prestazioni sanitarie con profondità temporale di diversi anni, costituiscono uno strumento indispensabile per la programmazione sanitaria. Infatti, se strutturate e interrogate in modo opportuno, sono in grado di fornire importanti conoscenze relativamente al carico assistenziale dei pazienti cronici.

Lo scopo del presente studio consiste nel descrivere una metodologia capace di fornire informazioni relative al carico assistenziale e al profilo di trattamento dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche attraverso l'utilizzo di un *data warehouse* che integra dati provenienti da basi di dati gestionali eterogenee. Nella definizione di William Inmon, tratta da *Building the Data Warehouse*, si tratta di una collezione di dati di uno specifico soggetto, integrata da basi di dati gestionali, non volatile e con una profondità temporale coerente con le dinamiche della realtà rappresentata, finalizzato a supportare le decisioni.

Tra le patologie croniche presenti all'interno del territorio dell'Azienda sanitaria genovese, lo scompenso cardiaco si caratterizza per il coinvolgimento di ogni tipologia della rete sanitaria (medico di medicina generale, specialistica ambulatoriale e diagnostica, ospedale, assistenza farmaceutica, cure domiciliari). Lo scompenso cardiaco, detto anche insufficienza cardiaca, è una sindrome provocata da una difficoltà del cuore a pompare una quantità di sangue sufficiente per mantenere le funzioni vitali degli orga-

ni. «La prevalenza dello scompenso cardiaco nella popolazione generale è stata stimata tra lo 0,4 e il 2%. Essa tende rapidamente ad aumentare con l'età e l'incremento della proporzione di soggetti anziani nella popolazione rende ragione in parte della frequenza crescente di scompenso cardiaco. A differenza di altre cardiopatie di comune rilievo, la mortalità per scompenso cardiaco, normalizzata secondo l'età, appare in aumento» (Gavazzi, p. 6). Secondo la classificazione proposta dalla *New York Heart Association*, lo scompenso cardiaco è caratterizzato da quattro classi che descrivono i gravi danni funzionali per il paziente fino alla Classe III, «Grave limitazione dell'attività fisica: benessere a riposo, ma attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali provocano sintomi», e alla Classe IV, definita come «Incapacità a svolgere qualsiasi attività senza disturbi: sintomi di scompenso sono presenti anche a riposo, con aumento dei disturbi ad ogni minima attività» (Classe IV) (Gavazzi, 2007: p. 16). Si tratta di una patologia che, se adeguatamente trattata, consente una discreta qualità della vita, sia attraverso una terapia farmacologia specifica sia adottando uno stile di vita adeguato alla patologia stessa (Gavazzi, 2007: p. 36).

Questo quadro evidenzia una sindrome di estremo interesse per i programmi di governo territoriale, in quanto fornisce spunti per comprendere sia i percorsi clinici realmente praticati dai cittadini in assenza di una rete specificatamente dedicata alla cura di questa patologia sia il relativo impegno di risorse economiche. Per la sua rilevanza, in differenti contesti territoriali italiani, lo scompenso cardiaco è già stato oggetto di valutazioni del carico assistenziale rispetto alle quali appare interessante confrontare la situazione ligure. In particolare, si fa riferimento allo studio relativo alla Regione Marche (Politi, 2005), lo studio VELCA 2 che affronta il caso della popolazione ultra sessantacinquenne del Veneto (Mapelli, 2007) e le risultanze del progetto CRITERIA (Borghi, 2007), volto al confronto in termini di costo-efficacia di due programmi di cura domiciliare per pazienti cardiopatici delle aziende sanitarie territoriali di Bergamo, Brescia e Milano; il primo riguardava un progetto di Ospedalizzazione domiciliare riabilitativa rivolto a pazienti a medio/alto rischio post-cardiochirurgici, il



secondo era rivolto a un gruppo di 300 pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico.

Nell'ambito di questo studio terremo in costante riferimento l'analisi che è stata sviluppata nella Regione Marche perché si basa sulla valorizzazione del carico assistenziale relativo all'intera popolazione affetta da scompenso cardiaco, mentre lo studio VELCA 2 si concentra sulle classi di età i cui elementi sono maggiori di sessantacinque anni e lo studio CRITERIA si occupa delle cure domiciliari.

La metodologia proposta in questo studio può essere facilmente applicata all'analisi del carico assistenziale di altre patologie croniche e ha il grande vantaggio di non dover ricorrere a raccolte aggiuntive di dati – e quindi a costi addizionali – perché utilizza esclusivamente dati amministrativi già esistenti nei *database* dell'azienda territoriale. Sinteticamente consiste nel definire opportuni criteri di identificazione della popolazione affetta dalla patologia e le correlazioni esistenti tra patologia e tipologia di prestazioni erogate, utilizzando codici anonimizzati per la gestione dei dati anagrafici.

## 2. Materiali e metodi

### 2. 1. Descrizione del sistema tecnologico

Il *data warehouse* che è stato utilizzato per la presente ricerca è costituito dall'integrazione di dati provenienti dalle seguenti applicazioni gestionali:

- Anagrafe sanitaria dei cittadini residenti nel territorio dell'Azienda sanitaria genovese (codice identificativo dell'assistito, età, sesso, dati di esenzione per patologia, distretto di appartenenza, Medico di medicina generale) [circa 740.000 assistiti residenti];

- Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) provenienti dai sistemi di Accettazione, dimissione e trasferimento ospedaliero (ADTO) della rete ospedaliera dell'area metropolitana genovese [11 ospedali; circa 200.000 ricoveri l'anno];

- Sistema informativo della farmaceutica territoriale [circa 9.000.000 prestazioni l'anno];

- Sistema informativo delle attività specialistiche e di diagnostica territoriale [circa 700.000 di prestazioni l'anno].

Il sistema tecnologico utilizzato per archiviare ed elaborare il complesso dei dati provenienti dai database specifici consiste in due server *Unix* con funzioni di *db server* con una capacità di 1 *terabyte* (TB) per ogni nodo. Il *data warehouse* è stato implementato sulla piattaforma *Oracle 10g RDBMS Enterprise Editing*, la definizione dei dati e le interfacce d'interrogazione sono state realizzate attraverso l'utilizzo dei *tool Oracle Warehouse Builder*.

Per alimentare il *data warehouse* sono state utilizzate anche dati originalmente create per la quantificazione e la verifica della produzione sanitaria ospedaliera e territoriale. Il processo di miglioramento della qualità dei dati raccolti all'interno dell'Area metropolitana genovese è stato ottenuto attraverso investimenti tecnologici e dal raffinamento progressivo di tecniche destinate a rendere compatibili e consistenti i dati originalmente prodotti da sistemi informativi differenti. L'esperienza descritta è pertanto trasferibile all'interno di condizioni tecnologiche e organizzative analoghe a quelle presentate.

### 2. 2. Criteri di arruolamento

L'aspetto cruciale è quello dell'identificazione dei residenti affetti dalla patologia che si intende monitorare, ossia dei cittadini che si possono considerare affetti da scompenso cardiaco. In conformità con i criteri usati per lo studio effettuato sulla popolazione della Regione Marche (Politi, 2005), nel presente studio sono stati inseriti nel gruppo da valutare i cittadini che nel periodo di riferimento (2005-06) rientravano in almeno una delle seguenti condizioni:

- a) uno o più ricoveri con diagnosi principale o secondaria corrispondenti a uno dei seguenti codici ICD9-CM:

- 428.0: Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio);

- 428.1: Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro);

- 428.9: Insufficienza cardiaca non specificata (scompenso cardiaco non specificato); sono stati considerati tutti i ricoveri dei residenti nella Asl 3 sia quelli effettuati nelle strutture della Asl, sia quelli in altri ospedali regionali o altri ospedali extraregionali. In quest'ultimo caso i dati delle Schede di di-

missione ospedaliera regionale sono stati integrati con quelli dei flussi di mobilità ospedaliera interregionale;

b) esenzione per insufficienza cardiaca (corrispondente al codice 021 a norma del D.M. Ministero della sanità 21 maggio 2001, n. 296).

Si tenga presente che in Liguria, nelle prescrizioni che consentono l'accesso alle prestazioni specialistica o alla farmaceutica territoriale non è presente l'indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico: questo dato, di conseguenza, non risiede all'interno dei sistemi informativi sanitari attualmente operativi in Liguria. Questa mancanza è caratteristica di molti sistemi informativi sanitari italiani. Per comprendere la diffusione di determinate patologie all'interno di un territorio si sono utilizzate informazioni provenienti da basi di dati il cui scopo prioritario non è fornire dati a carattere epidemiologico, ma, come nel nostro caso, garantire benefici economici con esenzioni o la compilazione della Scheda di dimissione ospedaliera. La stima ottenuta è certamente una *proxy* al valore reale che migliora la propria approssimazione con l'allargamento dell'intervallo temporale di riferimento: se il periodo di riferimento aumenta, maggiore è la probabilità di risultare positivi ai criteri di arruolamento. Nel caso in esame si è osservato che la capacità di arruolamento prioritaria è quella dell'esenzione per patologia.

### 2.3. Criteri per la quantificazione del carico assistenziale

I dati relativi ai cittadini provengono dal sistema dell'Anagrafe sanitaria regionale, alimentato dai sistemi anagrafici dei comuni afferenti al territorio dell'Azienda sanitaria genovese. Per ciascuno dei cittadini selezionati attraverso i criteri di arruolamento sopra definiti vengono estratte le prestazioni sanitarie erogate nel periodo di riferimento. I dati utilizzati provengono dagli archivi relativi agli anni 2005 e 2006 e ne viene presentato come dato annuale la media sul biennio di riferimento. Il confronto tra i dati dei due anni riporta andamenti assolutamente assimilabili alla media riportata, sia relativamente ai dati di popolazione (composizione dei residenti, prevalenza, mortalità) sia per quanto riguarda

il consumo di risorse sanitarie. Le prestazioni sanitarie che costituiscono il carico assistenziale considerato in questo studio sono di tre tipi: ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche e prescrizione di farmaci. Si tratta di una sottostima perché sarebbe opportuno integrare queste informazioni con gli accessi al sistema dell'emergenza sanitaria e delle cure domiciliari, di cui, peraltro, al momento, non si dispone di informazioni codificate attendibili per correlare questi interventi alla patologia dello scompenso cardiaco.

Per calcolare il corrispondente costo si sono utilizzati valori standard e non costi effettivi. In particolare per le degenze ospedaliere si sono utilizzate le tariffe associate ai Drg e calcolate utilizzando il tracciato Sdo proveniente dai sistemi ADTO (per i ricoveri effettuati in Liguria riferendosi al tariffario regionale, per i ricoveri effettuati in strutture extra-regionali si è considerata la Tuc, Tariffa unica convenzionata per la mobilità regionale); per le prestazioni specialistiche territoriali si sono utilizzate le tariffe pubblicate all'interno del nomenclatore tariffario applicato da Regione Liguria, per la farmaceutica territoriale ci si è basati sul prezzo dei farmaci in vigore alla data del ritiro dalla farmacia territoriale, secondo il CODIFA.

## 3. Presentazione dei risultati

### 3.1. Stima della prevalenza dello scompenso cardiaco tra i residenti della Azienda sanitaria genovese

I criteri di arruolamento sopra descritti hanno portato a identificare nell'ambito della Asl genovese la presenza di 8.948 cittadini affetti dalla patologia su una popolazione complessiva di 747.896 abitanti. Nella **tabella 1** i cittadini con scompenso sono suddivisi per classe di età.

Questa modalità di interrogazione del *data warehouse* consente immediatamente di avere una informazione di carattere epidemiologico di grande interesse, ossia di calcolare la prevalenza della patologia oggetto di studio. Nel caso in esame, lo scompenso cardiaco nella Asl genovese presenta una prevalenza media complessiva dell'1,22%.

È interessante notare come la prevalenza sia strettamente dipendente dall'età: lo scom-

Classi di età (anni)	Popolazione Asl 3 (numero dei residenti) (a)	Numero residenti con scoppio maschi (b)	Numero residenti con scoppio femmine (c)	Numero residenti con scoppio d = b + c	Prevalenza della patologia e = (d/a)*100
0 - 18	101.842	11	7	18	0,02
19 - 49	283.842	103	46	149	0,05
50 - 54	47.943	113	32	145	0,30
55 - 59	53.800	197	75	272	0,51
60 - 64	48.094	294	132	426	0,89
65 - 69	52.537	442	209	651	1,24
70 - 74	46.082	621	343	964	2,09
75 - 79	42.622	897	610	1.507	3,54
80 - 84	31.828	852	962	1.814	5,70
85 - 89	15.331	576	868	1.444	9,42
90 →	10.913	476	1.082	1.558	14,28
	<b>734.831</b>	<b>4.582</b>	<b>4.366</b>	<b>8.948</b>	<b>1,22</b>

**Tabella 1**  
Stima del numero dei residenti affetti da scoppio cardiaco nell'area metropolitana genovese suddivisi per classi di età e genere (media periodo 2005-06) e corrispondente prevalenza della patologia

penso è, infatti, una patologia tipica degli anziani, cominciando a manifestarsi in modo rilevante a partire dai 65 anni di età fino a interessare più del 14% degli ultranovantenni. Ne consegue una forte concentrazione dei casi di scoppio cardiaco: la grande maggioranza (89%) degli affetti da scoppio cardiaco interessa, infatti, poco più di un quarto della popolazione, ossia gli *over 65* che rappresentano circa il 28% del totale.

Nella **tabella 2** vengono riportati i tassi di mortalità relativi a una qualsiasi causa di

morte sia relativa ai cittadini appartenenti al campione dello scoppio cardiaco sia alla popolazione residente. La percentuale del 17,31% relativa al tasso di mortalità dei cittadini affetti da scoppio cardiaco calcolata nell'area metropolitana genovese rispetto al loro numero totale. Con l'aumentare dell'età i decessi aumentano progressivamente tra gli appartenenti al campione fino al valore del 27,21% per gli ultranovantenni.

Il risultato ottenuto risulta congruente con il valore del 1,2% sulla popolazione ge-

**Tabella 2**  
Analisi dei decessi tra i cittadini dell'area metropolitana genovese e del sottinsieme degli affetti da scoppio cardiaco suddivisi per classi di età (media periodo 2005-2006)

Classi d'età (anni)	Popolazione Asl 3 (numero dei residenti) (a)	Numero residenti deceduti (b)	Tasso di mortalità c = (b/a)*100	Numero residenti affetti da scoppio (d)	Numero residenti affetti da scoppio deceduti (e)	Percentuale deceduti del campione dello scoppio rispetto popolazione f = (d/a)*100	Percentuale deceduti del campione dello scoppio rispetto campione stesso g = (e/d)*100
0 - 18	101.842	23	0,02	18	0	0,00	0,00
19 - 49	283.842	253	0,09	149	6	0,00	3,69
50 - 54	47.943	158	0,33	145	9	0,02	5,86
55 - 59	53.800	253	0,47	272	15	0,03	5,51
60 - 64	48.094	364	0,76	426	32	0,07	7,51
65 - 69	52.537	585	1,11	651	59	0,11	8,99
70 - 74	46.082	897	1,95	964	119	0,26	12,34
75 - 79	42.622	1.387	3,25	1.507	224	0,52	14,83
80 - 84	31.828	1.889	5,93	1.814	332	1,04	18,27
85 - 89	15.331	1.604	10,46	1.444	331	2,16	22,92
90 →	10.913	2.231	20,44	1.558	424	3,89	27,21
	<b>734.831</b>	<b>9.642</b>	<b>1,31</b>	<b>8.948</b>	<b>1.549</b>	<b>0,21</b>	<b>17,31</b>

**Tabella 3**

Tipologie di diagnosi osservate nei ricoveri ordinari per scompenso cardiaco (media annuale periodo 2005-2006)

Codice diagnosi	Descrizione diagnosi	Numero di ricoveri	Numero giorni di degenza	Degenza media	Importo totale annuale
428.0	Insufficienza cardiaca congestizia	3.109	36.570	11,76	12.372.292
428.1	Insufficienza del cuore sinistro	1.727	19.474	11,28	7.192.714
428.9	Insufficienza cardiaca non specificata	305	3.948	12,94	1.439.123

nerale della Regione Marche (Politi, 2005), corrispondente al medesimo valore stimato in Gran Bretagna nel biennio 1990/1991 (Stewart, 2002: p. 361) e compatibile con il range compreso tra 0,4% e 2,0% riportato nelle linee guida pubblicate dall'ANMCO (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri) (Gavazzi, 2007: p. 6). Anche il tasso di mortalità calcolato trova un valore di riferimento nel tasso di mortalità pari al 15,41% che risulta dallo studio relativo alle Marche (Politi, 2005: p. 167).

### 3.2. Stima della spesa ospedaliera

Dopo aver definito il sottoinsieme di popolazione affetta da scompenso cardiaco è possibile identificare i corrispondenti consumi sanitari. I dati a disposizione permettono di conoscere i ricoveri ospedalieri, le prestazioni specialistiche e i farmaci. Con riferimento alla spesa ospedaliera dei residenti con scompenso cardiaco, la ricchezza

dei dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera consente di monitorare la composizione dei ricoveri per classi di età, per tipologia di ricovero (ordinari, in *day hospital*), per diagnosi e per genere, la degenza media, presenza di complicanze e altri indicatori che qui per brevità non si riportano.

Nella **tabella 3** è riportata la distribuzione dei ricoveri ordinari che sono stati individuati come riconducibili allo scompenso cardiaco a seconda della diagnosi ICD-9-CM. La diagnosi largamente preponderante è il codice 428.0, corrispondente a «insufficienza cardiaca congestizia», che riguarda oltre il 60% dei ricoveri effettuati.

Nella **tabella 4** si riportano i ricoveri (ordinari e in regime di *day hospital*) per scompenso cardiaco dei residenti liguri avvenuti sia negli ospedali della Liguria sia fuori Regione, in regime di compensazione. I dati presentati sono una media annuale calcolata nel biennio 2005-2006.

**Tabella 4**

Ricoveri ospedalieri ordinari e DH dei cittadini con scompenso cardiaco e spesa relativa (media annuale periodo 2005-2006)

Classi d'età (anni)	Numero ricoveri ordinari	Importo ricoveri ordinari (€) (a)	Numero ricoveri ordinari extra regione	Importo ricoveri ordinari extra regione (€) (b)	Numero DH	Importo ricoveri DH (€) (c)	Numero DH extra regione	Importo ricoveri DH extra regione (€) (d)	Spesa totale annuale (€) e = a + b + c + d
0-18	4	41.876	0	0	0	0	0	0	41.876
19-49	54	256.204	10	56.018	20	50.447	4	7.502	370.171
50-54	57	291.123	9	40.158	8	9.247	3	2.794	343.322
55-59	132	604.238	19	108.493	30	44.157	2	1.004	757.892
60-64	176	880.552	14	66.688	34	41.705	3	1.316	990.261
65-69	324	1.535.380	20	128.851	53	89.009	1	5.661	1.758.901
70-74	544	2.531.808	19	106.272	70	98.741	1	5.247	2.742.068
75-79	905	3.990.281	32	182.862	90	130.742	2	3.745	4.307.630
80-84	1.094	4.134.332	40	169.483	85	90.220	1	581	4.394.616
85-89	814	2.931.009	25	81.628	53	60.044	0	0	3.072.681
> 90	826	2.790.222	29	76.653	25	23.162	1	962	2.890.999
	<b>4.927</b>	<b>19.987.025</b>	<b>214</b>	<b>1.017.104</b>	<b>465</b>	<b>637.474</b>	<b>16</b>	<b>28.811</b>	<b>21.670.414</b>

Classe d'età (anni)	Numero residenti con scopenso (a)	Numero totale ricoveri (ordinari + DH) (b)	Spesa totale ricoveri (€) (ordinari + DH) (c)	Costo ospedaliero medio per paziente con scopenso (€) $d = c/a$	Costo medio per ricovero (€) $e = c/b$	Tasso ricoveri per cittadino con scopenso $f = b/a$
0-18	18	4	41.876	2.326	10.469	0,22
19-49	149	88	370.171	2.484	4.206	0,59
50-54	145	77	343.322	2.368	4.459	0,53
55-59	272	183	757.892	2.786	4.141	0,67
60-64	426	227	990.261	2.325	4.362	0,53
65-69	651	398	1.758.901	2.702	4.419	0,61
70-74	964	634	2.742.068	2.844	4.325	0,66
75-79	1.507	1.029	4.307.630	2.858	4.186	0,68
80-84	1.814	1.220	4.394.616	2.423	3.602	0,67
85-89	1.444	892	3.072.681	2.128	3.445	0,62
> 90	1.558	881	2.890.999	1.856	3.282	0,57
	<b>8.948</b>	<b>5.622</b>	<b>21.670.414</b>	<b>2.422</b>	<b>3.855</b>	<b>0,63</b>

I ricoveri riportati nella **tabella 5** sono quelli direttamente ascrivibili alla patologia dello scopenso cardiaco, ossia quelli che presentano come diagnosi principale o secondaria compatibili con i criteri di arruolamento (diagnosi principale o secondaria corrispondente ai codici 428.0, 428.1, 428.9).

L'Area metropolitana genovese si caratterizza per un rapporto tra ricoveri e popolazione residente affetta dalla patologia pari a 0,63, rispetto a un valore 0,378 calcolato nello studio effettuato nella Regione Marche (Politi, 2005: p. 171), mentre il costo medio per ricovero nella Area metropolitana genovese corrisponde a € 3.855 rispetto a € 3.146 delle Marche (Politi, 2005: p. 171). Il costo medio ospedaliero per paziente affetto da scopenso cardiaco risulta € 2422 all'anno. Si osserva che il costo medio ospedaliero pro capite raggiunge il valore massimo nella classe d'età 75-79 anni.

Poiché dalla **tabella 5** risulta evidente che i cittadini anziani presentano una più alta probabilità di ricovero nell'arco dell'anno, pari a un rapporto tra ricoveri e residenti affetti da scopenso cardiaco pari a 0,68, nella **tabella successiva (tabella 6)** si analizza la distribuzione sul numero di pazienti dei ricoveri ordinari per scopenso cardiaco e delle giornate di degenza relativamente ai ricoveri ripetuti.

Dalla **tabella** risulta che, in un anno di osservazione, circa il 18% dei pazienti appar-

tenenti al campione ha effettuato due o più ricoveri.

### 3.3. Stima della spesa per assistenza specialistica ambulatoriale

Per valutare il consumo di prestazioni ambulatoriali da parte del campione di cittadini affetti da scopenso cardiaco è stato selezionato un insieme di prestazioni specialistiche provenienti dal Nomenclatore tariffario regionale della branca «cardiologia». Queste prestazioni sono da considerare in diretta relazione con la patologia osservata in questo studio. In mancanza di dati informatizzati relativi ai quesiti diagnostici che hanno motivato la richiesta di prestazione specialistica, dal punto di vista operativo non si sono considerate ulteriori prestazioni specialistiche o di diagnostica strumentale correlate alla patologia appartenenti ad altre branche, in modo da non inserire ambiguità nei valori attribuiti. Inoltre, i dati relativi a questa elaborazione rappresentano un valore complessivamente minore a quello reale in quanto non

**Tabella 5**

Ricoveri ospedalieri ordinari e DH dei residenti con scopenso cardiaco, distribuzione per classi d'età e relativi valori di costo ospedaliero medio, costo medio per ricovero e tasso di ricovero (media annuale periodo 2005-2006)

**Tabella 6**

Rilevazione dei ricoveri ripetuti per diagnosi correlate allo scopenso cardiaco (media annuale periodo 2005-2006)

	Numero pazienti	Numero giorni degenza
Pazienti con 1 ricovero	3.372	38.664
Pazienti con 2 ricoveri	526	12.769
Pazienti con 3 ricoveri	134	4.721
Pazienti con ricoveri > 3	68	3.839

**Tabella 7**

Specialistica ambulatoriale, cardiologia; definizione e quantificazione delle prestazioni erogate a residenti affetti da scompenso cardiaco (media annuale periodo 2005-2006)

Prestazione	Numero prestazioni erogate	Tariffa unitaria (€)	Spesa totale (€)
Ecocardiogramma color doppler	1.395	diverse	85.881
ECG	4.147	12	48.182
ECG dinamico - holter	367	62	22.743
Cont/progr, pace maker	980	23	22.775
Prova da sforzo cardiorespiratorio	20	84	1.673
Visita cardiologica	2.224	21	45.948
Emogasanalisi	743	14	10.172
Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	14	56	781
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	213	56	11.881
Test del cammino	9	56	502
Eco(color)dopplergrafia cardiaca transesofagea	18	77	1.394
Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa	93	41	3.843
<b>Totalli</b>	<b>10.223</b>		<b>255.776</b>

sono comprese le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da strutture non liguri, in quanto nel flusso della compensazione extra regionale disponibile non è specificata la branca della prestazione specialistica.

I valori presentati nella **tabella 7** evidenziano come il carico assistenziale della specialistica territoriale consista soprattutto in prestazioni come la visita cardiologica ed esami strumentali come ECG e Ecocardiogramma Color Doppler.

Dall'elaborazione riportata in **tabella 8** risulta che in un anno il 30% dei pazienti af-

fetti da scompenso cardiaco effettua almeno una visita specialistica cardiologia o un esame di diagnostica direttamente correlato alla patologia. La percentuale dei contatti con le strutture sanitarie territoriali presenta il valore massimo nella fascia di età corrispondente alla classe 50-54, poi scende fino al valore del 10% degli ultranovantenni. Le prestazioni mediamente effettuate dai pazienti che utilizzano le strutture territoriali assume il valore di 3,7% all'anno, con il valore massimo di 5,2% per la classe d'età 50-54.

**Tabella 8**

Specialistica ambulatoriale; quantificazione della spesa media annuale e dei valori pro capite delle prestazioni erogate a residenti affetti da scompenso cardiaco (media annuale periodo 2005-2006)

Classi d'età (anni)	Numero residenti con scompenso cardiaco (a)	Numero residenti con scompenso cardiaco che hanno usufruito di almeno una prestazione specialistica in un anno (b)	Numero prestazioni specialistiche erogate ai residenti con scompenso (c)	Spesa totale (€) (d)	Costo medio per prestazione (€) e = d/c	Costo medio per residente che ha usufruito di specialistica (€) g = d/b	Costo medio per residente affetto da scompenso (€) f = d/a
0 - 18	18	9	88	2.105	24	234	117
19 - 49	149	66	281	7.396	26	112	50
50 - 54	145	57	297	6.826	23	120	47
55 - 59	272	140	617	14.665	24	105	54
60 - 64	426	201	857	24.897	29	124	58
65 - 69	651	304	1.254	32.419	26	107	50
70 - 74	964	434	1.675	44.388	27	102	46
75 - 79	1.507	562	1.944	49.779	26	89	33
80 - 84	1.814	525	1.741	39.848	23	76	22
85 - 89	1.444	290	1.001	21.714	22	75	15
90 →	1.558	156	468	11.739	25	75	8
	<b>8.948</b>	<b>2.741</b>	<b>10.223</b>	<b>255.776</b>	<b>25</b>	<b>93</b>	<b>29</b>

Classi d'età	Numero residenti con scompenso cardiaco (a)	DDD consumate all'anno per classe d'età (b)	Spesa totale (€) (c)	Costo medio per DDD (€) $d = c/b$	Costo medio per residente con scompenso (€) $e = c/a$
0 - 18	18	1.417	400	0,28	22
19 - 49	149	109.195	47.039	0,43	316
50 - 54	145	128.954	52.790	0,41	364
55 - 59	272	281.475	113.880	0,41	419
60 - 64	426	457.608	214.957	0,47	505
65 - 69	651	638.967	302.714	0,47	465
70 - 74	964	922.901	396.401	0,43	411
75 - 79	1.507	1.310.993	592.354	0,45	393
80 - 84	1.814	1.271.587	531.757	0,42	293
85 - 89	1.444	805.913	360.385	0,45	250
90 →	1.558	607.928	258.339	0,42	166
	<b>8.948</b>	<b>6.536.939</b>	<b>2.871.016</b>	<b>0,44</b>	<b>321</b>

**Tabella 9**  
Farmaceutica convenzionata esterna, consumo farmaci cardiovascolari gruppo ATC C, costi per il cittadino affetto da scompenso cardiaco (anni 2005-2006)

### 3.4. Stima della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale

Nella **tabella 9** sono riportati i dati relativi all'assistenza farmaceutica nel biennio di riferimento erogata ai pazienti affetti da scompenso cardiaco e riferita ai farmaci cardiovascolari (classe ATC di primo livello, C). Questa elaborazione pone in relazione gli assistiti raggruppati per classi d'età con il consumo di farmaci specifici. Il dato viene riportato in modo da osservare un'inversione nel consumo nella popolazione sopra i 70 anni che registra una diminuzione della spesa complessiva, mentre la spesa per i minori di 70 anni subisce un leggero aumento.

I dati complessivi del biennio evidenziano come il consumo farmaceutico sia caratterizzato da un costo medio per DDD che assume il suo valore massimo nelle classi d'età 60-64 e 65-69, mentre il costo medio della spesa farmaceutica registra un valore medio di € 321. Il calcolo è stato effettuato considerando i giorni di mancato consumo dovuti ai decessi.

### 3.5. Stima del carico assistenziale complessivo

I valori calcolati nelle tabelle 3, 8 e 9, consentono di calcolare il carico assistenziale complessivo per il paziente affetto da scompenso cardiaco. Il costo medio di €

2771 all'anno, con una concentrazione della spesa per l'assistenza ospedaliera (87,39%), mentre l'assistenza farmaceutica si assesta sul 11,58% e l'assistenza specialistica sul 1,03%. La classe d'età in cui si registra il valore massimo del costo complessivo è quella 70-74 (**tabella 10**).

## 4. Discussione

Lo studio rappresenta la prima esperienza ligure di utilizzo di un *data warehouse* per comprendere la diffusione e il carico assistenziale delle patologie croniche. Inoltre si presenta come strumento di governo clinico per i distretti sanitari dell'azienda sanitaria genovese.

La caratteristica dello studio sullo scompenso cardiaco, attraverso il *data warehouse* aziendale, ha consentito di utilizzare dati recenti e di eseguire una prosecuzione dell'analisi con i dati dell'anno 2007. L'automazione dei sistemi di caricamento dai dati gestionali al sistema di *datastore* permette analisi tempestive e di poter definire a posteriori la tipologia dell'elaborazione dei dati. La possibilità di accedere a un sistema informatico completo, coerente e tempestivo consente di utilizzare la logica analitica che ha caratterizzato l'indagine sullo scompenso per analizzare ulteriori patologie croniche presenti nella popolazione dell'Azienda sanitaria genovese.

L'analisi dei costi dell'assistenza ospedaliera relativa ai casi di scompenso cardiaco registra una crescita che si assesta al valore massimo nella classe d'età 75-80 (tabella 4). Su tale valore possono essere introdotte ipotesi di normalizzazione legate alla classificazione delle diagnosi, alla presenza contemporanea di patologie eterogenee e tipiche dell'anziano e ricoveri inappropriati. Nell'ambito del carico assistenziale ospedaliero, l'analisi effettuata nell'area metropolitana genovese evidenzia risultati che si discostano dalla casistica della Regione Marche e che pongono le prime riflessioni in termini organizzativi e di miglioramento dell'assistenza al paziente. Sinteticamente, indicatori clinici riferiti al campione di popolazione degli affetti da scompenso cardiaco, come il tasso di ricovero (0,63 -> 0,38), e indicatori economici, come il costo medio per ricovero (3.854 € vs 3.146 €) (Politi, pag. 171), evidenziano un carico assistenziale spostato sull'ospedale, la componente più onerosa del sistema sanitario.

L'assistenza specialistica ambulatoriale presenta il massimo della media delle prestazioni erogate per i pazienti per la classe d'età 55-59 (tabella 8), con un valore di 3,7 prestazioni rispetto al periodo di riferimento, andamento che potrebbe essere spiegato sia con il fatto di un maggiore impegno nella fase di diagnosi durante il periodo di insorgenza e individuazione della patologia

sia con l'evidenza di un maggiore ricorso al ricovero ospedaliero nelle classi d'età più avanzate, fatto che potrebbe spiegare la minore domanda di prestazioni specialistiche e di diagnostica perché erogate in regime di assistenza ospedaliera.

Dall'elaborazione dei dati riferiti al campione di popolazione affetto da scompenso cardiaco risultano indicatori di utilizzo delle risorse, come il numero di prestazioni annue per cittadino con scompenso (0,87), economici, come il costo pro capite (29 €). L'analisi evidenzia un ridotto utilizzo delle strutture territoriali, a basso costo, a favore di un utilizzo ospedaliero molto rilevante, comportamento confermato dal fatto che, in un anno, risulta solo il 30% degli affetti da scompenso cardiaco ha utilizzato le strutture territoriali per visite specialistiche o diagnostica.

I valori di costo dei diversi livelli (ospedale, territorio, farmaceutica) offrono un quadro del comportamento degli affetti da scompenso cardiaco residenti nell'area genovese che sembra dimostrare un alto consumo di risorse economiche (in termini di costi diretti, utilizzo del personale e di struttura) caratterizzato da elevata ospedalizzazione. Il costo medio ottenuto si assesta, nel biennio 2005-2006, a € 2.771, rispetto al valore calcolato nella Regione Marche di € 1.543. L'area metropolitana genovese quindi impiega una percentuale dell'87% rispetto al 77% delle

**Tabella 10**

Valutazione del carico assistenziale complessivo per lo scompenso cardiaco (anni 2005-2006)

Classi d'età (anni)	Numero residenti con scompenso cardiaco (a)	Spesa annua ospedaliera (€) (b)	% ospedaliera	Spesa annua specialistica (€) (c)	% specialistica	Spesa annua assistenza farmaceutica (€) (d)	% farmaceutica	Spesa totale (€) e = b + c + d	Costo medio per residente con scompenso (€) f = e/a
0 - 18	18	41.876	94,36	2.105	4,74	400	0,90	44.480	2471,12
19 - 49	149	370.171	87,18	7.396	1,74	47.039	11,08	424.695	2850,30
50 - 54	145	343.322	85,20	6.826	1,69	52.790	13,10	403.025	2779,48
55 - 59	272	757.892	85,50	14.665	1,65	113.880	12,85	886.524	3259,28
60 - 64	426	990.261	80,50	24.897	2,02	214.957	17,47	1.230.198	2887,79
65 - 69	651	1.758.901	84,00	32.419	1,55	302.714	14,46	2.094.120	3216,77
70 - 74	964	2.742.068	86,15	44.388	1,39	396.401	12,45	3.182.945	3301,81
75 - 79	1.507	4.307.630	87,03	49.779	1,01	592.354	11,97	4.949.851	3284,57
80 - 84	1.814	4.394.616	88,49	39.848	0,80	531.757	10,71	4.966.310	2737,77
85 - 89	1.444	3.072.681	88,94	21.714	0,63	360.385	10,43	3.454.870	2392,57
90 →	1.558	2.890.999	91,46	11.739	0,37	258.339	8,17	3.161.169	2028,99
	<b>8.948</b>	<b>21.670.414</b>	<b>87,39</b>	<b>255.776</b>	<b>1,03</b>	<b>2.871.016</b>	<b>11,58</b>	<b>24.797.294</b>	<b>2771,27</b>



Marche, che sposta sulle prestazioni territoriali circa il doppio di risorse finanziarie rispetto al nostro caso.

L'analisi dei costi dell'assistenza farmaceutica evidenzia il raggiungimento del massimo nella classe d'età 60-64 (tabella 9), per poi decrescere con l'età. Elaborazioni effettuate sul costo medio dei farmaci prescritti porta a individuare una prescrizione di farmaci più costosi nelle classi d'età più giovani, caratteristica che tende a spiegare questo andamento della spesa farmaceutica (Politi, 2005: p. 173). Gli indicatori utilizzati per comprendere i comportamenti di prescrizione/consumo dei farmaci, come il costo medio per DDD (*defined daily doses*), consente di osservare che il dato relativo al campione di popolazione è in linea con i valori di riferimento ricavati nella ricerca della Regione Marche.

I risultati indicano che la rilevanza dello scompenso cardiaco nel territorio dell'Azienda sanitaria genovese è omogenea a quella indicata nella letteratura (Gavazzi, 2007; Politi, 2005; Stewart, 2002); in particolare la prevalenza della patologia nell'area di riferimento, calcolata con i criteri di arruolamento definiti nel testo, corrisponde a 1,2%, come evidenziato in tabella 1. Altrettanto coerenti risultano i dati relativi alla mortalità. L'analisi individua due indicatori come la prevalenza e il tasso di mortalità che sono in relazione all'efficacia del complesso di prevenzione, cura e riabilitazione presente sul territorio, evidenziando la diversa risposta organizzativa. L'analisi del carico assistenziale effettuata, e caratterizzata dai principali fattori di costo (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e farmaceutica), porta all'individuazione di un valore stimato per difetto per almeno due motivi. Il primo corrisponde a un sistema di rilevamento ancora incompleto delle attività territoriali in quanto non è stato stimato l'impegno dei Medici di medicina generale, il ricorso ai servizi di assistenza domiciliare, di ricorso al pronto soccorso, e altre forme di assistenza distrettuale e della continuità assistenziale. Inoltre l'evoluzione della patologia comporta che una componente dei cittadini arruolati nel campione manifesti patologie di maggiore gravità che, nel tempo, sono memorizzate nei sistemi informativi aziendali con dif-

ferenti codici di esenzione, pur rimanendo nella tipologia delle patologie cardiache, e con un insieme di diagnosi differenti nel caso di ricovero ospedaliero. Questo implica un effetto di uscita dal campione, diverso dagli esiti di decesso, che dipende dalla dimensione del periodo di rilevazione.

La prevalenza dello scompenso cardiaco nella popolazione è andata progressivamente aumentando in relazione all'incremento proporzionale dei soggetti anziani e del miglioramento dei risultati di sopravvivenza nelle malattie cardiovascolari, determinando un aumento del peso socio-economico delle risorse sanitarie.

Si noti, peraltro, che per tale patologia cronica esiste la possibilità di evitare il ricovero o limitarlo a casi di maggiore complessità attraverso il ricorso a interventi strutturati dell'assistenza territoriale. In tal senso un'elevata percentuale di ricorso all'assistenza ospedaliera può essere espressione della mancanza di un'adeguata assistenza territoriale capace di prendere in carico il paziente affetto da scompenso cardiaco ed evitare l'insorgenza di complicazioni (Rapporto Osservasalute, 2004: p. 53).

Il metodo di analisi presentato consente di stimare il carico assistenziale, ma costituisce anche un ottimo punto di partenza per studiare i *pattern* di consumo, ricostruendo il profilo medio di cura per ciascun cittadino appartenente a determinate classi di età e genere. Informazioni che possono fornire la base per organizzare forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero attraverso forme di assistenza domiciliare o di programmazione delle prestazioni specialistiche territoriali fino a individuare pacchetti di prestazioni rivolte specificatamente al paziente affetto da scompenso cardiaco. Il rafforzamento della componente territoriale della rete assistenziale può consentire un aumento dei contatti con i cittadini affetti dalla patologia che, oltre a una riduzione del costo pro capite, potrebbe diminuire gli accessi al Pronto soccorso.

#### Ringraziamenti

Si ringrazia per la preziosa collaborazione il dott. Stefano Domenicucci, Direttore del Dipartimento di Cardiologia a Elevata Integrazione Territoriale - Azienda UsI 3 Genovese

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

- BORGHİ G., MASELLA C., ZANABONI P., BARTOLI L. (2007), «Nuove reti sanitarie – Un servizio sperimentale della Regione Lombardia», 12<sup>a</sup> Conferenza annuale Aies, Firenze, 18-19 ottobre 2007, [www.aiesweb.it/convegni/convegni.htm](http://www.aiesweb.it/convegni/convegni.htm).
- CERRA C., LOTTARGLI S. (2004), «L'utilizzo di banche dati amministrative per il calcolo dei costi di patologie croniche e/o degenerative. Un metodo per la mappatura dei consumi sanitari degli assistiti dal SSN», *PharmacoEconomics, Italian Research Articles*, 6 (3), pp. 141-149.
- GAVAZZI A. (a cura di) (2007), «Linee guida sullo scompenso cardiaco», [www.anmco.it](http://www.anmco.it).
- INMON W. (2005), *Building the Data Warehouse, 4th Edition*, John Wiley & Sons, Indianapolis, USA.
- MAPELLI V., DI MAIO A., RAVASIO R., SCHIEVANO E., SPOLAORE P. (2007), «Il costo sanitario e assistenziale dei pazienti con scompenso cardiaco», *Tendenze Nuove*, 2, pp. 137-158.
- OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE (2004), *Rapporto Osservasalute*, Vita e Pensiero, Milano.
- POLITI C., DEALES A., CICCHITELLI F., MARCOBELLI A., BARBADORO P., ZORZAN R., DI STANISLAO F. (2005), «Analisi dei costi sanitari per lo scompenso cardiaco nella regione Marche» *PharmacoEconomics, Italian Research Articles*, 7 (3), pp. 165-175.
- ROZZINI R. (2004), «È possibile razionalizzare il processo di cura a lungo termine dello scompenso cardiaco?», *Tendenze Nuove*, 6, pp. 499-511.
- SCARCELLA C., INDELICATO A., LEVAGGI R., LONATI F., MAGONI M., CASCIO S. (2006), «Il costo del diabete: l'esperienza dell'ASL di Brescia», *PharmacoEconomics, Italian Research Articles*, 8 (2), pp. 95-103.
- STEWART S., JENKINS A., BUCHAN S., MCGUIRE A., CAPEWELL S., MCMURRAY J. (2002), «The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK, Europe», *Journal of Heart Failure*, 4, pp. 361-371.

# Performance, investimenti in R&S, knowledge stock e commercialisation orientation nel settore farmaceutico

ANGELA MICHELA IOVINO, MARCO GIOVANNI RIZZO

*The purpose of this study is to identify the variables that have an impact on the performance of pharmaceutical organisations. In particular, this study aims to underline the relationship between R&D intensity, commercialisation orientation, knowledge stock and organisational performance. The study involves the top 50 listed pharmaceutical organisations and the model used to describe such a relationship is similar to the one proposed by Lin, Lee, Hung, (2006). The data were obtained from DATA-STREAM database. The results of the study show the positive relation between R&D intensity and firm performance.*

Keywords: pharma, R&D intensity, knowledge stock

Parole chiave: aziende Farmaceutiche, R&S, knowledge stock

## Note sugli autori

Angela Michela Iovino, è dottore magistrale in Scienze Statistiche ed Economiche presso l'Università di Bologna ed esercitatore di Programmazione e controllo presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Marco Giovanni Rizzo è dottorando di ricerca in Economia e gestione delle aziende sanitarie, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

## Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro congiunto, i §§ 1, 2 e 3 devono essere attribuiti a M.G. Rizzo, i §§ 4 e 5 a A.M. Iovino, il § 6 a entrambi gli autori. Per contatti: marcog.rizzo@rm.unicatt.it

## 1. Introduzione

Le imprese, tra cui anche quelle farmaceutiche, sono un sistema aperto e hanno delle interazioni di varia natura con il loro ambiente di riferimento (economico e non) (Airoldi *et al.*, 2005). L'ambiente di riferimento è in continua evoluzione e fornisce dei *feedback* che generano delle ricadute dirette sui sistemi e modelli di *decision making* di cui il governo aziendale è responsabile. I fattori che compongono le condizioni dell'ambiente di riferimento (il progresso tecnologico, la struttura della domanda e dell'offerta, i fattori istituzionali e normativi) influenzano le scelte aziendali e gli elementi che potrebbero determinare la performance attuale e futura dell'impresa.

Un primo elemento in grado di influenzare la performance delle imprese farmaceutiche potrebbe essere rappresentato dagli investimenti in R&S. L'importanza dell'attività di R&S nel settore farmaceutico è evidente sia dal punto di vista quantitativo, sia da quello qualitativo. Per quanto riguarda l'aspetto quantitativo, per esempio in Italia, nel 2005 la spesa complessiva per la ricerca nelle imprese è stata pari a 10.575 milioni di euro, di cui 1.070 milioni (10,1%) impiegati dal settore farmaceutico (Indicatori Farmaceutici, 2005). Analizzando la prospettiva qualitativa, la R&S costituisce una funzione *core* nelle imprese farmaceutiche. Essa, secondo il modello della catena del valore (Porter, 1985), rappresenta per le aziende del settore un'attività primaria e conseguentemente un *driver* di valore.

Un secondo elemento in grado di influenzare la performance delle aziende farmaceu-

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Analisi della letteratura internazionale
3. Schema analitico della ricerca
4. Metodologia della ricerca
5. Risultati
6. Discussioni, conclusioni e futuri sviluppi della ricerca

tiche potrebbe essere ricondotto allo stock di conoscenza a disposizione dell'azienda per convenzione misurato attraverso i brevetti (*knowledge stock*). Quest'ultimi garantiscono all'impresa l'esclusiva nella produzione e commercializzazione di un nuovo farmaco per un periodo di tempo limitato e possono essere considerati *driver* di performance.

Un terzo elemento in grado di spiegare la performance delle aziende farmaceutiche è stato recentemente ricondotto dalla letteratura internazionale all'orientamento al *marketing* (*commercialisation orientation*). Le politiche di *marketing* potrebbero rappresentare lo strumento che le imprese, soprattutto le *branded*, adottano per catturare le preferenze dei destinatari.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di investigare la relazione esistente tra investimenti in R&S, *knowledge stock*, *commercialisation orientation* da un lato, e performance aziendale dall'altro attraverso uno studio riferito al settore farmaceutico.

La domanda di ricerca alla quale il presente lavoro intende rispondere è di seguito sintetizzata:

«In che modo la performance di lungo periodo delle aziende farmaceutiche è influenzata dalla R&S, dal *knowledge stock* e dalla *commercialisation orientation*?»

Per rispondere a tale domanda, dopo l'analisi della letteratura internazionale (§ 2), è stata definita un'ipotesi di ricerca, individuato uno schema analitico (§ 3) e una metodologia di ricerca (§ 4). Infine, si è passati alla valutazione dei risultati (§ 5) allo scopo di trarre delle conclusioni di sintesi (§ 6).

## 2. Analisi della letteratura internazionale

La letteratura internazionale ha studiato sia dal punto di vista teorico che empirico le determinanti della performance aziendale nei diversi settori industriali.

Alcuni studi hanno prestato attenzione alle variabili considerate potenzialmente in grado di influenzare la performance dell'impresa impiegando come misure di performance una pluralità di indicatori in relazione all'arco temporale preso in considerazione.

Le ricerche empiriche che si inseriscono in questo filone prediligono una prospettiva di lungo periodo e sono orientate verso

l'analisi delle relazioni tra variabili e misure riferite alla R&S, al *knowledge stock*, alle spese di *marketing* e alle loro interazioni da un lato, e performance aziendale dall'altro (Coad, Rao, 2006; Lin, Lee, Hung, 2006; Mc Millar, Mauri, Hamilton, 2003; Hall, Bagchi-Sen, 2002; De Carolis, Deeds, 1999; Graves, Langowitz, 1993; Chan, Martin, Kensinger, 1990).

Con specifico riferimento al settore farmaceutico, un primo fattore legato alla performance aziendale variamente intesa dagli studiosi o come *market-based performance* (*market value* o Tobin's Q) o come *accounting measure of corporate performance* (ROA, fatturato), è la R&S (Coad, Rao, 2006; Lin, Lee, Hung, 2006; Mc Millan, Mauri, Hamilton, 2003; Hall, Bagchi-Sen, 2002; De Carolis, Deeds, 1999; Chan, Martin, Kensinger, 1990). In particolare, diversi autori hanno empiricamente evidenziato un legame tra *R&D intensity* e performance di lungo periodo misurata dal *market value* (Hirschey, 1985; Jose, Nicholas, Stevens, 1986; Lustgarten, Thomadakis, 1987; Morck, Shleifer, Vishny, 1988; Morck, Yeung, 1991). I risultati delle ricerche di Lin, Lee, Hung (2006) e De Carolis e Deeds (1999) non mostrano alcuna relazione tra *R&S intensity* e performance di lungo periodo. Secondo tali autori, infatti, sebbene la ricerca sia una parte importante della strategia di *corporate*, l'incremento delle spese in ricerca non è da solo in grado di far conseguire all'impresa un vantaggio competitivo (Lin, Lee, Hung, 2006).

Un secondo fattore in grado di influenzare la performance delle aziende farmaceutiche è identificato in letteratura nei brevetti. I brevetti sono considerati come indicatore dell'attività innovativa (Coad, Rao, 2006) o ancora come misura del *knowledge stock* dell'impresa (De Carolis, Deeds, 1999; Lin, Lee, Hung, 2006). Quest'ultimo, misurato dal numero dei brevetti e definito come la capacità dell'impresa di creare conoscenza formalizzata e «spendibile» sul mercato, è in grado di influenzare la performance di lungo periodo misurata attraverso la Tobin's q (Lin, Lee, Hung, 2006). Analogamente, Coad e Rao (2006) hanno riscontrato come la performance di lungo periodo (sempre misurata dalla Tobin's q) risenta dell'attività innovativa dell'impresa. Diversamente, De Carolis e Deeds (1999) non rilevano alcuna

relazione tra *stock organisational knowledge* dell'impresa e performance misurata in termini di valore di mercato dell'impresa.

Un terzo fattore potenzialmente in grado di influenzare la performance delle aziende farmaceutiche è ricondotto dalla letteratura internazionale al *marketing*. In particolare, Lin, Lee e Hung (2006) rilevano come la *commercialisation orientation* influenzi la performance di lungo periodo. Nell'attuale contesto competitivo, il *marketing* per le aziende farmaceutiche potrebbe rappresentare sempre più un *driver* di valore importante ai fini del conseguimento di risultati aziendali superiori alla media (Vinod, Rao, 2000; Lin, Lee, Hung, 2006).

Sulla base dei presupposti provenienti dalla letteratura internazionale e in considerazione della domanda di ricerca alla quale il presente lavoro intende rispondere (§ 1) è stata formulata la seguente ipotesi di ricerca:

«La performance aziendale di lungo periodo è influenzata da investimenti in R&S, knowledge stock e commercialisation orientation»

Per il test dell'ipotesi è stato definito uno schema analitico (§ 3) e una metodologia di ricerca (§ 4).

### 3. Schema analitico della ricerca

Il modello utilizzato per individuare le variabili e testare l'ipotesi, se pur con qualche lieve variazione, è quello utilizzato da Lin, Lee e Hung (2006).

I legami ipotizzati tra le variabili vengono di seguito analizzati.

La variabile dipendente è la performance di lungo periodo misurata dal valore di mercato (*market value*), cioè il prodotto tra il numero delle azioni e il loro prezzo di mercato (Coad, Rao, 2006; Decarolis, Deeds, 1999; Downers, Heinkel, 1982; McGuinness, 1993; Ritter, 1984; Titman, Tueman, 1986).

Con riferimento alle variabili indipendenti, la prima è la *R&D intensity* (investimenti in R&S). Coerentemente con quanto riportato da Lin, Lee e Hung (2006) la *proxy* utilizzata per individuare tale variabile è rappresentata dal rapporto tra investimenti in R&S<sup>1</sup> su totale attivo. Si ipotizza perciò che imprese con un'elevata intensità di investimenti in R&S possano registrare una maggiore predi-

sposizione all'attività di ricerca e che la performance aziendale ne possa beneficiare.

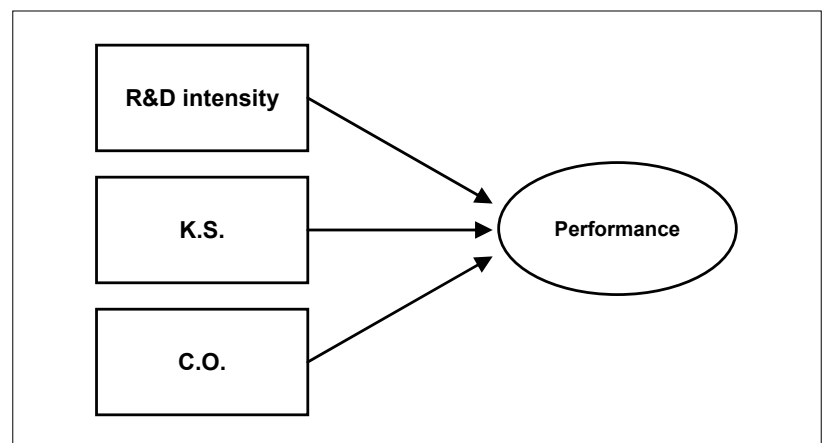
La seconda variabile indipendente è il *knowledge stock*. Il processo di ricerca genera conoscenza (Lin, Lee, Hung, 2006) che a sua volta viene codificata nei brevetti ma si diffonde nell'intera impresa e concorre a formare il patrimonio di conoscenza intangibile di conoscenza della stessa. Per questo motivo si è scelto di rimodulare il valore del numeratore dell'indicatore originariamente utilizzato da Lin, Lee e Hung (2006) sostituendo al numero dei brevetti il valore dei beni immateriali<sup>2</sup> quale *proxy* per stimare il *knowledge stock*. Essa è dunque definita dal rapporto tra valore in bilancio delle immobilizzazioni immateriali su totale attivo.

Infine, per il *marketing* si fa riferimento alla *commercialisation orientation*. Essa, in quanto consente di modificare gli atteggiamenti dei potenziali consumatori agevolando il processo di acquisto dei beni offerti dall'azienda, può avere dei risvolti sulla performance aziendale di lungo periodo (Lin, Lee, Hung, 2006; Chan, Martin, Kensinger, 1990). La *proxy* per definire la variabile è il rapporto tra spese generali e amministrative<sup>3</sup> su totale attivo (Lin, Lee, Hung, 2006).

I dati necessari alla definizione delle variabili sono stati rintracciati scaricando le informazioni e i bilanci delle società oggetto di studio e rispettando la classificazione delle voci negli schemi di Conto economico e Stato patrimoniale proposti dalla banca dati DATA-STREAM<sup>4</sup>. Il periodo di riferimento è costituito dagli anni 2000-2006.

Le relazioni tra le variabili sono descritte in **figura 1**, in particolare si illustra come la

**Figura 1**  
Le relazioni tra variabili



**Tabella 1**

Le variabili utilizzate nell'analisi statistica

<b>1. Variabile dipendente</b> – performance	<b>Misura</b> – <i>market value</i>
<b>2. Variabili indipendenti</b> – <i>R&amp;D intensity</i> – <i>knowledge stock</i> – <i>commercialisation orientation</i>	<b>Misura</b> – investimenti in R&S su totale attivo – valore in bilancio degli <i>asset</i> intangibili su totale attivo – spese generali amministrative su totale attivo

**Tabella 2**

Indice dei prezzi al consumo medio dei paesi industrializzati anni 2000-2006

Fonte: Annual report of Bank for International Settlements (2007)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Indice dei prezzi al consumo	2,2	2,2	2,2	1,8	2,0	2,0

performance aziendale di lungo periodo misurata dal valore di mercato (variabile dipendente) potrebbe risentire dell'influsso delle tre variabili indipendenti: *R&D intensity*, *knowledge stock*, *commercialisation orientation*.

#### 4. Metodologia della ricerca

L'analisi è stata effettuata sulle 50<sup>5</sup> maggiori società farmaceutiche presenti sulla banca dati DATA-STREAM identificate in base al fatturato.

Nel modello utilizzato si intende osservare la relazione di dipendenza del valore di mercato, dagli *investimenti in R&S*, dal *knowledge stock* e *commercialisation orientation*. Le variabili impiegate nel modello di analisi e le relative *proxy* sono schematizzate in **tabella 1**.

Le unità statistiche per le quali si era in presenza di dati mancanti sono state rimosse dal data set. Conseguentemente da 50

osservazioni si è passati a 47. Il periodo di riferimento sono gli anni dal 2000 al 2006.

Lo scopo del lavoro non è di valutare gli effetti temporali e autoregressivi delle variabili considerate, ma di concentrarsi sullo studio delle eventuali relazioni di dipendenza del valore di mercato delle aziende dai regressori considerati. Coerentemente con ciò e seguendo l'impostazione di Lin, Lee e Hung (2006), si è scelto di impiegare un modello di tipo *cross-section*, piuttosto che uno di tipo *time series* e, facendo riferimento al modello di regressione lineare multivariata l'analisi è stata svolta impiegando le medie dei valori assunti dalle variabili nell'arco del periodo 2000-2006.

Per ottenere stime precise e robuste da un'analisi di questo tipo è necessario che le variabili siano normalmente distribuite. Verificando la normalità distributiva di tutte le variabili in gioco è stata individuata la necessità di utilizzare nella regressione le relative trasformate logaritmiche<sup>6</sup>, le quali garantiscono il rispetto delle ipotesi del teorema Gauss-Markov.

Inoltre, si è ritenuto opportuno inflazionare i dati al 2006 per renderli confrontabili e utilizzabili in maniera congiunta. A tal fine è stato fatto riferimento alla media degli indici dei prezzi al consumo nei Paesi industrializzati relativi agli anni 2000-2005 (**tabella 2**) e da questi sono stati calcolati degli appositi coefficienti per aggiornare le informazioni al 2006 (**tabella 3**).

**Tabella 3**

Coefficienti per uniformare i valori monetari al 2006

Coefficiente per adattamento al 2006	Anno
1,130579	2000
1,106241	2001
1,082428	2002
1,059127	2003
1,0404	2004
1,130579	2005
1	2006

## 5. Risultati

Tramite l'impiego del *software* SPSS è stato specificato il modello di regressione lineare introdotto nel paragrafo precedente. I risultati sono sintetizzati nella **tabella 4**.

Nella Sezione «Model Summary» della tabella sono riepilogate le informazioni relative alla costruzione del modello.

Il modello spiega una piccola parte, solo il 35,5% della variabilità della performance di lungo periodo (PF): questo risultato era atteso dagli autori, in quanto senza dubbio esistono altri fattori in grado di influenzare il *market value*; tuttavia lo scopo prefissato in questo studio non è quello di individuare un modello perfetto per spiegare la performance di lungo periodo, ma di valutare l'impatto dei regressori considerati su tale variabile.

Nella Sezione «ANOVA», ovvero *ANALYSIS OF VARIANCE*, è riportato il valore della statistica-test F, che evidenzia che la parte di varianza della variabile dipendente spiegata dal modello è circa 8 volte maggiore rispetto a quella non spiegata. A tale valore di F corrisponde un livello di significatività pari al 99,9%.

Infine, nella sezione 3 della tabella 4, «Coefficients», sono descritti analiticamente i valori efficienti di regressione e la loro significatività.

Dall'analisi statistica risulta che il *knowledge stock* ha un'influenza significativa ( $p < 0,001$ ) sulla performance, così come anche la *R&D intensity* ( $p < 0,01$ ), mentre la *commercialisation orientation* sembra non avere effetti causali sulla variabile di interesse.

I residui del modello, come risulta dai grafici riportati in **figura 2**, risultano avere valore atteso nullo (Scatterplot) e normalmente distribuiti (p-p Plot). L'analisi dei residui (cfr. Azzalini, Scarpa, 2004), dunque consente di affermare che le ipotesi di omoschedasticità e di normalità distributiva dei termini di errore sono rispettate.

## 6. Discussioni, conclusioni e futuri sviluppi della ricerca

Questo lavoro si è proposto di investigare, relativamente al settore farmaceutico, se e in che modo gli investimenti in ricerca e sviluppo, il *knowledge stock* e la *commercialisation orientation* abbiano delle ricadute

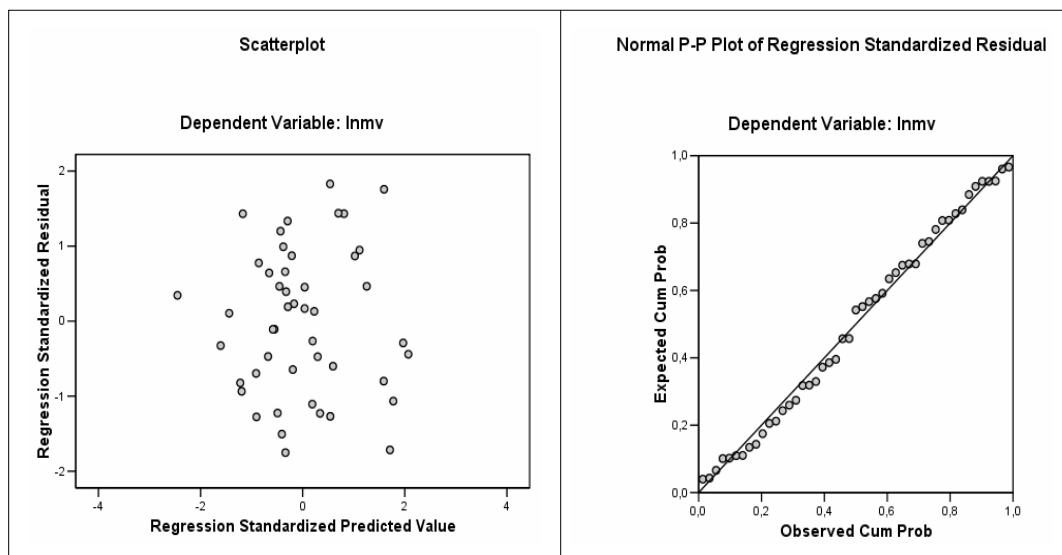
1. Model Summary					
Ordinary Least Squares Regression <sup>(1)</sup>					
Independent Variables	RDI, KS, CO				
Dependent Variable	PF				
R Square:	0,335				
2. ANOVA					
Test - F	7,891				
Sig.	0,000 *				
3. Coefficients					
	Unstandardized Coeff.		Standardized Coeff.	Test - t	Sig.
	B	Std. Error	B		
Constant	11,359	0,828		13,711	0,000 *
CO	- 0,219	0,289	- 0,094	- 0,757	0,453 ns
KS	- 0,577	0,128	- 0,565	- 4,496	0,000 *
RDI	0,7716	0,275	0,357	2,805	0,008 *
ns: non significativo * : significativo al 99,9%					

**Tabella 4**  
Sintesi dei principali risultati della regressione lineare

<sup>(1)</sup> Si ricorda che nell'analisi vengono utilizzati i logaritmi naturali delle variabili considerate.

Figura 2

Le analisi dei residui



sulla performance aziendale di lungo periodo misurata in termini di valore di mercato dell'impresa.

L'esame dei risultati esposti nel paragrafo precedente permette di tracciare delle considerazioni in merito al fenomeno oggetto di studio.

In primo luogo, l'analisi di regressione statistica mostra un influsso positivo e significativo da parte della *R&D intensity* (tabella 4) sul valore di mercato delle imprese in esame. Tale informazione è confermata anche dai risultati cui giungono altri autori (Hirschey, 1985; Jose, Nicholas, Stevens, 1986; Lustgarten, Thomadakis, 1987; Morck, Shleifer, Vishny, 1988; Morck, Yeung, 1991). Il processo di R&S, infatti, da un lato contribuisce ad accrescere il patrimonio intangibile dell'impresa, e dell'altro può portare alla futura introduzione sul mercato di nuovi prodotti. La *R&D intensity*, approssimando la propensione dell'impresa a innovare, sarebbe dunque legata in modo positivo al valore di mercato dell'impresa e potrebbe essere configurata come uno dei *driver* di valore più importanti al fine del conseguimento di elevati livelli di performance di lungo periodo.

In secondo luogo, analogamente a quanto riportato da Erickson e Jacobson (1992), la ricerca dimostra l'assenza di un influsso della *commercialisation orientation* sulla performance aziendale misurata in termini di *market value* (tabella 4). Sebbene sia ragio-

nevole ipotizzare l'influenza positiva degli investimenti in marketing sulla performance di lungo periodo dell'azienda, i risultati della ricerca dimostrano che la performance di lungo periodo nel settore farmaceutico risente dell'influenza di altre variabili.

In terzo luogo, dalle analisi statistiche sembrerebbe emergere una relazione negativa di media entità tra *knowledge stock* e valore di mercato dell'impresa. Tale fenomeno potrebbe essere in parte ricondotto alle misure impiegate per approssimare *knowledge stock* e all'influsso di altri fattori non considerati nel modello di analisi.

Partendo da questo, e in considerazione dei risultati riferiti alla *commercialisation orientation* e alla *R&D intensity*, sembrerebbe che, per le aziende del settore farmaceutico gli effetti positivi sul valore di mercato delle azioni delle società siano collegati non tanto al *marketing* e al valore dei brevetti, quanto alla propensione dell'impresa di investire in R&S. In particolare, la propensione delle imprese farmaceutiche a investire in R&S influenzerebbe le scelte degli investitori determinando un aumento del valore di mercato dell'impresa.

Tale conclusione potrebbe essere collegata a quanto rilevato dallo studio di Chan, Martin e Kensinger (1990) secondo cui gli annunci agli *stakeholder* riguardanti le politiche di investimento in R&S sono tali da influenzare le scelte degli investitori. In particolare, se gli annunci di investimento in ri-



cerca sono adottati, come nel nostro caso, da imprese con elevati tassi di investimenti in R&S si avrà come risultato un aumento del valore di mercato dell'impresa (Chan, Martin, Kensinger, 1990).

Ulteriori sviluppi futuri della ricerca saranno orientati da un lato verso la comprensione e lo studio delle interazioni tra dette variabili e del modo in cui esse agiscono congiuntamente sulla performance aziendale, e dall'altro verso l'impiego di ulteriori indicatori di performance di lungo periodo. Inoltre, la relazione significativa tra performance e R&S *intensity* potrebbe dipendere anche dalla prassi consolidata delle imprese farmaceutiche di destinare una percentuale fissa e pressoché invariante del fatturato alla ricerca. In considerazione di ciò si potrebbe ipotizzare che sia il valore di mercato a influenzare la quota destinata alla R&S. Per questo motivo sviluppi futuri del lavoro saranno orientati anche su questo fronte.

## Note

1. Per la composizione analitica della voce si rinvia a p. 392 della *Worldscope User Guide* (manuale esplicativo della composizione delle voci di bilancio presenti

nella banca dati *Data-Stream* fonte provenienza dei dati).

2. La composizione della voce beni immateriali (*Intangible Assets*) è approfondita a p. 299 della *Worldscope User Guide*.
3. Tale voce è stata ripresa dai bilanci delle società oggetto di indagine secondo il modello di Conto economico proposto dalla banca dati *Data-Stream*. Per la composizione analitica della voce si rinvia a p. 402 della *Worldscope User Guide*.
4. Per approfondimenti sulla composizione e struttura delle voci di bilancio presenti in *DATA-STREAM* si rinvia al manuale guida *Worldscope User Guide*, Thomson editore, June 2003.
5. Johnson & Johnson; Pfizer; Bayer; GlaxoSmithKline; Novartis; Sanofi-Aventis; AstraZeneca; Merck & Co.; Abbott Laboratories; Wyeth; Bristol-Myers; Squibb; Eli Lilly and Co.; Amgen; Schering-Plough; Baxter International; Takeda Pharmaceutical Co.; Genentech; Procter & Gamble; Teva Pharmaceutical Industries; Astellas Pharma; Daiichi Sankyo; Novo Nordisk; Eisai; Merck KGaA; Alcon; Akzo Nobel; UCB; Nycomed; Forest Laboratories; Solvay; Genzyme; Allergan; Gilead Sciences; CSL; Chugai Pharmaceutical Co.; Biogen Idec; Bausch & Lomb; Taiho Pharmaceutical Co.; King Pharmaceuticals; Wats on Pharmaceuticals; Mitsubishi Pharma; Shire; Cephalon; Dainippon Sumitomo Pharma; Kyowa Hakko Kogyo; Shionogi & Co.; Mylan Laboratories; H. Lundbeck; Boehringer Ingelheim.
6. Per trasformata logaritmica si fa riferimento al logaritmo naturale.

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

- AA.VV. (2006), *Rapporto Osservasalute*, Prex Italia Editore, Roma.
- AA.VV. (2003), *Worldscope User Guide*, Thomson Editore.
- AIROLDI G., BRUNETTI G., CODA V. (2005), *Corso di Economia aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- AZZALINI A., SCARPA B. (2004), *Analisi dei dati e data mining*, Springer-Verlag Italia, Milano.
- CHAN S.H., MARTIN J.D., KENSINGER J.W. (1990), «Corporate research and development expenditures and share value», *Journal Finance Economics*, 13(6), pp. 255-276.
- COAD A., RAO R. (2006), «Innovation and market value: a quantile regression analysis», *Economics Bulletin*, 15(13), pp. 1-10.
- COMANOR W.S. (1965), «Research and technical change in the pharmaceutical industry», *Review of Economics and Statistics*, 47, pp. 1182-190.
- COOPER R.G. (1994), «New products: the factors that drive success», *International Marketing Review*, 11(1), pp. 60-76.
- DAY S.G., MONTGOMERY D.B. (1999), «Charting new directions of marketing», *Journal of Marketing*, 63(2), pp. 3-13.
- DE CAROLIS D.M., DEEDS D.L. (1999), «The impact of stocks and flows of organisational knowledge on firm performance: an empirical investigation», *Strategic Management Journal*, 20, pp. 953-968.
- DI MASI J., HANSEN R.W., GRABOWSKI H.G. (2003), «The price innovation: new estimates of drug development costs», *Journal of Health Economics*, 22, pp. 151-185.
- DIRICKX I., COOL K. (1989), «Asset stock accumulation and sustainability of competitive advantage», *Management Science*, 35-12, pp. 1504-1511.
- DOWNES D.H., HEINKEL R. (1982), «Signaling and the valuation of unseasoned new issue», *Journal of Finance*, 37(1), pp. 1-10.
- ERICKSON G., JACOBSON R. (1992), «Gaining comparative advantage through discretionary expenditures: the returns to R&D and advertising», *Management Science*, 38 (9), pp. 1264-1279.

- GALUNIC D.C., EISENHARDT K.M. (2001), «Architectural innovation and modular corporate forms», *Academic Management Journal*, 44-6, pp. 1229-1249.
- GIANFRATE F. (2004), «Economia del settore farmaceutico», Il Mulino, Bologna.
- GRABOWSKY H., VERNON J. (1990), «A new look at the returns and risks to pharmaceutical R&D», *Management Science*, 36, pp. 804-821.
- GRAVES S., LANGOWITZ N. (1993), «Innovative productivity and returns to scale in the pharmaceutical industry», *Strategic Management Journal*, 14, pp. 593-605.
- GRIFFIN A., HAUSE J.N. (1996), «Integrating R&D and Marketing: a review and analysis of the literature», *Journal of product innovation management*, 3, pp. 191-215.
- HALL L.A., BAGCHI-SEN S. (2002), «A study of R&D, innovation, and business performance in the Canadian biotechnology industry», *Technovation*, 22, pp. 231-244.
- HENDERSON R., COCKBURN I. (1996), «Scale, scope and spillovers: the determinants productivity in drug discovery», *Rand Journal of Economics*, 27, pp. 32-59.
- HIRSCHEY M. (1985), «Market structure and market value», *Journl of Business*, January, pp. 89-98.
- JOSE M., NICHOLS L.M., J., STEVENS L. (1986), «Contributions of diversification, promotion and R&D to the value of multiproduct firms: A Tobin's q approach», *Financial Management*, Winter, pp. 33-42.
- LIN B.W., LEE Y., HUNG S.C. (2006), «R&S intensity and commercialisation orientation effects on financial performance», *Journal of Business Research*, 59, pp. 679-685.
- LOCKETT A., WRIGHT M. (2005), «Resources, capabilities, risk capital and the creation of university spin-out companies», *Research Policy*, 34(7), pp. 1043-57.
- LOUGHRAN T., RITTER J.A. (1995), «The new issues puzzle», *Journal of Finance*, 50(1), pp. 23-51.
- LUSTGARTEN S., THOMADAKIS S. (1987), «Mobility barriers and Tobin's q», *Journal of Business*, October, pp. 519-537.
- MCGUINNESS P. (1993), «The market valuation of initial public offerings in Hong Kong», *Applied Financial Economics*, 3, pp. 267-281.
- MC MILLAR G.S., HAMILTON R.D., DEEDS D.L. (2003), «The impact of publishing and patenting activities on new product development and firm performance: the case of US pharmaceutical industry», *Intenational Journal of Innovation Management*, 7(2), pp. 213-221.
- MORCK R., SHLEIFER A., VISHNY R.W. (1988), «Management ownership and market valuation: An empirical analysis», *Journal of Financial Economics*, 20(1,2), pp. 293-315.
- MORCK R., YEUNG B. (1991), «Why investors value multinationality», *The Journal of Business*, 64(2), pp. 165-187.
- O'BRIEN J. (2003), «The capital structure implications of pursuing a strategy of innovation», *Strategic Management Journal*, 24(5), pp. 415-431.
- PORTER M. (1980), «Competitive Strategy», Free Press, New York.
- PORTER M., MILLAR V. (1985), «How Information Gives You Competitive Advantage», *Harvard Business Review*, pp. 149-160.
- RAO V.R. (1984), «Pricing research in marketing: the state of the art», *Journal of Business*, 57, pp. 39-64.
- SCHLUZ M. (2001), «The uncertain relevance of newness: organisational learnings and knowledge flows», *Academic Management Journal*, 44(4), pp. 661-81.
- SCHWARTZMAN D. (1897), *Innovation in pharmaceutical industry*, Baltimore, The Johns Hopkins University press, pp. 182-211.
- TEECE D.J. (1987), Profiting from technological innovation: implication for integration, collaboration, licencing and public policy, in D. Teece, *The competitive challenge*, Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Company, p. 187.
- TITMAN S., TRUEMAN B. (1986), «Information quality and the valuation of new issues», *Journal of Accounting and Economics*, 8, pp. 159-172.
- RITTER J.A. (1984), «The «hot issue» market of 1980», *Journal of Business*, 57, pp. 215-240.
- VERNON J. M., GUSEN P. (1974), «Technical change and firm size: The pharmaceutical industry», *Review of Economics and Statistics*, 56, pp. 294-302.
- VINOD H.D., RAO P.M. (2000), «R&D e promotion in pharmaceuticals: a conceptual framework and empirical exploration», *Journal of Marketing Thoery and P.*, 8(4), pp. 10-20.
- WHITE J.B., MILES M.P. (1996), «The financial implications of advertising as an investments», *Journal of Advertising Research*, 33 (5), pp. 419-428.

# Da individuale a sociale: una proposta di gestione del rischio in sanità

MAURO MELATO, COSTANZA SANTIN, FRANCO ZIGRINO

*The problem of medical litigation has not yet been adequately solved and liability still falls predominantly to the single healthcare professional, almost always a doctor or dentist. The many proposals put forward to date have failed to provide effective shared solutions above all because they have maintained the single health professional as the focus of responsibility. The consequences have been a depersonalization of the doctor-patient relationship, a shift towards dangerously defensive attitudes and a dramatic rise in medical malpractice lawsuits. Taking a cue from the workers' insurance system operated by the National Institute for Insurance against Occupational Accidents and Diseases, the authors propose to promote the establishment of similar institutes, possibly operating on a regional basis. This would allow the risks inherent to the medical professional to be spread over the community at large.*

Keywords: risk management, malpractice, no-fault system

Parole chiave: gestione del rischio, malpractice, sistema no-fault

## Note sugli autori

Mauro Melato, professore ordinario, è direttore del Dipartimento di Anatomia Patologica e Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti di Trieste», è presidente regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Regione Friuli-Venezia Giulia

Costanza Santin, dottore magistrale in Giurisprudenza, è dirigente amministrativo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste  
Franco Zigrino, dottore magistrale in Giurisprudenza, è direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti di Trieste»

## 1. Il problema

La responsabilità professionale del medico è argomento di grande attualità in una società propensa a contestare l'operato del sanitario ogniqualvolta ritenga non raggiunto il risultato auspicato. L'effetto è una contestazione strisciante, acuita dal crescente grado culturale dell'utenza, da un lato, e dal progresso tecnico-scientifico della medicina, dall'altro. Quest'ultimo fa sembrare conseguibile qualunque risultato, e sta minando il rapporto medico-paziente e determinando una preoccupante discrasia di aspettative.

Le conseguenze sono rappresentate dall'imporsi, anche in Italia, di fenomeni già largamente presenti all'estero quali:

- la messa in pratica da parte dei professionisti di un'attività professionale difensiva onde ridurre i rischi entro limiti ragionevolmente certi (Chen, 2007; Cunningham, Dovey, 2006; Kessler *et al.*, 2006; Studdert *et al.*, 2005);

- la migrazione dei professionisti da specializzazioni ad alto rischio ad altre a basso rischio (Deutsch *et al.*, 2007; Laros, 2005; Mello *et al.*, 2006; Mello *et al.*, 2007);

- l'insorgenza nei professionisti di reazioni psicologiche rilevanti (Cunningham, Dovey, 2000) se non, addirittura, di quadri patologici, quali lo «stress da malpractice» (Fileti *et al.*, 2007);

- l'inflazione delle controversie giudiziali e la sensazione dei professionisti di un'attenzione sbilanciata favorevole l'utente a discapito del medico da parte della magistratura;

- la spersonalizzazione del rapporto medico-paziente e l'orientamento giurisprudenziale teso all'inquadramento della prestazio-

## SOMMARIO

1. Il problema
2. Il quadro internazionale e nazionale
3. L'esperienza
4. La possibile soluzione

ne medica come obbligazione di risultato anziché di mezzi;

– l'abnorme aumento dei premi di assicurazione, tanto a carico delle aziende sanitarie che dei professionisti;

– una martellante campagna mediatica che offre all'utente informazioni superficiali, o addirittura scandalistiche, pubblicizzando terapie illusorie non supportate da riscontri scientifici.

Tutto ciò a fronte di un Servizio sanitario complessivamente funzionante ed aggiornato, ritenuto dall'Organizzazione mondiale della sanità il secondo al mondo dopo quello francese secondo i seguenti parametri: il livello generale di salute della popolazione; la disparità nei livelli di salute; la capacità di reazione del sistema sanitario; la distribuzione tra la popolazione di questa capacità di reazione; la distribuzione sociale del peso finanziario della sanità (Ansa, 2007).

Alla luce di quanto premesso è inevitabile affermare che la gestione del rischio all'interno del «mercato salute» si trova in una fase particolarmente difficile per gli operatori sanitari, costretti a ricercare affannosamente un'adeguata copertura assicurativa per poter esercitare con la necessaria serenità. Nel concreto, infatti, non solo aumenta il costo dei sinistri, ma anche la tipologia di danni alla persona risarcibili (biologico, esistenziale, perdita di *chance*) ed il tutto secondo criteri adottati dalla magistratura in modo variabile in riferimento all'opportunità del risarcimento, alla sua quantificazione ed al numero di persone risarcibili che, talora, costituiscono l'intero nucleo familiare del danneggiato. A ciò si aggiunge, quale ulteriore elemento di disagio per i professionisti, ma anche per le compagnie di assicurazione, la sempre più frequente riconduzione giurisprudenziale della responsabilità medica alla responsabilità contrattuale, con la conseguenza che il tempo di prescrizione della pretesa da quinquennale, per il risarcimento del danno extracontrattuale, passa a decennale, come previsto per quello contrattuale.

Naturalmente, per far fronte alle difficoltà di calcolo del rischio assicurabile, gli assicuratori hanno adottato dei provvedimenti a loro favorevoli come, ad esempio, l'attivazione della garanzia al momento della richiesta di indennizzo e non a quello dell'evento ritenu-

to lesivo, riservando al professionista la sola possibilità di negoziare una copertura retroattiva per richieste di risarcimento derivanti da fatti antecedenti la stipula del contratto.

Di tutta evidenza per il libero professionista, il problema della copertura assicurativa lo è però altrettanto per il medico dipendente, sia del settore pubblico che privato. Infatti, normalmente le aziende forniscono ai propri dipendenti copertura assicurativa, senza diritto di rivalsa, per la responsabilità civile e le spese di lite, estendendola all'attività intramuraria. Tuttavia, seppur apparentemente soddisfacente, la copertura può rivelarsi inadeguata se, a fronte di un'infruttuosa ricerca di compagnie di assicurazione disponibili a sottoscrivere contratti economicamente sopportabili, l'azienda è stata costretta ad aderire a clausole latamente vessatorie che fungono da misure correttive imposte dall'assicuratore per calmierare i propri costi. Non di rado, infatti, nei contratti vengono inserite clausole che prevedono la cosiddetta *self insurance retention*, cioè la ritenuta in carico all'azienda dei sinistri che globalmente non superano in un arco temporale predefinito un determinato importo, oppure la previsione dell'operare della polizza aziendale in secondo rischio qualora il medico sia già titolare di un contratto assicurativo per la responsabilità civile professionale o, ancora, l'adozione di massimali aggregati per cui, indipendentemente dal numero dei sinistri, l'esborso complessivo annuale non potrà superare il tetto massimo inserito in polizza. Clausole, queste elencate, di cui spesso il medico dipendente non è a conoscenza, trattandosi di accorgimenti aziendali volti a calmierare gli ingenti premi di assicurazione ma che, ben prevedibilmente, potranno determinare grave disagio in caso di sinistro.

In conclusione, anche alla luce delle esperienze maturate a livello internazionale, per giungere ad una effettiva soluzione del problema pare necessario un radicale cambiamento di rotta. In particolare, pare si debba spostare l'attenzione dalle compagnie di assicurazione, per loro stessa natura legate ad un'ottica di produzione di profitto, verso una forma di contribuzione collettiva obbligatoria solidaristica che permetta l'automatico risarcimento in presenza di prerogative necessarie ed elimini i costi di un'esuberante attività giudiziale ed extragiudiziale e quelli,

solitamente trascurati, della dispendiosa ed immorale medicina difensivistica.

## 2. Il quadro internazionale e nazionale

Ritenuta cronicamente in ritardo rispetto alla sanità degli altri Paesi industrializzati, quella italiana ha molte cose da imparare dal contesto internazionale soprattutto in tema di *risk management*. Imprescindibile appare quindi una breve disamina delle soluzioni affrontate, o per lo meno tentate, da altri Paesi al fine di meglio inquadrare la proposta che si intende presentare.

Nel mondo anglosassone il problema della *malpractice* e degli indennizzi conseguenti viene affrontato dal 1700, da quando sir William Blackstone, nel 1768, nel volume *Commentaries on the laws of England*, incluse il capitolo della *Mala Praxis* che, anglicizzato, originò proprio il termine abitualmente adottato e cioè «Malpractice». Fu negli Stati Uniti, tuttavia, che i temi del rischio clinico vennero approfonditi, anche scientificamente, a partire dalla metà del 1800 (Mohr, 2000; Studdert *et al.*, 2004) quando le cause di *malpractice* aumentarono in un ventennio del 950% di fronte ad un aumento della popolazione dell'85% (Mohr, 2000). Il fenomeno delle eccessive richieste di indennizzo non fu però mai imbrigliato e, addirittura, si succedettero delle fasi di forte incremento, nei primi decenni del ventesimo secolo e nel decennio 1975-1985. In quest'ultimo periodo gli indennizzi per *malpractice* praticamente triplicarono spingendo alcuni stati a controllare giurisprudenzialmente una piaga divenuta sociale. È questo, ad esempio il caso della California che promulgò in soli cinque giorni, dopo vivaci proteste dei medici, la *Medical Injury Compensation Reform Act* (MICRA)<sup>1</sup>.

Superata la crisi degli anni '70 grazie a misure di supporto agli assicuratori e di contributi agli indennizzi (Sloan, 1985), misure adottate però in maniera eterogenea nei diversi stati; superato il suo riacuirsi a metà degli anni '80, quando l'aumento dei premi toccò tutti gli stati, attraverso provvedimenti legislativi mirati a ridurre il contenzioso (Bovbjerg, 1989); la fine degli anni '80 registrò, dapprima, una profonda modifica del mercato assicurativo, passato in mano ad associazioni mediche (le cosiddette *bedpan*

*mutual*) con il solo fine di sostenere il peso degli indennizzi da *malpractice* (Mello *et al.*, 2003a; Studdert *et al.*, 2004), e, successivamente, un *trend* numerico positivo della popolazione medica (Kessler *et al.*, 2005), a conferma della maggior accettabilità di una professione fino ad allora considerata assolutamente a rischio.

Il risultato fu una sostanziale stabilizzazione del mercato assicurativo, sebbene con un ricorso al contenzioso legale assolutamente dispendioso (in cui il ben oltre la metà della spesa veniva, e viene, assorbita da spese amministrative, soprattutto legali) ed un meccanismo risarcitivo iniquo (Mohr, 2000; Studdert *et al.*, 2006), tanto che, almeno teoricamente, venne esaminata la possibile introduzione di un sistema *no-fault* già collaudato in Svezia (Danzon, 1994) ed in Nuova Zelanda (Studdert, Brennan, 2001), giungendo, del tutto recentemente, a riconsiderare i sistemi di indennizzo nord-europei (Kachalia *et al.*, 2008). Attualmente, malgrado la spesa media del querelato per difendersi da un reclamo infondato sia di \$ 24,700 (Laros, 2005) e malgrado, già nel 2003, in 18 stati ci fossero gravi difficoltà, ed in 26 difficoltà emergenti, per trovare coperture assicurative (Mello *et al.*, 2003a), non sembrano emergere proposte convincenti per fronteggiare il fenomeno, al di là di un ruolo più incisivo da assegnare ai protocolli come base di giudizio nel contenzioso (Laros, 2005) e un richiamo ai principi che dovrebbero guidare i comportamenti professionali (Schoenbaum, Bovbjerg, 2004).

Al contrario degli Stati Uniti, in Nuova Zelanda la crisi degli indennizzi da *malpractice* portò, ancora nel 1974, alla istituzione di un sistema di risarcimento statale, *no-fault*, gestito da un apposito ente, la *Accident Compensation Corporation*, finanziato dallo Stato e dai premi assicurativi del personale sanitario. Migliorato nel 2005, il sistema, che prevede indennizzi per tutti i danni da trattamento sanitario, indipendentemente dalla dimostrazione di negligenza da parte del medico (*no-fault*), si è dimostrato assolutamente apprezzato dalla popolazione data la mancanza di costi e la rapidità degli indennizzi; inoltre, caratterizzato da indennizzi medi contenuti (in media inferiori ai 30.000 \$), il sistema prevede premi assicurativi per i medici molto bassi,

inferiori ai 1000 \$ indipendentemente dalla specializzazione (Bismark, Paterson, 2006). Cancellati con la riforma del 2005 i concetti di *medical mishap* (incidente medico) e di *medical error* (errore medico) e sostituiti da quello di *treatment injury* (danno da trattamento), la rosa dei danni indennizzabili si è molto allargata escludendo ormai soltanto le conseguenze prevedibili di terapie applicate secondo gli standard.

Sempre in Nuova Zelanda, i pazienti che non sono interessati ad un rimborso per il danno sanitario da parte della *Accident Compensation Corporation* e che perseguono interessi diversi, si rivolgono al *Health and Disability Commissioner*, un'autorità indipendente la quale, attraverso indagini, confronti, e quant'altro necessario, può attivare procedimenti disciplinari ed intraprendere azioni atte a correggere eventuali disfunzioni del sistema sanitario; in questo modo il paziente che si ritenga danneggiato ha aperta un'ulteriore via di azione risarcitiva (Bismark *et al.*, 2006).

Da ultimo, appare interessante ricordare che il sistema, talora accusato di deresponsabilizzare i medici e di dare troppo spazio alle richieste di indennizzo, non ha certamente aumentato gli eventi avversi che, negli ospedali neozelandesi, si collocano percentualmente tra quelli dell'Inghilterra e dell'Australia (Bismark, Paterson, 2006), né incrementato le richieste di indennizzo che, anche studi scientifici recenti (Bismark *et al.*, 2006a; Bismark *et al.*, 2006b), hanno dimostrato essere molto esigue ricordando che, nel 2002, il rapporto tra indennizzi effettivamente ottenuti e danni ritenuti potenzialmente indennizzabili è risultato di 1:30 (Davis *et al.*, 2002).

In Europa, fino a tempi recenti esente da significative problematiche di *malpractice*, i temi oggetto del presente lavoro stanno purtroppo passando in primo piano. Così, il ricorso alla medicina difensiva, benché ancora lontano da quello statunitense (McCrary, Swanson, 1999), sta affermandosi (Brilla *et al.*, 2006; Carles, 2003) ed il fenomeno delle richieste di risarcimento dei cittadini utenti sta assumendo contorni preoccupanti (Schrappe, 2005; Towse, Danzon, 1999), con un inevitabile aumento dei premi di assicurazione che in molti Paesi hanno registrato

aumenti anche dell'ordine del 30% in un solo anno (Baker, 2005).

Auspicata è, inoltre, una armonizzazione dei sistemi di indennizzo (Hureau, Hubinois, 2005) che sono molto diversi tra gli stati nordeuropei ed i restanti del continente (Carles, 2003). Nei primi, Danimarca, Finlandia, Islanda, Norvegia e Svezia, vige un sistema del tipo *no-fault*, basato sul concetto di «evitabilità» del danno pensato soprattutto al fine di evitare le lungaggini del sistema risarcitorio basato sulla dimostrazione della negligenza (Erichsen, 2001; Kachalia *et al.*, 2008; Mikkonen, 2001) In Svezia, Paese che si può assumere a paradigma e che, istituito su base volontaristica il sistema di indennizzo nel 1975, dal 1997 lo ha reso obbligatorio, i danni lamentati vengono distinti in cinque categorie (da trattamento, diagnostici, da materiali sanitari, da infezione ed accidentali); per procedere alla concessione di un indennizzo si valuta quindi l'evitabilità del danno avendo a riferimento l'operato di «specialisti esperti».

Allo stato dell'arte non appare casuale che, nel nostro Paese, i dati più significativi in tema di responsabilità professionale vengano riportati con grande evidenza da fonti giornalistiche. In particolare, da queste risulta che le cause per responsabilità dei professionisti sono aumentate approssimativamente del 200% in un decennio e, basandosi su dati raccolti in campo assicurativo, i sinistri annoverabili annualmente negli ospedali italiani oscillerebbero tra i 320.000 e i 350.000, originando tra le 150.000 e le 170.000 pretese di risarcimento; i procedimenti giudiziari pendenti per responsabilità professionale sanitaria sarebbero tra i 12.000 e 15.000 (Marra, 2005). Passando a fonti scientifiche ricorderemo che recenti studi condotti in ambito radiologico hanno dimostrato come, basandosi su di un campione rappresentativo, nel 2006 ben il 44% dei medici costituenti il campione aveva o avrebbe ricevuto una citazione in giudizio riferita all'attività professionale degli ultimi dieci anni (Fileni, Magnavita, 2006), confermando quanto avviene in Germania (Tomczak *et al.*, 2006) ed avvicinandosi con ciò al rischio degli Stati Uniti dove, mediamente, il 40% dei radiologi viene citato in giudizio una volta ogni 5 anni (Brenner, 1993).

Si tratta di un numero preoccupante di casi di contenzioso civile che, tuttavia, si conclude prevalentemente in via transattiva (Bossi, 2007) con accordo delle parti.

Tuttavia, mentre ci si cimenta su approfondimenti giurisprudenziali della delicata tematica, qualunque sforzo intellettuale risulta inidoneo al conseguimento di una soluzione pratica, dal momento che la disdetta della polizza di Responsabilità civile professionale è uno strumento che le condizioni contrattuali riservano alla discrezionalità dell'assicuratore, strumento solitamente utilizzato a seguito di ogni denuncia di sinistro, indipendentemente dall'accertamento della responsabilità in capo al sanitario. E, *ad abundantiam*, anche nelle polizze che basano l'operatività della garanzia sulla definizione del sinistro come denuncia anziché come evento dannoso, una volta inoltrata la disdetta, cesserà la copertura assicurativa per tutte le sopravvenute denunce ancorché conseguenti ad eventi dannosi verificatisi in costanza di contratto.

A ragion del vero, va tuttavia ricordato che anche le compagnie assicurative si sono viste costrette negli ultimi decenni ad accantonare in bilancio ingenti riserve per lunghi periodi di tempo, obbligate a ciò dalle lungaggini dei processi ed in vista di eventuali liquidazioni.

Le direttrici lungo le quali, nel nostro Paese, sono state finora ricercate le soluzioni paiono essenzialmente due:

- un rafforzamento delle capacità relative al *risk management*, area definita dalla Commissione tecnica sul rischio clinico (MdS) quale «insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore» (MdS, 2004);

- alcune sperimentazioni di ADR (*Alternative Dispute Resolution*), tecniche di risoluzione dei conflitti al cui interno si distinguono la conciliazione e l'arbitrato<sup>2</sup>; possibilità di risoluzione delle controversie che si differenziano nettamente tra loro, seppur accomunate dall'essenza dell'alternativa alla giustizia statale (Pagni, 2006). Esempi particolarmente interessanti in tal senso sono il progetto *Accordia* (si veda **box 1**) una serie di proposte di legge nazionali e regionali.

Si tratta di metodi focalizzati sulla detenzione del contenzioso sanitario che però, sebbene utili in uno scenario povero di iniziative efficaci, non sembrano sufficienti a fronteggiare quella che inizia ad essere percepita, soprattutto dai professionisti come una vera emergenza.

Da questo punto di vista, è indicativo il sorgere di associazioni come dall'Amami (Associazione medici accusati di *malpractice* ingiustamente) che, in tempi recenti, ha redatto un significativo decalogo con cui si chiedono precisi impegni a tutte le categorie coinvolte, politici, giornalisti, assicurazioni, magistrati, legali e amministratori della sanità. In particolare, si chiede in ambito politico:

- la costituzione di un Fondo vittime dell'alea terapeutica per risarcire i pazienti vittime delle complicanze incompressibili e imprevedibili insite nelle cure;

- l'adozione di ogni necessaria iniziativa legislativa diretta a fissare regole chiare e univoche per la proposizione di denuncia-querela, al fine di scoraggiare azioni giudiziarie palesemente infondate o temerarie;

- l'emanazione di disposizioni per la soluzione conciliativa e/o arbitrale delle controversie paziente/medico;

- l'istituzione di un Osservatorio del contenzioso su base regionale o nazionale.

Per quanto concerne le imprese assicuratrici si chiede:

- che non si consideri «sinistro» ogni avviso di garanzia o richiesta di risarcimento; fenomeno, alla luce delle condizioni contrattuali, che consente all'assicuratore di interrompere il rapporto assicurativo in seguito ad una denuncia di sinistro senza attendere l'esito del conseguente giudizio;

- l'istituzione di una scheda Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) anche per la responsabilità civile terzi professionale del medico, al fine di regolamentare in maniera il più omogenea possibile i possibili rapporti assicurativi;

- la pubblicazione dei dati sul rapporto tra sinistri denunciati, sinistri riservati, sinistri liquidati e premi incassati nel medesimo periodo temporale.

**Box 1**

## Il progetto Accordia

Il progetto, condotto ed attuato dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Roma, si basa sulla creazione di uno sportello di conciliazione che raccoglie in forma gratuita le denunce dei cittadini utenti al fine di indirizzarle, ove possibile, ad una soluzione bonaria concretantesi (in un arco temporale che non supera i novanta giorni) in una proposta compositiva redatta da un'apposita Camera di Conciliazione istituita dall'Ordine degli avvocati e dalla Corte di appello di Roma (Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Roma, 2006).

L'esperienza romana si è dimostrata sicuramente meritoria per il carattere innovativo dell'incontro tra Ordini professionali diversi, per la lodevole propensione al dialogo con l'utenza e per la disponibilità di alcune rilevanti Compagnie di assicurazione a stipulare un'apposita convenzione di partecipazione al progetto qualora venga coinvolto un medico loro assicurato, ma è stata altresì caratterizzata da alcuni importanti limiti quali:

- l'esclusione dal programma delle strutture pubbliche o private coinvolte nel rapporto di lavoro;
- la fissazione di un tetto di valore della richiesta di risarcimento;
- la circoscrizione della scena dell'evento dannoso alla Provincia di Roma;
- la preclusione di precedenti esposti o denunce rivolte all'Autorità giudiziaria ordinaria.

L'iniziativa ha goduto nell'anno 2005 di un buon successo poiché si sono resi possibili circa 1.000 contatti con l'utenza con i seguenti risultati:

- rinuncia ad agire nel 30% dei casi nella fase informativa;
- risoluzione del contenzioso nel 40% dei casi;
- reiezione del 20% dei casi per carenza di requisiti;
- avvio della pratica risarcitoria nel 10% dei casi, pari a 93, di cui 55 sono stati archiviati, 7 conciliati e 3 non conciliati.

Il progetto «Accordia» risulta di particolare interesse per evidenziare il considerevole numero di denunce infondate a fronte dei risultati delle prestazioni sanitarie ottenuti. Va inoltre ricordato che lo stesso si rifà ad esperimenti estesamente tentati negli Stati Uniti, a partire dal diciannovesimo secolo, dove sono abortiti per l'opposizione della magistratura, che vedeva nelle commissioni di esperti un attacco alle proprie prerogative; di settori medici che ritenevano le commissioni colpevoli di privilegiare predeterminate opinioni; dei cittadini che le vivevano come delle logge segrete (Mohr, 2000). L'idea di un sistema amministrativo di indennizzo per i danni medici, la Health Court, supportata da importanti contributi dottrinali (Havighurst, Tancredi, 1973; Weiler, 1991), non è tuttavia mai stata sepolta anche se, malgrado iniziative parlamentari federali e di Stati quali Wyoming, Colorado, Michigan e Massachusetts, rimane sostanzialmente un'ipotesi di studio (Mello *et al.*, 2006).

**3. L'esperienza**

Gli Autori, al fine di monitorare lo *status* del contenzioso sanitario che coinvolge le strutture del Servizio sanitario nazionale ed evidenziarne i costi in termini di assicurazione e risarcimento, hanno condotto un'analisi delle richieste di indennizzo all'Azienda ospedaliero-universitaria «Ospedali Riuniti di Trieste» negli anni 1997-2006, analisi ritenuta significativa per l'evidenza degli esiti delle istanze di risarcimento e la lungaggine delle liti.

Si tratta di un'Azienda integrata con la Facoltà di Medicina e chirurgia, operante su due stabilimenti ospedalieri per un totale di circa 1.000 posti-letto, con un tasso di occupazione superiore all'89% in ricovero ordi-

nario. I dimessi nell'anno 2007 sono stati circa 26.000, per complessive 273.000 giornate di degenza; le prestazioni ambulatoriali hanno superato le 1.355.000 unità. Gli operatori dipendenti sono circa 3.000; di essi, i medici universitari sono circa 80, mentre i medici ospedalieri assommano a circa 370.

I casi relativi al periodo esaminato, come evidenziato dalla **tabella 1**, su di un campione di richieste di risarcimento promosse esclusivamente a seguito di prestazioni mediche asseritamentene colpevoli, negligenti o imperite, rivelano una percentuale non irrilevante di definizioni senza esborso di risarcimento (circa il 35%) e una probabile percentuale di identica evoluzione per quelli ancora da definire, a fronte di una naturale fondatezza dei risarcimenti eseguiti. Il dato



	v.a	% sul totale	% su casi definiti
Senza risarcimento	66	17,74%	35,11%
Con risarcimento	122	32,80%	64,89%
Totale definiti	188	50,54%	100,00%
Da definire	184	49,46%	
<b>Totale</b>	<b>372</b>	<b>100,00%</b>	

**Tabella 1**  
Esiti istanze  
di risarcimento  
anni 1997-2006

che maggiormente spinge alla riflessione, alla luce dell'ampio arco temporale oggetto di valutazione, è il considerevole numero di richieste di risarcimento pendenti a distanza di anni (circa il 50%).

Gioverà osservare, infine, che nei casi di erogazione del risarcimento molte volte si ripete la medesima fattispecie di danno. Un esempio per tutti è rappresentato dai casi di avulsione dentaria a seguito di intubazione orotracheale, che rappresentano circa il 13% delle richieste di risarcimento e circa il 10% dei risarcimenti erogati. Bisogna sottolineare che per tali eventi l'azienda ha sopportato in proprio il 75% dell'onere economico conseguente.

L'esempio citato evidenzia chiaramente la possibilità di standardizzazione dei casi almeno per alcune tipologie di danno rientranti tra quelle iatrogene. Non può, in altre parole, sfuggire il dato significativo che il sinistro esaminato di «avulsione dentaria a seguito di intubazione orotracheale» è un esempio, a cui se ne possono aggiungere altri, in cui si ravvisano gli spunti per un'automazione dei percorsi di risarcimento che assicuri la soddisfazione di entrambe le parti coinvolte e di cui si dirà a breve nella trattazione del paragrafo successivo.

#### 4. La possibile soluzione

Nel «sistema salute» di oggi, ove il cittadino ha finalmente conquistato il ruolo di primo attore, è naturalmente necessaria una maggior partecipazione delle istituzioni alla gestione dei rapporti tra le parti attive a garanzia delle stesse. In Italia, un'esperienza nel sistema della sicurezza sociale, che trova fondamento nei principi di obbligatorietà, intervento economico e solidarietà, è quella dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e malattie

professionali (Inail), frutto di un complesso percorso legislativo che ha interessato, oltre alle rappresentanze parlamentari e sociali, quelle scientifiche e culturali. Sembra significativo, ai fini di una miglior comprensione della nostra proposta di gestione del rischio in sanità, ripercorrere le tappe del fondamento giuridico della risarcibilità dell'infortunio del lavoratore.

Il fondamento giuridico venne dapprima ricondotto alla responsabilità extracontrattuale in capo al datore di lavoro, determinante l'indennizzo al lavoratore nei soli casi in cui la colpa del datore di lavoro veniva provata, ma si rivelò inidoneo al conseguimento di risultati concreti per il soggetto tutelato. In un secondo momento venne ricondotto all'inversione normativa dell'onere della prova a carico del datore di lavoro che, a fronte della richiesta di risarcimento del danno patito, avrebbe dovuto dimostrare la propria estraneità all'accaduto, discernimento comunque inadeguato a risolvere il problema poiché, oltre che manifestamente in discrasia con i principi informatori dell'accertamento della responsabilità *ex lege* Aquilia, risentiva della facilità con cui il datore di lavoro poteva agilmente sottrarsi alle richieste di risarcimento conseguenti ad eventi che risultavano di rado imputabili direttamente alla sua persona.

Gli studiosi del diritto ricorsero pertanto ai principi informatori della responsabilità contrattuale che suggella l'onere della prova in capo al datore di lavoro, chiamato al risarcimento salvo che non provasse l'impossibilità del medesimo per causa a lui non imputabile. E, anche se l'obbligo assicurativo di quest'ultimo veniva esteso agli eventuali eventi dannosi verificatisi nel normale svolgimento dell'attività lavorativa, i risarcimenti effettivamente erogati continuarono comunque ad essere scarsi per il consistente numero di infortuni dovuti alla dimostrata

imprudenza del soggetto tutelato o a dimostrate cause di forza maggiore.

Da ultimo, non produsse i suoi frutti nemmeno il tentativo di ricondurre il fondamento giuridico alla responsabilità oggettiva e, solo con il ricorso alla teoria del rischio professionale, la questione poté dirsi risolta. Tale teoria parte dal presupposto che gli infortuni debbano considerarsi – nel loro complesso al fine di poterli configurare come eventi – non più imprevedibili, ma accessori inevitabili dell'industria, qualsivoglia misure preventive vengano poste in essere. La concezione venne recepita dal legislatore che, con la Legge 80 del 1898, istituì l'assicurazione obbligatoria degli operai per gli infortuni sul lavoro, ponendo a carico del datore di lavoro l'obbligo di contrarre l'assicurazione; disposizione estesa in momenti successivi al settore agricolo e all'assicurazione delle malattie professionali che ha influenzato la legislazione infortunistica odierna. L'Inail, infatti, grazie alla sua esperienza ultracentenaria, ha beneficiato di numerosi provvedimenti normativi che ne hanno allargato le aree di competenza, fatta salva la Riforma sanitaria del '78 che, nello sforzo di svincolare la tutela della salute dall'identificazione professionale, ha affidato al Servizio sanitario nazionale le strutture sanitarie dell'Inail.

L'Istituto ha potuto contribuire fattivamente al progresso del *welfare* in Italia a fianco degli altri enti di riferimento per la materia, consentendo un *revirement* socio-culturale che ha assunto diverse professionalità e competenze al servizio della tutela globale ed integrata dei lavoratori dal rischio intrinseco alla loro stessa attività. Ma, ciò che più caratterizza e rende significativa l'esperienza dell'Inail, è l'aver perfezionato nel tempo un percorso uniformante con cui l'assicurato si appropria per un risultato finale preordinato e garantito. Elementi cardine sono: obbligatorietà dell'assicurazione ed adozione di tabelle con cui quantificare il danno infortunistico e/o professionale.

L'obbligatorietà diffusa dell'assicurazione consente la distribuzione del rischio a carico della collettività e l'adozione di tabelle consente l'oggettiva, matematica, quantificazione della conseguenza dell'evento dannoso, presupposto del momento risarcitorio, estendendola anche ai casi di danni concorrenti e ai casi di danni composti; ipotesi

queste ultime in cui non si procede ad una somma delle singole fattispecie tabellare, ma si effettua una stima complessiva riferita alla reale entità del pregiudizio arrecato dalla menomazione. Le tabelle consentono inoltre, grazie all'intervento in materia del legislatore, la quantificazione e l'indennizzo del danno biologico.

Va comunque ricordato che l'erogazione di somme da parte dell'Inail rappresenta un mero indennizzo, per sua natura differente dal risarcimento, perché non necessariamente riconducibile ad un fatto illecito prescindente dall'elemento soggettivo di chi ha posto in essere la condotta dannosa, e perfino dall'identificazione del responsabile; procedura preziosa nella regolamentazione della riparazione di danni causati nel corso dell'attività professionale come, per quanto interessa in questa sede, nelle prestazioni sanitarie che richiedono l'intervento contestuale o ravvicinato di diversi operatori.

Un'esigenza analoga a quella dell'indennizzo da infortunio lavorativo è oggi sentita nel campo delle prestazioni sanitarie a causa dello strettissimo collegamento tra le medesime ed il rischio professionale medico-odontoiatrico, rischio intrinseco nell'operare del professionista con conseguenze dannose oggettivamente alla stregua degli eventi risarcibili riconosciuti e tabellati dall'Inail. Infatti, l'aspettativa comune di medici e cittadini si concretizza nell'erogazione del risarcimento a seguito di eventi dannosi sussumibili in ipotesi standardizzate, indipendentemente dalla ricerca della responsabilità, seguendo percorsi fluidi ed economicamente non gravosi, in una sostanziale unità di intenti: da un lato, la struttura e l'operatore sanitario rassicurati dal fatto di fornire una prestazione assicurata per gli eventuali danni qualificati, dall'altra l'utente che vedrà soddisfatta automaticamente una giusta pretesa risarcitoria.

Quanto premesso, evidenzia una chiara analogia tra la gestione del rischio attuata nel mondo lavorativo e quanto ricercato dagli operatori sanitari a tutela della loro professionalità e, anche alla luce delle esperienze internazionali, suggerisce la possibile soluzione nel coinvolgimento di un ente *super partes*, garante imparziale degli interessi contrapposti e gestore degli aspetti contabili, attivo anche nel campo della prevenzione a fianco del Servizio sanitario nazionale.

Nell'ipotesi suggerita, il contenzioso verrebbe traslato al di fuori del rapporto medico paziente ed attiverebbe un ricorso automatico all'ente erogatore per la richiesta di risarcimento del danno patito, ente che, qualora si rendesse necessario, resisterebbe autonomamente in caso di ricorso contro il diniego del risarcimento sollevando da un tanto il professionista.

Prevedibilmente, l'ente ipotizzato, considerata l'estensione obbligatoria della contribuzione a tutti i professionisti della salute e la quantità di eventi assicurati, a fronte dell'effettiva erogazione del risarcimento nei casi idonei, sarebbe destinato ad accrescersi al di fuori di qualsiasi considerazione di carattere commerciale a cui sono naturalmente legate le compagnie assicurative. L'ente, sulla base della diversa distribuzione del rischio a livello nazionale, potrebbe avere articolazione regionale. Contraenti, e pertanto obbligati al pagamento del premio di assicurazione, sarebbero le strutture sanitarie in favore dei propri dipendenti; personalmente i sanitari libero-professionisti e, in concorrenza con la struttura, i collaboratori parasubordinati. Ciò, permettendo di annoverare tra gli assicurati anche i rappresentanti delle nuove professioni sanitarie che non hanno ancora consolidato un'esperienza assicurativa in materia di responsabilità professionale, risolverebbe pure delicate problematiche emergenti.

I premi dovrebbero venir parametrati dinamicamente alla tipologia di assicurato in base a criteri caratterizzanti. In particolare, le strutture sanitarie potrebbero pagare un premio correlato al volume e alla levatura delle prestazioni erogate; i liberi professionisti in base alla specializzazione; i lavoratori parasubordinati tenendo conto di entrambi i parametri citati, debitamente rivisitati alla luce dei possibili mutamenti dell'agire professionale del soggetto assicurato e di eventuali nuove ipotesi dannose tabellate.

I premi, pertanto, grazie alla loro specifica dinamicità, consentirebbero la soddisfazione della totalità delle pretese risarcitorie fondate senza che le medesime influiscano in maniera dispotica sul costo dell'assicurazione che verrebbe sopportato dalla totalità dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie proporzionalmente coinvolti.

Infine, ricordata l'esistenza di un rodato protocollo d'intesa in materia di collabora-

zione e scambio di informazioni in favore dei soggetti assicurati tra l'Inail e Patronati, per loro stessa natura deputati a tutelare, assistere e rappresentare gratuitamente i lavoratori, si ritiene che esso, data l'importanza sociale, potrebbe venir riproposto, *mutatis mutandis*, nella «infortunistica sanitaria».

Operativamente, il primo passo verso la soluzione auspicata dovrebbe consistere, dopo l'intervento del legislatore, nella determinazione della «lista chiusa» degli eventi risarcibili, comunque in gran parte opzionabili da quelle utilizzate dall'Inail, per successivamente procedere, nella determinazione e quantificazione delle erogazioni, all'estensione del risarcimento al nucleo familiare del danneggiato. Ed è opportuno segnalare che l'utente potrebbe prendere atto delle possibilità di risarcimento normative mediante la sottoscrizione del consenso informato, con cui accetta scientemente la prestazione sanitaria del professionista, una volta valutati i possibili rischi a cui si sottopone.

Naturalmente, nell'eventualità che l'erogazione di indennità secondo tabelle prestabilite venisse considerata insoddisfacente perché insufficiente a riparare gli eventi riconducibili a nuove figure di danno introdotte dalla giurisprudenza legittimando pretese di ristoro del «danno differenziale», si renderebbe necessaria un'elaborazione giurisprudenziale.

Alla luce di quanto esposto pare evidente che la tutela del rischio in sanità debba essere garantita dal legislatore al cittadino-utente di pari passo con la tutela dell'attività professionale del medico, riequilibrando così gli interessi degli attori del sistema salute a prescindere da ipotesi commerciali sovente inquinate dalla disinformazione. Ciò, anche in considerazione del fatto che l'affannosa ricerca di responsabilità in capo al singolo sanitario, così diffusa nel comune sentire, si rivela nella maggior parte dei casi infruttuosa, dato che la responsabilità è da ricercarsi principalmente nella natura stessa del sistema.

Via perseguibile per regolare l'annosa *questio* nel rispetto delle esigenze dell'utenza e degli operatori che, quotidianamente, si assumono l'alea insita nel lecito agire professionale, pare essere quella dell'indennizzo su di un modello mutuabile dall'Inail e già sperimentato a livello internazionale;

un indennizzo standardizzato, erogato a titolo di risarcimento del danno patito, a fronte dell'erogazione di una prestazione sanitaria che, per sua natura, ha causato il medesimo senza discostarsi da un corretto agire professionale.

Qualora battuta, la via proposta potrà porre fine all'ipertrofia del contenzioso sanitario con soddisfazione dell'utente, immediatamente risarcito, e dell'operatore, tutelato nel suo agire professionale, nell'ottica di riparare un danno «lecito» secondo criteri di giustizia distributiva.

### Note

1. MICRA prevedeva condizioni di assicurazione sopportabili dai medici e garanzia di cure per i cittadini. Il

cosiddetto *praetium doloris* veniva limitato a 250.000 \$ ma si prevedevano ulteriori erogazioni di 50.000 \$ ed oltre in caso di spese subentranti.

2. La conciliazione è una risoluzione delle controversie che coinvolge un terzo imparziale chiamato ad assistere le parti guidando ed indirizzando la negoziazione verso un risultato soddisfacente per entrambe modellato sui propri interessi e bisogni; la conclusione sarà una soluzione auto-determinata e creativa grazie all'operare dell'autonomia negoziale delle parti. L'arbitrato è una risoluzione delle controversie disciplinata dal codice civile (art. 806 e seguenti) che coinvolge un soggetto terzo, di norma scelto dalle parti, a cui si affida il ruolo di arbitro; l'arbitro si pronuncia (lodo arbitrale) secondo la soluzione che ritiene maggiormente appropriata secondo diritto o in via equitativa; la conclusione sarà una soluzione eterodiretta e non particolarmente creativa poiché all'arbitro non è riconosciuta l'autonomia negoziale delle parti.

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

- ANSA (2007), *Sanità OMS; Francia la migliore, Italia seconda*, Washington.
- BAKER T. (2005), *The Medical Malpractice Myth*, University of Chicago Press, Chicago.
- BISMARCK M.M., BRENNAN T.A., DAVIS P.B., STUDDERT D.M. (2006a), «Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants», *Medical Journal of Australia*, 185, pp. 203-207.
- BISMARCK M.M., BRENNAN T.A., PATERSON R.J., DAVIS P.B., STUDDERT D.M. (2006b), «Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events», *Quality & Safety in Health Care*, 15, pp. 17-22.
- BISMARCK M., DAUER E., PATERSON R., STUDDERT D. (2006), «Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience», *Canadian Medical Association Journal*, 175, pp. 889-894.
- BISMARCK M., PATERSON R. (2006), «No-fault compensation in New Zealand: harmonizing injury compensation, provider accountability, and patient safety», *Health Affairs*, 25, pp. 278-283.
- BLACKSTONE W. (1768), *Commentaries on the Laws of England*, Vol. 3, Oxford, England: Clarendon Press.
- BOVBJERG R.R. (1989), «Legislation on medical malpractice: further developments and a preliminary report card», University of California, *Davis Law Review*, 22, pp. 499-504.
- BOSSI A. (2007), «Nuove terapie per il contenzioso sanitario», *Judicium. Il processo civile in Italia e in Europa*, Symposium, [www.judicium.it](http://www.judicium.it).
- BRENNER R.J. (1993), «Mammography and malpractice litigation: current status, lessons and admonitions», *American Journal of Roentgenology*, 161, pp. 931-935.
- BRILLA R., EVERS S., DEUTSCHLAENDER A., WARTENBERG K.E. (2006), «Are neurology residents in the United States being taught defensive medicine?», *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 108, pp. 374-377.
- CARLES M. (2003), «Responsabilidad por una practica médica inadecuada: una perspectiva economica», *Gaceta Sanitaria*, 17, pp. 494-503.
- CHEN X.Y. (2007), «Defensive medicine or economically motivated corruption? A Confucian reflection on physician care in China today», *Journal of Medicine and Philosophy*, 32, pp. 635-648.
- CUNNINGHAM W., DOVEY S. (2000), «The effect on medical practice of disciplinary complaints: potentially negative for patient care», *New Zealand Medical Journal*, 113, pp. 464-467.
- CUNNINGHAM W., DOVEY S. (2006), «Defensive changes in medical practice and the complaints process: a qualitative study of New Zealand doctors», *New Zealand Medical Journal*, 119, p. U2283.
- DANZON P.M. (1994), «The Swedish patient compensation system. Lessons for the United States», *Journal of Legal Medicine*, 15, pp. 199-247.
- DAVIS P., LAY-YEE R., FITZJOHN J., HIDER P., SCHUG S. (2002), «Compensation for medical injury in New Zealand: does «no-fault» increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity?», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27, pp. 833-854.

- DEUTSCH A., MCCARTHY J., MURRAY K., SAYER R. (2007), «Why are fewer medical students in Florida choosing obstetrics and gynecology?», *Southern Medical Journal*, 100, pp. 1095-1098.
- FILENI A., MAGNAVITA N. (2006), «A 12-year follow-up study of malpractice claims against radiologists in Italy/Dodici anni di osservazioni sul contenzioso assicurativo radiologico», *Radiologia Medica*, 111, pp. 1009-1022.
- FILENI A., MAGNAVITA N., MAMMI F., MANDOLITI G., LUCÀ F., MAGNAVITA G., BERGAMASCHI A. (2007), «Malpractice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: perceived causes and consequences. Il fenomeno dello stress da malpractice nei radiologi e radioterapisti. Percezione del problema e conseguenze», *Radiologia Medica*, 112, pp. 1069-1084.
- HAVIGHURST C.C., TANCREDI L.R. (1973), «Medical adversity insurance» – A no-fault approach to medical malpractice and quality assurance», *The Milbank Quarterly*, 51, pp. 125-168.
- HUREAU J., HUBINOIS P. (2005), «Responsabilité médicale. Etude comparée de l'indemnisation des préjudices corporels en Europe», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 189, pp. 815-828.
- KACHALIA A.B., MELLO M.M., BRENNAN T.A., STUDDERT D.M. (2008), «Beyond negligence: avoid ability and medical injury compensation», *Social Science & Medicine*, 66, pp. 387-402.
- KESSLER D.P., SAGE W.M., BECKER D.J. (2005), «Impact of malpractice reforms on the supply of physician services», *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 293, pp. 2618-2625.
- KESSLER D.P., SUMMERTON N., GRAHAM J.R. (2006), «Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA», *Lancet*, 368, pp. 240-246.
- LAROS R.K.Jr (2005), «Presidential address: medical-legal issues in obstetrics and gynecology», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192, pp. 1883-1889.
- MARRA A. (2005), «C'è più giustizia per i malati vittime di errori», *Corriere della Sera*, 16 ottobre 2005, p. 57.
- MCCRARY S.V., SWANSON J.W. (1999), «Physicians' legal defensiveness and knowledge of medical law: comparing Denmark and the USA», *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, pp. 18-21.
- MELLO M.M., STUDDERT D.M., BRENNAN T.A. (2003a), «The new medical malpractice crisis», *New England Journal of Medicine*, 348, pp. 2281-2284.
- MELLO M.M., STUDDERT D.M., DESROCHES C.M., PEUGH J., ZAPERT K., BRENNAN T.A., SAGE W.M. (2003b), «Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care», *Annals of Surgery*, 242, pp. 621-628.
- MELLO M.M., STUDDERT D.M., KACHALIA A.B., BRENNAN T.A. (2006), «Health Courts» and accountability for patient safety», *The Milbank Quarterly*, 84, pp. 459-492.
- MELLO M.M., STUDDERT D.M., SCHUMI J., BRENNAN T.A., SAGE W.M. (2007), «Changes in physician supply and scope of practice during a malpractice crisis: evidence from Pennsylvania», *Health Affairs*, 26, pp. 425-435.
- MIKKONEN M. (2001), «The Nordic model: Finnish experience of the patient injury act in practice», *Medicine and Law*, 20, pp. 347-353.
- MOHR J.C. (2000), «American medical malpractice litigation in historical perspective», *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 283, pp. 1731-1737.
- ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ROMA (2006), *Accordia. Dal conflitto alla conciliazione*, Roma, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
- PAGNI I. (2006), «Problemi e prospettive nella gestione delle liti in materia di responsabilità medica», *Medico e Società*, pp. 38-42.
- SCHOENBAUM S.C., BOVBERG R.R. (2004), «Malpractice reform must include steps to prevent medical injury», *Annals of Internal Medicine*, 140, pp. 51-53.
- SCHRAPPE M. (2005), «Patientensicherheit und Risikomanagement», *Medizinische Klinik*, 100, pp. 478-485.
- SLOAN F.A. (1985), «State responses to the malpractice insurance «crisis» of the 1970s: an empirical assessment», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 9, pp. 629-646.
- STUDDERT D.M., BRENNAN T.A. (2001), «No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention», *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 286, pp. 217-223.
- STUDDERT D.M., MELLO M.M., BRENNAN T.A. (2004), «Medical malpractice», *New England Journal of Medicine*, 350, pp. 283-292.
- STUDDERT D.M., MELLO M.M., GAWANDE A.A., GANDHI T.K., KACHALIA A., YOON C., PUOPOLO A.L., BRENNAN T.A. (2006), «Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation», *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 2024-2033.
- STUDDERT D.M., MELLO M.M., SAGE W.M., DESROCHES C.M., PEUGH J., ZAPERT K., BRENNAN T.A. (2005), «Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment», *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 293, pp. 2609-2617.
- TOMCZAK R., SCHNABEL S., ULRICH P., BRAMBS H.J., RILINGER N., NIERHOFF C. (2006), «Frequency and causes of civil and criminal proceedings in radiology. Analysis of a survey», *Radiologe*, 46, pp.557-566.
- TOWSE A., DANZON P. (1999), «Medical negligence and the NHS: an economic analysis», *Health Economics*, 8, pp. 93-101.
- WEILER P.C. (1991), *Medical malpractice on trial*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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

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

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

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

#### Articoli in riviste

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

#### Rapporti/Atti

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

#### Non pubblicati

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

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

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

# Relazioni introduttive Convegno Amaris

## Sanità: assicurare i rischi o il rischio dell'assicurazione?

*Stante l'attualità del tema e la presenza in questo numero di un altro contributo sul rischio e la sua gestione, pubblichiamo di seguito le due relazioni di taglio aziendale che hanno aperto il convegno «Sanità: assicurare i rischi o il rischio dell'assicurazione?» tenutosi a Milano il 16 ottobre 2007, organizzato dalla associazione AMARIS.*

*L'Associazione AMARIS sorge per promuovere, coordinare e svolgere attività di ricerca, di base e applicata, a livello nazionale ed internazionale, in temi relativi al sistema sanità ed alla salute delle persone nelle sue varie forme. Questo obiettivo è perseguito attraverso un approccio di ricerca interdisciplinare che implica competenze cliniche, economico aziendali, economico assicurative, giuridiche, finanziarie, ingegneristiche, quantitative, ed utilizza le metodologie tipiche di tali discipline e di ogni altra disciplina.*

*Alla Associazione AMARIS partecipano il Centro di Ricerca per le Assicurazioni e la Previdenza (CERAP), il Centro di Ricerca per la Gestione dell'Assistenza Sanitaria (CERGAS), entrambi dell'Università Bocconi, il Centro di Management Sanitario (CMS) della Facoltà di Medicina e Chirurgia Università Politecnica Marche, il Centro Universitario di Studi sull'Amministrazione Sanitaria (CUSAS) della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze.*

C  
O  
N  
V  
E  
G  
N  
O  
  
A  
M  
A  
R  
I  
S





# Sistemi di assessment del rischio tra azienda sanitaria e settore assicurativo

MANUELA BRUSONI, ELISABETTA TRINCHERO

*The article aims at analysing the contribution of accreditation systems to risk assessment and management in Health Care Organisations. The first step is to explore the links between accreditation and outcome, from one hand looking at the key standards focused on risk dimensions (including drug administration, surgical procedures, technological equipment, premises maintenance, health care associated infections), from the other hand analysing the available evidence of the correlation between standards compliance and outcome improvement. The second step is to understand the possible impact of accreditation on risk management decisions (retention, reduction or insurance) both from the individual organisation perspective and from the insurance company perspective. Finally some suggestions are presented for a possible new approach to risk assessment, considering also quality process indicators and focussing on key risk areas.*

Keywords: patient safety, clinical risk management, hospital accreditation system

Parole chiave: sicurezza del paziente, risk management clinico, sistema di accreditamento ospedaliero

## Note sugli autori

Manuela Brusoni SDA-Bocconi e AMARIS  
Elisabetta Trincherò SDA-Bocconi e AMARIS

## Attribuzione

Pur essendo frutto di un lavoro congiunto, i §§ 1, 3 e 4 devono essere attribuiti a M. Brusoni e i §§ 2 e 5 a Elisabetta Trincherò

## 1. Introduzione

L'assistenza sanitaria è un'attività ad alto rischio. Ciò significa che può essere assimilata a buon diritto all'industria nucleare, aeronautica, aerospaziale. Questa consapevolezza è relativamente recente e si è diffusa tra gli operatori del settore direttamente coinvolti nell'erogazione dell'assistenza sanitaria (professionisti, amministratori, manager) in modo tutt'altro che spontaneo a seguito di rapporti pubblici di forte impatto e di contenuto deciso e poco accondiscendente nei confronti delle parti coinvolte.

A livello internazionale, si fa riferimento, ad esempio, al messaggio di allarme diffuso nell'ormai universalmente noto e citato «To err is human: building a safer health system» del 1999 redatto a cura dell'americano Institute of Medicine (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999), o all'altrettanto emblematico, se non più duro, rapporto della Commissione d'inchiesta avviata a seguito di alcuni eventi drammatici denunciati nella *Bristol Royal Infirmary* (BRI Inquiry Final Report, 2001) in cui si registravano diverse carenze, tra cui il fatto che: i bisogni dei bambini ricoverati non erano una priorità, mancava un approccio alla valutazione della qualità dei servizi offerti, il sistema di offerta dei servizi si basava su un'organizzazione povera e carente, la sicurezza non era presa in considerazione (*There was too little recognition that the state of buildings and of equipment, and the training of the staff, could cause harm to the children*). Lo stesso rapporto Shipman (The Shipman Inquiry, 2004) ha evidenziato la pressante necessità di incoraggiare la classe medica in Gran Bretagna al mantenimento e

## SOMMARIO

1. Introduzione
2. Correlazione tra accreditamento e outcome: better system, better care?
3. Correlazione tra accreditamento e gestione del rischio e della sicurezza
4. Criteri specifici per la gestione del rischio nei sistemi di accreditamento istituzionale
5. Conclusioni

sviluppo di competenze aggiornate ed adeguate ai nuovi bisogni assistenziali.

A livello italiano, l'attenzione alle multi-formi problematiche del rischio in ambiente sanitario ha incominciato a diffondersi troppo spesso con approccio reattivo ed a seguito delle pressioni derivanti da segnali «esterni» alla cosiddetta *Health Care Industry*. Tra questi ricordiamo:

- la crescente attenzione e denuncia delle conseguenze negative a carico dei pazienti di prassi assistenziali rischiose e/o dannose e poco sicure, sostenuta dalle Associazioni di tutela dei malati, di cui in Italia la capostipite è il Tribunale del malato/Cittadinanza attiva;

- la crescente reattività dei cittadini, sempre meno tolleranti verso la fallibilità della scienza medica e a volte vettori inconsapevoli di attese irrealizzabili;

- la crescente difficoltà ad operare in questo contesto manifestata dal mondo delle assicurazioni che, nell'occuparsi di rischi professionali e sanitari, ha verificato direttamente sulle proprie performance la difficoltà di mappare con strumenti consueti la situazione di rischio del settore sanitario ed ha constatato la necessità di costruire strumenti *ad hoc* per un inquadramento ed una previsione della situazione di rischio di un'azienda sanitaria, al fine di valutarne e deciderne le condizioni di «assicurabilità»;

- la crescente attenzione alla sicurezza da parte del «terzo pagante», che sta ricercando metodi e strumenti di comprensione più sofisticati di quelli in uso da applicare con sistematicità e trasparenza al fine di valutare in termini certi la corrispondenza dei servizi erogati con i livelli di qualità promessi e dichiarati dai produttori.

In questo contesto, in occasione del convegno di AMARIS (Assicurazione e Management dei Rischi in Sanità) del 17 ottobre 2007, è stata presentata una prima indagine, a livello generale e di contesto sanitario italiano, sul possibile legame esistente e rilevabile tra «sistemi di accreditamento», «sistemi di gestione del rischio e della sicurezza» e «decisioni di assicurazione». In particolare, si è proposto un primo approfondimento sulla capacità e modalità dei sistemi di accreditamento di influenzare la funzione di gestione del rischio e della sicurezza a livello di azien-

da sanitaria e quindi di influenzare il grado di sicurezza della struttura, dei processi di erogazione dei servizi sanitari e soprattutto dell'*outcome*/performance finale sull'utente (*patient safety*).

In estrema sintesi, dunque, gli ambiti di ricerca proposti sono, da un lato la correlazione tra accreditamento e *outcome*/performance, dall'altro la correlazione tra accreditamento ed assicurazione, infine la correlazione tra accreditamento e modelli aziendali di gestione del rischio e della sicurezza. Nel § 2 si presentano le principali evidenze sulla correlazione tra accreditamento/*outcome*/assicurazione, nel § 3 si analizza il ruolo dei sistemi di qualità e di accreditamento nel dare un contributo ad una lettura sistemica della problematica del rischio clinico e della sicurezza delle organizzazioni sanitarie, nel § 4 si focalizza l'attenzione sulla relazione tra sistemi di accreditamento istituzionale e modelli emergenti di gestione del rischio e della sicurezza a livello italiano (figura 1).

## 2. Correlazione tra accreditamento e *outcome*: *better system, better care*?

Con «accreditamento» intendiamo l'applicazione di standard di buone prassi riconosciute a livello nazionale ed internazionale al fine di garantire un livello accettabile di performance delle aziende sanitarie, attraverso l'attestazione da parte di un ente esterno. Obiettivo di un processo di accreditamento è dunque quello di individuare le aziende sanitarie che erogano servizi accettabili per le diverse categorie di *stakeholder* (tra cui ricordiamo pazienti, dipendenti ed enti pagatori).

Tuttavia l'area di studio relativa alla correlazione tra accreditamento e *outcome*/performance rappresenta a tutt'oggi la frontiera della ricerca per gli enti di accreditamento, tra cui ricordiamo i principali e cioè JC - *Joint Commission* (Miller *et al.*, 2005), CCHS - *Canadian Council on Health Services Accreditation*, ACHS - *The Australian Council on Healthcare Standards*. È proprio in Australia che si sta attualmente conducendo il più ambizioso progetto di ricerca sul tema, teso appunto ad esaminare la relazione tra accreditamento e performance organizzativa e clinica con metodi qualitativi e quantitativi. Esso ha due livelli di focalizzazione, proponendosi di indagare da un

**Figura 1**  
L'oggetto dell'osservazione



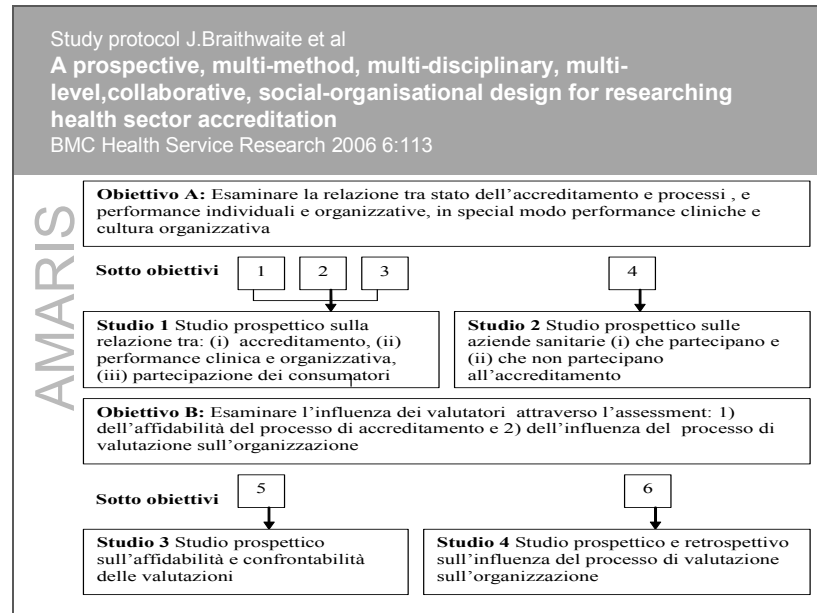
alto le relazioni tra *status* di accreditamento/processi e performance e dall'altro l'affidabilità e influenza del sistema di accreditamento stesso (Braitwaite *et al.*, 2006; cfr. **figura 2**). Anche in Paesi dove da decenni si investe per l'applicazione dei sistemi di accreditamento, la ricerca sul grado di correlazione tra accreditamento e performance clinica ed organizzativa è ancora molto limitata e non ha prodotto risultati apprezzabili, soprattutto per la indisponibilità di misure adeguate di *outcome*. Al momento alcune ricerche presenti in letteratura evidenziano una debolezza della relazione tra *status* di accreditamento ed indicatori di performance ed enfatizzano la necessità di rivalutazione continua degli strumenti di misurazione per aumentare l'affidabilità delle informazioni che veicolano (Casile *et al.*, 2002). Inoltre si dimostra debole l'evidenza empirica di miglioramento delle performance attraverso l'adozione delle prassi suggerite da alcuni dei principali modelli di eccellenza, tra cui ricordiamo i criteri del *Malcolm Baldrige Quality Award* (MBQA), il modello di eccellenza dell'*European Foundation Quality Management - EFQM* (Excellence award models) e il

modello del *Chronic Care* (Minkman *et al.*, 2007). Infine, si cita «The Leapfrog Group» (cfr. [www.leapfroggroup.org](http://www.leapfroggroup.org)), un programma volontario che promuove la trasparenza e l'accesso alle informazioni correlate ai servizi sanitari erogati, con la finalità di evidenziare alle diverse categorie di utenti i diversi livelli di *safety* e qualità delle strutture sanitarie americane. Nell'indagare le evidenze di efficacia delle prestazioni sanitarie, oltre naturalmente a presentare sullo sfondo «anche» gli esiti del processo di accreditamento *Joint Commission*, propone un *panel* di indicatori su specifici ambiti, tra cui, ad esempio, ricordiamo la presenza/assenza all'interno di una azienda del CPOE - *Computer Physician Order Entry*, comprovato strumento di prevenzione dei cosiddetti «medication errors» (Poon *et al.*, 2004).

Nonostante ciò, un orientamento diffuso sostiene che i benefici dell'accreditamento siano diversi ed in particolare attengano alle seguenti aree (i) miglioramento della qualità dei servizi erogati; (ii) esplicitazione e documentazione dei processi; (iii) promozione di *teamworking* efficace; (iv) governo (diminuzione) dei costi; (v) miglioramento della

CONVEGNO AMARIS

**Figura 2**  
Progetto di ricerca



cultura organizzativa (Griffin *et al.*, 2002). Il fatto che sia a livello internazionale sia a livello nazionale non siano ancora disponibili risultati di una ricerca empirica *super partes* a sostegno del positivo impatto tra accreditamento e outcome dovrebbe spingere il regolatore italiano a considerare prioritario investigare tale relazione. In questa direzione sembrano, infatti, spingere anche i sistemi di «Pay for performance», che muovono dalla possibilità/capacità di rilettura dell'affidabilità del processo e dell'attestazione e rivalidazione delle competenze dei professionisti da parte dell'ente pagatore (Lindenauer *et al.*, 2007).

In mancanza di misure di performance adeguate, come *proxy* della capacità dei sistemi di accreditamento di influenzare il livello di sicurezza del paziente, si è proposto di analizzare la capacità e la volontà del mondo delle assicurazioni di rileggere il profilo di rischio delle aziende sanitarie in funzione della loro pro-attività in termini di governo della dimensione della sicurezza e non solo in termini di analisi della sinistrosità pregressa, andando a mappare il flusso delle informazioni disponibili e la loro attendibilità, esaustività e confrontabilità.

Per quanto riguarda questo secondo ambito di ricerca, l'approccio emergente, pur in assenza di evidenze generalizzabili, sembra essere quello di inquadrare il problema da una prospettiva diversa: anziché partendo esclusivamente dall'analisi della sinistrosità pregressa e dunque dalla mappatura retrospettiva degli eventi avversi, il profilo di rischio dell'azienda sembra venire costruito anche attraverso la valutazione dell'affidabilità dell'organizzazione.

Per quanto attiene il campo delle assicurazioni individuali per *medical liability*, il passaggio a questa nuova prospettiva sembra abbia prodotto all'interno degli Stati Uniti il contenimento dei premi assicurativi insieme al miglioramento dell'outcome attraverso la promozione dell'impegno attivo da parte del soggetto assicuratore e del soggetto assicurato alla prevenzione del rischio, attraverso, tra gli altri, la predisposizione di programmi di formazione e accompagnamento/tutoraggio (cfr. tra gli altri, COPIC's 3Rs Program, 2004).

Per quanto attiene il campo delle assicurazioni a livello di organizzazione, esistono, sempre a livello internazionale, evidenze del

passaggio di questa prospettiva su altri settori, quali vigili del fuoco e polizia.

Infine, come chiosa al legame tra accreditamento inteso come attestazione di buone prassi ed effetti riconosciuti dal mercato a tale attestazione, si desidera citare la recente esperienza del Servizio di protezione aziendale della Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento. L'attività di tale servizio, trasversale a tutta l'Azienda, ha avuto l'attestazione della certificazione ISO 9001:2000, e si appresta a muoversi verso l'obiettivo più ambizioso della certificazione Ohsas 18001 (*Occupational Health and Safety Assessment Series*). Citando quanto l'azienda stessa afferma «... in tema di sicurezza dei lavoratori, nel 2005 l'Apss ha dimostrato all'Inail di possedere requisiti di sicurezza superiori a quelli prescritti per legge ed ha ottenuto dall'Inail uno sconto sul premio assicurativo pari al 5% (il premio annuale è di circa 3 milioni di euro), a testimonianza che il sistema di gestione della sicurezza dei lavoratori garantisce livelli di rischio più bassi rispetto a quelli di altre aass. L'approccio da parte dell'Apss alla gestione dei rischi in ambito sanitario prevede l'integrazione dei due sistemi per la sicurezza dei lavoratori e quella dei pazienti».

### 3. Correlazione tra accreditamento e gestione del rischio e della sicurezza

Se partiamo dal presupposto, accettandolo e condividendolo, che l'errore in medicina debba essere visto come frutto «di sistema» e «di processo», non tanto e non più come «punto singolare» avulso dal contesto operativo e culturale che l'ha generato, possiamo considerare i modelli sistemici di valutazione delle organizzazioni sanitarie come supporti utili ad una analisi e diagnosi del rischio.

Uno schema concettuale robusto ed efficace per l'analisi integrata del sistema organizzativo dell'azienda sanitaria è fornito dai sistemi di qualità/di accreditamento/di eccellenza organizzativa, come vengono variamente appellati. Tali sistemi, già da diversi anni introdotti in Italia, vuoi a livello di singola azienda sanitaria, vuoi a livello di sistema regionale, anche se con diversi gradi di profondità e di efficacia in tutte le regioni italiane (Brusoni, Deriu, 2005), possono aiu-

tare ad inquadrare il problema della sicurezza e dei rischi nel più ampio sistema aziendale.

I sistemi di valutazione esterna della qualità, tra cui i cosiddetti sistemi di accreditamento all'eccellenza, mettono a fuoco, tra gli aspetti che costruiscono la qualità di un'organizzazione, i processi e le metodologie di controllo, monitoraggio e prevenzione dei rischi, sotto diversi profili. L'approccio da essi proposto può avere diverse implicazioni per il governo del rischio da parte dell'azienda e costituire una fonte informativa per gli *stakeholder*. In particolare:

– da una prospettiva «interna» all'azienda sanitaria, i sistemi di accreditamento sottolineano (i) l'importanza di una visione organica e sistemica anche per le problematiche del *risk management*, anziché «puntuale» su problemi scissi dal contesto complessivo che li ha prodotti, (ii) una conseguente lettura e conoscenza dei processi come preludio al controllo dei risultati, (iii) la necessità di non limitarsi alla visione degli indicatori di performance per un giudizio di qualità e sicurezza dell'organizzazione in esame, ma di risalire ai processi che li hanno generati e di effettuare *benchmarking* su dati effettivamente confrontabili. Tale ultimo aspetto è cosa assolutamente non scontata, tuttavia più verosimile in gruppi di confronto che condividono le stesse modalità di accreditamento;

– da una prospettiva «esterna», un buon modello di accreditamento può essere un filtro per la comprensione efficace della sicurezza complessiva di un'azienda sanitaria, o comunque una *proxy* non trascurabile, qualora l'affidabilità del sistema sia accettata dalla comunità scientifica e professionale di riferimento.

I sistemi di accreditamento propongono standard concernenti prassi, processi, modalità di governo delle aziende sanitarie, sia gestionali sia tecnico professionali, che godono di largo consenso nella comunità scientifica e nel settore professionale di appartenenza, rappresentativi dello stato dell'arte a livello internazionale. L'adesione a tali criteri, o il loro rispetto attestato da una terza parte, implicano una qualità organizzativa d'alto livello a garanzia delle performance complessive, siano esse cliniche, gestionali, economico

finanziarie e di soddisfazione dei destinatari dei servizi.

Non tutti i sistemi di accreditamento attivi in sanità sono egualmente completi, esigenti e saldamente ancorati alle evidenze raccolte sul campo dell'efficacia degli standard proposti.

In questa sede si fa riferimento ad alcuni modelli di matrice anglosassone, che si sono originati a partire dal modello sviluppato negli USA dalla *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* ([www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)), che per longevità e base di organizzazioni monitorate, tra cui anche diversi ospedali italiani, può essere considerato un riferimento metodologico esauriente. L'analisi di ciascuno di essi può fornire utili spunti da cui partire per sviluppare un insieme di raccomandazioni e linee guida applicabili nel nostro sistema sanitario.

Il sistema statunitense osserva con attenzione prioritaria i processi sanitari, distinguendoli in «attività centrate sul paziente» e in «attività organizzative». Successivamente richiede la misurazione ed il monitoraggio di diverse classi di indicatori. Infine, e questa è un'aggiunta recente, richiede che l'organizzazione accreditata svolga ogni anno almeno un'analisi preventiva dei rischi, in un ambito di sua scelta. È possibile riconoscere in filigrana, da un'attenta disamina dell'intera lista di standard, uno schema descrittivo della sicurezza/rischio organizzativo e clinico, che può essere definito *albero del rischio*. Tale schema si articola in tre aree fondamentali: immobili, dotazioni «mobili» (ad esempio materiali di consumo, tecnologie...) e persone (pazienti, lavoratori, visitatori). Per ciascuno di questi fattori, una cattiva gestione dei quali può indurre errori e malfunzionamenti, vengono proposti uno o più standard di buone prassi, centrati sui processi, e le procedure da mettere in atto per la loro sorveglianza attiva, legati anche questi ad opportuni indicatori da rilevare regolarmente. *Joint Commission* così definisce il *risk management*: «L'insieme delle attività cliniche ed amministrative che le organizzazioni intraprendono per identificare, valutare e ridurre il rischio di danni ai destinatari delle cure, al personale e ai visitatori, e il rischio di perdite per l'organizzazione stessa». In questo senso, la gestione del rischio ha collegamenti logici ed operativi con gli aspetti clinici e

assistenziali del processo di trattamento dei pazienti, con la sicurezza dei pazienti e con il miglioramento delle performance aziendali. Di conseguenza si rinforza anche il legame con il processo di evoluzione della funzione di *risk management*, da reattiva a proattiva, da un ruolo di protezione dai danni e dagli eventi avversi ad un monitoraggio di tutte le possibili fonti di rischi e perdite originate da tutte le aree aziendali. Chi si occupa di gestione del rischio ha differenti profili, collocazioni e responsabilità in funzione delle differenti tipologie di aziende in cui operano. La differenza rilevante che viene considerata è attinente alla tipologia di attività e di assetto dell'azienda, sia essa un ospedale, una lungo degenza, un ambulatorio, non quindi alla specialità/disciplina medica in sé. In ogni caso, benché con diversi gradi di ampiezza, i rischi che devono essere gestiti sono in genere riconducibili a: (i) rischi «di business», legati alla *governance* ed al ruolo istituzionale e strategico di un'azienda (rispetto della legislazione, rapporti con il personale, conflitti di interesse, contrattualistica...); (ii) rischi operativi/ produttivi, legati alla gestione dello «stabilimento» (sistemi informativi, gestione degli immobili e delle tecnologie, protezione dei beni e delle persone – la cd *security* – sicurezza del personale...); (iii) rischi clinici, comunicazione coi pazienti/famiglie, cartelle e documentazione clinica, gestione dei reclami, emergenza, smaltimento dei rifiuti pericolosi, educazione sanitaria e via dicendo...).

Gli stessi elementi chiave sono presidiati da altri due sistemi di accreditamento, quello canadese, gestito dal *Canadian Council for Health Services Accreditation* ([www.cchsa.ca](http://www.cchsa.ca)) e quello australiano gestito dall'*Australian Council on Health Care Standards* ([www.achs.org.au](http://www.achs.org.au)). Tali modelli, a differenza di quello americano, enucleano il pacchetto di requisiti e criteri specificamente focalizzati sulla sicurezza e sul rischio dedicando ad essi un capitolo specifico nel manuale contenente gli standard di accreditamento, e si centrano sugli stessi elementi focali. Infatti, sia nel capitolo canadese, denominato *Environment*, sia in quello australiano, denominato *Safe Practice and Environment*, i punti centrali da presidiare sono i seguenti:

– *Sicurezza delle persone*: i rischi a cui possono essere sottoposte le persone nell'organizzazione (pazienti, visitatori, personale) sono minimizzati. Ciò significa un presidio attivo dell'ambiente fisico in cui tutte le persone, con vari ruoli ed attività, si muovono, che si sostanzia in un programma strutturato e documentato di gestione del rischio ispirato ai principi di sicurezza e rispettoso degli obblighi di legge. Nello specifico il sistema australiano dedica particolare attenzione alla consapevolezza di questo fine da parte dei ruoli di vertice, incluso il Direttore generale, ed alla comprensione ed adeguata preparazione di tutto il personale. Più in dettaglio i punti focali sono: la salute e sicurezza del personale (*safety*), la protezione attiva dai danni (*security*), prevenzione e protezione dagli incendi, pianificazione delle emergenze, sicurezza dalle radiazioni. Viene esplicitamente richiesta la presenza di un sistema di rilevazione degli incidenti per l'identificazione, l'analisi delle cause e l'implementazione di azioni correttive e preventive;

– *Controllo delle infezioni*: attraverso un programma di controllo interdisciplinare, basato su politiche e procedure documentate, l'organizzazione dimostra un approccio efficace, sistematico ed esteso a tutta la struttura;

– *Beni immobili/edifici*: progettazione, *lay-out* e manutenzione degli edifici assicurano un ambiente sicuro e confortevole, con adeguati spazi di *privacy* per i pazienti. In particolare, gli impianti elettrici, di ventilazione, idrici sono sempre adeguatamente controllati ed hanno modalità di funzionamento per le emergenze;

– *Beni mobili* (equipaggiamento e dotazioni tecnologiche/beni di funzionamento): devono essere funzionali ed idonei a supportare l'attività dell'organizzazione. Particolare cura deve essere posta nelle modalità di acquisto, dalla programmazione, alla selezione (ACHS: «The procedure must consider the intended use, cost benefits, infection control, safety, waste creation and disposal, storage»), all'utilizzo da parte di personale adeguatamente preparato (CCHSA: «The organization uses equipment, supplies, medical devices and space safely, efficiently and effectively»);

– *Manutenzioni*: L'organizzazione ha una politica documentata per un processo

di manutenzione sistematico, svolto solo da persone adeguatamente preparate allo scopo, aggiornato rispetto alle prescrizioni dei fabbricanti per quanto riguarda le tecnologie, e basato su un programma di ristrutturazione ed adeguamento delle strutture per gli edifici.

Una focalizzazione particolare è data al risparmio energetico ed alla tutela ambientale: «Environmental sustainability: waste, reuse reduction and recycling, without compromising safety» (ACHS); «The organization works with the community and other organizations to improve the health of the environment» (CCHSA). Infine, si sottolinea l'importanza della valutazione continua dei programmi di gestione del rischio: «To minimize risk, resolve problems, and ensure quality, the organization continually evaluates its processes for managing the environment and the results of those processes» (CCHSA).

In Europa si possono citare diverse esperienze nazionali sul tema della sicurezza, tra cui si desidera ricordare la Francia, forse tra le prime ad essersi focalizzata sul tema, a seguito di un episodio di grande impatto, la cosiddetta « crisi del sangue infetto » alla metà degli anni '80, durante la quale un gran numero di pazienti contrasse l'HIV a seguito di trasfusioni contaminate, per cui furono incriminati anche l'allora Primo ministro ed il Ministro della sanità. Tale crisi costituì uno dei fattori di avvio di un processo di ri-orientamento politico sui temi della sicurezza del paziente, con il supporto di una specifica produzione legislativa. Si partì (1984-2002) con la produzione ed implementazione di linee guida di buone prassi sulle classiche problematiche della sicurezza, tra cui: i farmaci, il sangue e d emoderivati, le tecnologie, le infezioni da assistenza sanitaria, le condizioni tecniche di svolgimento di alcune attività ad alto rischio (anestesia, chirurgia ambulatoriale, cure perinatali). Successivamente (2002-2007) la necessità di progredire verso una maggiore integrazione del sistema di governo della sicurezza ha portato a ridefinire il ruolo e la *mission* della HAS (*Haute Autorité de Santé*) che, insieme al Ministero della sanità, si occupa di rinforzare l'organizzazione degli ospedali per il presidio della sicurezza, per cui sono state prodotte due guide su sistemi organizzativi e principi e metodi per la si-

curezza del paziente e la gestione del rischio. HAS ha in particolare 5 ambiti di attività relativamente al *patient safety*:

1) il programma di accreditamento delle organizzazioni sanitarie valuta l'implementazione di tutte le attività per la sicurezza del paziente;

2) il programma di accreditamento dei professionisti e dei *team* medici che si occupano di attività ad alto rischio è basato sulla rilevazione dei *near-misses* e sul processo di apprendimento che ne deriva;

3) un dipartimento dedicato all'informazione del paziente ed alla mediazione è a disposizione anche dei singoli pazienti che desiderano un supporto;

4) un dipartimento per la valutazione delle procedure a rischio produce raccomandazioni per la loro esecuzione, indicando i requisiti di qualificazione professionale e di *training* per le persone e le dotazioni tecnologiche necessarie per una loro corretta esecuzione;

5) un dipartimento che supervisiona le linee guida cliniche e produce raccomandazioni per la riduzione del rischio ad esse associato.

Data la rilevanza assunta dal tema della riduzione degli errori e dalla creazione di un sistema organizzativo più sicuro, il lavoro di consolidamento delle ricognizioni sul campo effettuato dalla *Joint Commission* a seguito delle visite di *audit* e di accreditamento, è confluito, come peraltro auspicato ed atteso dal WHO, in due *set* di indicazioni pratiche per la comunità internazionale: (i) gli *International Patient Safety Goals* e (ii) le *Patient Safety Solutions*. Gli IPSP sono stati introdotti nel sistema di accreditamento nel 2006 e dal gennaio 2007 vengono progressivamente utilizzati come criteri di verifica, in aggiunta agli standard del modello già esistenti, per la decisione di accreditamento. Accanto agli IPSP sono state anche sviluppate indicazioni basate sull'evidenza raccolta sul campo delle principali soluzioni raccomandate per intervenire in alcune situazioni a rischio. Esse sono destinate a risolvere o prevenire l'accadimento dei più frequenti errori. Merita, infine, una citazione la recente inclusione nell'ultima edizione 2007 del modello di standard internazionali per l'accreditamento JCI l'evidenza che è stata conferita all'area

della sicurezza del paziente. È stato, infatti, creato un capitolo di standard autonomo, che sviluppa e rinforza in modo più organico e sistematico tutto l'ambito della sicurezza del paziente. In particolare nel capitolo di standard «Patient safety» si sottolinea anche che uno degli ambiti ritenuti rilevanti per la riduzione dei rischi consiste nel stimolare l'organizzazione sanitaria a creare una cultura per la sicurezza.

#### 4. Criteri specifici per la gestione del rischio nei sistemi di accreditamento istituzionale

Per quanto riguarda la realtà italiana, il processo di introduzione dell'accreditamento nel Servizio sanitario nazionale, annunciato nel 1992 (D.L.vo 502/92), successivamente articolato e specificato nel 1997 (D.P.R. 14/01/97) e nel 1999 (D.L.vo 229/99), e poi affidato alle Regioni, anche in forza delle modifiche costituzionali intercorse nel 2001 (Riforma Titolo V della Costituzione), si configura oggi come sommatoria di sistemi regionali. Dopo un'iniziale adesione corale ed un interesse diffuso da parte degli addetti ai lavori, la messa a regime ed il perfezionamento del proprio sistema di accreditamento da parte di un nutrito gruppo di Regioni, sembra subire una fase di stasi e di slittamento verso un livello di priorità secondario (Brusoni, Prenestini, Luzzi, Merlino, 2007). Come quadro di sintesi dell'approccio italiano all'accreditamento, si riportano i punti di attenzione evidenziati nel Rapporto Oasi 2007: (i) *Elevato grado di diversificazione tra le diverse Regioni*. Gli assetti evidenziati creano un panorama differenziato e solo limitatamente confrontabile, sia per le azioni (che cosa gli standard richiedono di fare), sia per gli effetti (in che modo vengono misurati e quali indicatori si rilevano) sia per la qualità dei dati (attendibilità e possibilità di *benchmarking* significativi); (ii) *Equivalenza implicita accreditamento-convenzione*. In attesa di un sistema di accreditamento a regime, si coniano molte situazioni intermedie o temporanee di accreditamento provvisorio, o si vincolano le decisioni di accreditamento, che dovrebbero essere basate sulla rispondenza a requisiti, a tetti di prestazioni finanziabili dalla regione. (iii) *Scarsa disponibilità di informazioni «pubbliche» sui ri-*



sultati del processo e sulle variabili indagate da cui si potrebbe desumere una ancora limitata attenzione al processo di comunicazione come strumento di progressiva trasparenza verso tutti gli interlocutori del sistema. (iv) *Incertezza sul «valore» del processo.* Da ultimo sembrerebbe di poter inferire, da alcune situazioni di provvisorietà dei requisiti e di mancato avvio del sistema, un legame tra un aspetto «soft», di incertezza rispetto al valore di un processo attivo di accreditamento, ed un aspetto decisamente più tangibile, legato alle risorse necessarie per alimentare il sistema.

Seppure con i limiti appena evidenziati, anche in Italia, l'attenzione posta dai sistemi di accreditamento a tutte le attività a maggior contenuto di rischio può assumere la veste di vettore principale per le Regioni nel trainare le aziende del territorio ad una attenzione prioritaria verso gli errori, la loro individuazione e prevenzione. Infatti, l'inclusione di specifici criteri per la gestione del rischio è un orientamento che si sta diffondendo e che ha già prodotto in alcune Regioni effetti concreti nei modelli di accreditamento istituzionale. Tale scelta, anche nelle Regioni che non l'hanno ancora esplicitamente tradotta in strumenti ufficiali, si sta manifestando come un passo non solo opportuno, ma anche come la strada più logica da percorrere per rafforzare la centralità della sicurezza nelle priorità strategiche da perseguire da parte di ogni azienda sanitaria. Regioni come Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia, ad esempio, hanno già formalmente collegato accreditamento e gestione del rischio (Brusoni, Cosmi, Trincherò, 2006).

Nella *Regione Lombardia* ciò non ha richiesto un'azione dedicata, ma una scelta di fondo legata all'adozione del modello di standard di accreditamento internazionali della *Joint Commission*. Come già accennato, nel modello americano il presidio delle aree ad alto rischio e l'attenzione alla sicurezza sono direttamente incorporati nell'articolazione complessiva dei requisiti per l'accREDITAMENTO, ad esempio laddove si promuovono azioni per il controllo del processo di gestione del farmaco, della sicurezza delle strutture, dell'organizzazione delle azioni di emergenza, della prevenzione delle infezioni nosocomiali.

Nella *Regione Veneto* la gestione del sistema di accreditamento istituzionale è stata attribuita dall'agosto 2004 all'Agenzia regionale socio-sanitaria (Arss, attivata nella primavera del 2003), che ha iniziato a rielaborare il Manuale per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture del Ssr, arricchendolo attraverso il confronto con le esperienze internazionali. In particolare, tra i requisiti ulteriori aggiunti con distinto allegato, si è previsto di focalizzare su alcuni aspetti innovativi l'attenzione della AASS, invitandole a dotarsi di modalità organizzative atte a presidiare «governo del rischio, rischio clinico, principi da tutelare con i LEA», per un «percorso di miglioramento continuo della qualità» (Deliberazione della Giunta regionale della Regione Veneto, n. 2501, del 6 agosto 2004). L'Arss ha di conseguenza ritenuto di importanza rilevante tra le priorità strategiche della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie il tema della gestione del rischio clinico. È stato quindi costituito un Gruppo di lavoro denominato «Gestione del rischio clinico» e composto da medici di area igienico-organizzativa, medici legali e da un dirigente infermieristico, che ha messo a punto i sopra citati requisiti relativi alla gestione del rischio clinico inclusi nel sistema di accreditamento istituzionale della Regione Veneto. Nel 2006, il Gruppo di lavoro si era dato i seguenti obiettivi: (i) messa a punto di strumenti aziendali (tra cui un modello di scheda di segnalazione, per l'avvio di un sistema volontario di *incident reporting*, modalità di attuazione di interventi di *risk management* su documentazione clinica, farmacopea, comunicazione, monitoraggio degli eventi avversi ed altro ancora); (ii) interventi di realizzazione di un sistema informativo regionale (tra cui gestione dei reclami degli utenti e monitoraggio di dati conoscitivi sul rischio clinico, analisi e monitoraggio degli eventi avversi a partire dalle Sdo, realizzazione di un Osservatorio regionale del rischio); (iii) interventi di natura organizzativa (approfondimento del modello operativo di Unità di gestione del rischio ed applicazione sperimentale presso alcune AASS, predisposizione di nuovi strumenti per la formazione).

La *Regione Emilia-Romagna* inserisce la gestione del rischio nell'area di programma «AccREDITAMENTO» affidata all'Agenzia sani-

taria regionale (Ars). Fanno parte dell'area di programma «Accreditamento» tre progetti integrati denominati (i) accreditamento delle strutture sanitarie, (ii) gestione del rischio, (iii) cittadini, comunità e servizio sanitario regionale. Si sottolinea come accanto al «consolidamento e all'estensione degli approcci e degli strumenti che mirano a rendere più sicura l'attività clinico-assistenziale attraverso un sistema di gestione del rischio, cui concorrano in maniera integrata i diversi sotto-sistemi organizzativi: clinico, tecnico, amministrativo» l'Ars si proponga di valorizzare il contributo della cittadinanza attraverso una comunicazione da regione a cittadini e vice versa, raccogliendone valutazioni e suggerimenti. Più specificamente la gestione del rischio è dal punto di vista dei contenuti, scomposta in tre dimensioni; rischio clinico (*incident reporting*, FMEA, farmaci, *Root cause analysis*), sicurezza dell'ambiente di lavoro e dei lavoratori, gestione giuridico-amministrativa del contenzioso (*database* del contenzioso e percorsi di mediazione e conciliazione).

Il *Consiglio regionale toscano* ha adottato, con deliberazione n. 109 del 4 ottobre 2006, i requisiti ulteriori relativi al rischio clinico, ad integrazione dei requisiti per l'accREDITAMENTO definiti con DCR 30/2000. Tale proposta di integrazione è stata messa a punto dal Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente, istituito con legge regionale del 24 febbraio 2005, n. 40. Nella delibera sopra citata inoltre si specifica che tali requisiti si dovrebbero intendere da applicarsi in tempi veloci, in quanto nelle strutture già accreditate se ne verificherà il rispetto già nella prima visita di verifica successiva all'approvazione della delibera stessa e, comunque, entro un anno dall'approvazione. Con la delibera n. 267 del 16 luglio 2007, vengono approvati standard, livelli di prestazione e processo di valutazione per conseguire l'attestazione volontaria di buone pratiche per la gestione del rischio clinico ed inoltre vengono approvate le seguenti buone pratiche: (i) scheda terapeutica unica; (ii) igiene delle mani per il controllo delle infezioni ospedaliere; (iii) uso appropriato degli antibiotici; (iv) rassegna di mortalità e morbilità; (v) *audit* clinico GrC; (vi) *incident reporting*; (vii) gestione eventi sentinella. Ciò al fine di «valorizzare e rendere visibili i risultati ottenuti dalle strutture

che s'impegnano per la sicurezza dei pazienti» e di «contenere i costi assicurativi, mediante l'attestazione dei livelli di prestazione raggiunti dalle organizzazioni sanitarie nella gestione del rischio clinico».

Come quadro di sintesi dell'approccio italiano alla gestione del rischio e della sicurezza, sono ancora validi i punti di attenzione evidenziati nel Rapporto Oasi 2006:

- ci si sta muovendo per promuovere l'attenzione al rischio e alla sicurezza nelle AASS includendo nel sistema di accreditamento requisiti dedicati allo scopo, o rafforzando la rilevanza dei requisiti già esistenti attinenti alle aree ad alto rischio potenziale;

- si segue prevalentemente la strada di identificare un'unità regionale di riferimento per approfondire la tematica specifica della gestione del rischio e della sicurezza del paziente, a motivo dell'importanza attribuita al tema, ed in vista di una sua più efficace e veloce definizione e traduzione in azioni concrete;

- si affronta in modo integrato il tema «gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente», non limitandosi solo all'esame probabilistico e di taglio assicurativo del fenomeno, ma ricercandone motivazioni, radici e vie di prevenzione nel cuore del processo di erogazione dell'assistenza;

- si delineano in parallelo i percorsi di diffusione e adozione di strumenti dedicati (quali ad esempio RCA, HFMEA, *incident reporting system*) e di identificazione in ciascuna azienda sanitaria di una rete organizzativa di supporto ed attuazione delle azioni ipotizzate a riduzione del profilo di rischio aziendale.

Dall'incrocio delle evidenze raccolte attraverso l'analisi del posizionamento delle Regioni italiane rispetto all'accREDITAMENTO (fonte OASI 2005 e OASI 2007) e rispetto alla gestione del rischio e sicurezza (fonte OASI 2006 e succ. aggiornamenti) è possibile pervenire al posizionamento delle diverse Regioni analizzate proposto nella **figura 3**.

## 5. Conclusioni

Da quanto emerge, sia in Italia sia a livello internazionale, si è sviluppata la consapevolezza da parte dei diversi portatori di interes-

**Figura 3**  
Accreditamento e rischio: ricognizione in Italia



se (Ssr, Ssn, enti di accreditamento, mondo assicurativo, aziende sanitarie, cittadini/pazienti) della rilevanza del problema della sicurezza in ambito sanitario, confermata dalle numerose iniziative promosse sia a livello centrale sia locale. Nonostante ciò, si rileva il fatto che molto spesso nel recente passato, gli interventi si siano focalizzati a cercare una parziale e mirata soluzione ad emergenze puntuali, piuttosto che siano stati orientati a gettare le basi per costruire una soluzione sistemica e organica della questione. Ed è solo intervenendo con approccio proattivo piuttosto che reattivo e investendo tempo e risorse è possibile costruire le basi per pervenire ad una maggiore e più specifica conoscenza del fenomeno del rischio e della sicurezza in ambito sanitario. Infatti, senza un adeguato *panel* di indicatori risulta difficile, se non impossibile, sia misurare la reale capacità dei programmi di accreditamento (siano essi istituzionali o di eccellenza) di veicolare indirettamente modelli efficaci di gestione del rischio e della sicurezza, sia misurare l'effettivo impatto di tali programmi sull'*outcome* e dunque sulla performance della struttura sanitaria.

Volendo intervenire in tal senso, la prima questione da affrontare riguarda il «che cosa» rilevare e misurare, quali indicatori privilegiare per una fedele lettura della rischiosità di un'azienda sanitaria, ed in quali momenti e fasi del processo di erogazione del servizio. Infatti, benché utile punto di partenza, la quantificazione retrospettiva dei dati di presunta *malpractice* forniti da denunce e cause non sembra essere informazione direttamente correlabile agli errori effettivamente accaduti nell'organizzazione, né il successivo momento di formulazione della sentenza può essere utilizzato come informazione di *feedback* per una pianificazione degli interventi, vuoi per la distanza temporale che si frappone tra il momento dell'evento e la formalizzazione del giudizio (spesso l'ordine di grandezza sono gli anni, quando non addirittura il decennio), vuoi per l'impossibilità di correlare la sentenza puntuale con la complessità degli eventi convergenti che, nel momento dell'evento, possono essersi sovrapposti ma non sempre vengono registrati o documentati adeguatamente. Ciononostante è lodevole l'iniziativa partita recentemente a livello centrale di costruire un *database* unico della sinistrosità delle aziende sanitarie in Italia.

La letteratura e le esperienze sviluppate nell'ultimo decennio sono di fatto caratterizzate da un'inversione di approccio: da una lettura statistica dei fenomeni nella propria manifestazione finale degli effetti ad una interpretazione «anticipatoria» che risale il flusso della concatenazione delle azioni – il processo di formazione ed erogazione del servizio sanitario – con un'ottica di prevenzione (modificare la sequenza delle attività o lanciare segnali di attenzione per evitare che si concretizzino situazioni negative) ma anche al fine di rileggere eventi già accaduti attraverso evidenze tangibili/documentali, per una loro più fedele ed esauriente spiegazione. In altre parole, una base decisionale per la gestione dei rischi, sia *ex-ante*, sia *ex-post*, è fortemente parziale, se non fuorviante, quando si limita ad osservare e registrare gli eventi «in uscita» dal sistema senza interrogarsi e capire le sequenze operative e le ragioni sottostanti le singole azioni attraverso la cui concatenazione si è pervenuti ad una situazione avversa, o la si è evitata per poco.

Si sta quindi facendo strada l'idea che sia necessario dotarsi di metodologie di analisi, di interpretazione e di gestione del rischio integrate nella gestione quotidiana delle aziende sanitarie al fine di corresponsabilizzare tutti gli attori del sistema organizzativo verso obiettivi comuni di miglioramento dell'affidabilità aziendale. In tale direzione si rileva la tendenza in atto di «sfruttare» allo scopo modelli di governo integrato della qualità aziendale. A ciò si aggiunge oggi il rilancio del concetto di intervento sistemico alla prevenzione del rischio fornito dal comma 5 dell'Art. 21 del CCNL per la dirigenza dell'area medica e veterinaria del Ssn attualmente in vigore, laddove si enuncia: «Le

aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo. Al fine di favorire tali processi le aziende ed enti informano le organizzazioni sindacali di cui all'art. 9 del CCNL dell'8 giugno 2000» e ribadito dal recente Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 in attuazione dell'art. 1 della Legge n. 123 del 3 agosto 2007 (Testo unico sulla sicurezza sul lavoro), in vigore dal 15 maggio 2008, che riordina la normativa in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

In chiusura, le proposte di futuri approfondimenti sono essenzialmente legate all'opportunità di sviluppare ricerche pluriennali attraverso la costruzione di *team* multidisciplinari e *super partes* in grado di testare il collegamento tra sistemi di accreditamento e di gestione del rischio e della sicurezza e *outcome/performance* sanitaria; all'opportunità di identificare ambiti essenziali a livello centrale su cui sviluppare standard di rischio per i sistemi di accreditamento regionali, che potremmo definire Livelli essenziali di *safety*; ed in ultimo all'opportunità di identificare una Commissione di accreditamento a livello nazionale *multistakeholder* quale «audit commission» o «authority» che faccia presidio attivo sui temi della sicurezza in ambito sanitario e sia il punto di contatto dei diversi attori istituzionali in gioco.

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

- AA.VV. (2003), The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa, October, University Research Co., LLC, Bethesda, MD, [www.qaproject.org](http://www.qaproject.org).
- BRAITHWAITE J., WESTBROOK J., PAWSEY M., GREENFIELD D., NAYLOR J., IEDEMA R., RUNCIMAN B., REDMAN S., JORM C., ROBINSON M., NATHAN S., GIBBERD R. (2006), «Study protocol, A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation», *BMC, Health Services Research*, 6, p. 113.
- BRI INQUIRY FINAL REPORT (2001), [http://www.bristol-inquiry.org.uk/final\\_report/prelims.pdf](http://www.bristol-inquiry.org.uk/final_report/prelims.pdf).
- 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), *Rapporto OASI 2006 L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- BRUSONI M., DERIU P.L. (2005), «Sistemi di interventi per l'accreditamento delle aziende sanitarie in Italia: un panorama ridondante?», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- BRUSONI M., PRENESTINI A., LUZZI L., MERLINO L. (2007), «Accreditamento istituzionale e miglioramento della qualità: molti approcci per un obiettivo comune», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- CASILE M., DAVIS-BLAKE A. (2002), «When Accreditation Standards Change: Factors Affecting Differential Responsiveness Of Public And Private Organizations», *Academy of Management journal*, Vol. 45, No. 1, pp. 180-195.
- COPIC'S 3RS PROGRAM (2004), «Recognize. Respond. Resolve», *Copic Insurance Company*, March, Volume 1, Issue 1.
- COSMI L., DEL VECCHIO M. (2004), «Lo sviluppo della funzione *risk management* nelle aziende sanitarie: una prospettiva economico aziendale», *Difesa sociale*, 1, pp. 7-18.
- DEL VECCHIO M., COSMI L. (2003), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill.
- GRIFFIN J.R., KNUTZEN S.R., ALEXANDER J.A. (2002), «Structural versus outcome measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare Outcomes scores in hospitals», *Quality Management in Health Care*, 10(2), pp. 29-38.
- KOHN L.T., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. (1999), *Committee on Quality of Health Care in America, «To Err is Human: Building a safer health system»*, The National Academies Press.
- MILLER M.R., PRONOVOST P., DONITHAN M., ZEGER S., ZHAN C., MORLOCK L., MEYER G.S. (2005), «Relationship Between Performance Measurement and Accreditation: Implications for Quality of Care and Patient Safety», *American Journal of Medical Quality*, 20, p. 239.
- MINKMAN M., AHAUS K., HUIJSMAN R. (2007), «Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review», *International Journal for Quality in Health Care*, April, 19(2), pp. 90-104.
- PETER K., LINDENAUER P.K., REMUS D., ROMAN S., ROTHBERG, M.B., BENJAMIN E.M., MA A., BRATZLER D.W. (2007), «Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement», *The New England Journal of Medicine*, 356 (3), pp. 486-496.
- POON E.G., BLUMENTHAL D., JAGGI T., HONOUR M.M., BATES D.W., KAUSHAL R. (2004), «Overcoming barriers to adopting and implementing computerized Physician Order entry systems in US Hospitals», *Health Affairs*, 23 (4), pp. 184-190.
- REASON J. (2004), «Beyond the organisational accident: the need for «error wisdom» on the frontline», *Qual Saf Health Care*, 13(Suppl 2), pp. ii28-33.
- THE SHIPMAN INQUIRY (2004), *Fifth Report «Safeguarding Patients: Lessons from the Past - Proposals for the Future»*, <http://www.shipman-inquiry.org.uk/reports.asp>.

# MECOSAN

## Rivista aperta a contributi

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

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

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

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

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

### Invio del manoscritto

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

La copia cartacea va spedita a:

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

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

### Formato e stile

Carattere: times new roman 12

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

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

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

### Titoli dei paragrafi

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

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

1.1. Gli attori del processo

*Il ruolo della direzione amministrativa*

### Tabelle, grafici e figure

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

### Note

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

### Lunghezza articoli

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

### Riferimenti bibliografici

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

#### Monografie

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

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

#### Pubblicazioni con più autori

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

#### Saggi in pubblicazioni

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

#### Articoli in riviste

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

#### Rapporti/Atti

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

#### Non pubblicati

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

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

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

# Meccanismi allocativi per il rischio sanitario nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane

LUIGI BUZZACCHI, CAMILLA GRACIS

*This paper is aimed at analysing the key issues of the process of medical malpractice risk allocation in the Italian public health system. We introduce the function of liability insurance and we discuss also the problems related to optimal coverage design. We then turn to the empirical section thanks to a large database which includes all the information contained in 308 tender notices concerning the acquisition of RCT/O coverage by the Italian local public health firms between 2003 and 2006. The analysis of the data collected provides a first assessment of i) the ability of the Italian public sector to find risk coverage on the private insurance market, ii) the dynamics of prices and market power of insurance firms, and iii) the role of insurance brokers. We propose two alternative scenarios which explain the proposed empirical evidence.*

Keywords: medical malpractice risk, professional liability, RCT/O coverage

Parole chiave: rischi sanitari, responsabilità civile, coperture assicurative RCT/O

## Note sugli autori

Luigi Buzzacchi insegna Economia Industriale presso il Politecnico di Torino - AMARIS - buzzacchi@polito.it  
Camilla Gracis è dottoranda presso il dottorato di Economia e Management della Tecnologia dell'Università di Bergamo - AMARIS

Questa ricerca si è avvalsa del contributo finanziario del Ministero dell'Università e della Ricerca - PRIN 2005 prot. 2005137858 *Welfare state e mercati assicurativi*

## 1. La responsabilità e l'allocazione istituzionale dei rischi sanitari

La previsione di responsabilità civile per i rischi sanitari a carico dei professionisti e delle singole strutture sanitarie (quella che va sotto il nome di RCT/O, rischi del paziente – clinici e di struttura – e del lavoratore)<sup>1</sup> ha un'evidente finalità di natura equitativa, volta a garantire un risarcimento ai soggetti che subiscono un danno patrimoniale o biologico in sede di fruizione o produzione di servizi sanitari. Questa finalità non è tuttavia l'unica, e forse neppure quella che meglio spiega questa scelta normativa: in questo lavoro, infatti, si porrà piuttosto l'enfasi sull'altrettanto rilevante obiettivo di efficienza della responsabilità civile per i rischi sanitari<sup>2</sup>. Essa ha infatti un ruolo economico fondamentale nel determinare un corretto schema di incentivi presso quei soggetti maggiormente cruciali nelle scelte di investimento in prevenzione<sup>3</sup> finalizzate a garantire un opportuno contenimento dei rischi in esame.

In questo senso è da vedere con favore la tendenza manifestata dall'evoluzione normativa e giurisprudenziale di ricomprendere in misura crescente la struttura sanitaria (in contrapposizione al singolo professionista) quale soggetto responsabile, proprio perché non solo le azioni individuali, ma anche la dotazione tecnologica e l'organizzazione del lavoro della struttura sanitaria hanno un ruolo fondamentale nel determinare il livello di severità del rischio sanitario.

Sembra per certi versi, dunque, paradossale l'evidenza offerta dal sistema istituzionale italiano secondo la quale le aziende sanitarie sono obbligate a garantire la copertura di alcuni dei rischi sopra menzionati<sup>4</sup>, e per di

## SOMMARIO

1. La responsabilità e l'allocazione istituzionale dei rischi sanitari
2. Motivazioni della ricerca e informazione pubblicamente disponibile
3. Le specifiche caratteristiche del rischio sanitario
4. Stima del valore complessivo del mercato
5. Concentrazione dell'offerta dei servizi di brokeraggio
6. I meccanismi di aggiudicazione e le condizioni di partecipazione
7. Esito delle aggiudicazioni e concentrazione dell'offerta
8. Lineamenti teorici di valutazione delle strutture contrattuali
9. Valutazioni di sintesi

più cercando copertura assicurativa nel mercato privato.

L'apparente paradosso è duplice: da un lato, se la responsabilità civile ha finalità primaria di stringere l'incentivo alla prevenzione, per quale ragione obbligare, o comunque suggerire al responsabile delle scelte di prevenzione (la singola azienda sanitaria) di fornirsi di una copertura assicurativa, diluendo così il proprio incentivo? Dall'altro, ammessa la scelta della copertura dei rischi, perché il sistema sanitario pubblico dovrebbe rivolgersi al settore assicurativo privato, i) sottoponendosi all'estrazione di una rendita proporzionale al potere di mercato delle compagnie assicurative ed inoltre ii) segmentando il portafoglio di tutti i rischi del sistema sanitario nazionale (ciò in quanto viene delegata la responsabilità di copertura alla singola azienda sanitaria) con l'effetto di perdere un'efficiente opportunità per diversificare il rischio?

La risposta al primo *puzzle* non può che far riferimento al fatto che il decisore pubblico, accanto all'obiettivo di perseguire l'efficienza, ha necessariamente anche un obiettivo di garantire bilanciate opportunità di accesso ai servizi pubblici (sanitari, in questo caso) su tutto il territorio. E il trasferimento a terzi dei rischi ha naturalmente quale primo effetto quello di ridurre l'aleatorietà delle risorse disponibili ad ogni amministrazione locale per l'offerta dei suoi servizi e quindi bilanciare le opportunità. In tema di incentivi, gli obiettivi di efficienza ed equità sono tra loro in contrapposizione, ma ci sono meccanismi contrattuali – ben noti nel settore assicurativo, quali *co-insurance*, *experience rating*, ecc. – che, in virtù del fatto di proporre una copertura non completa, garantiscono un buon compromesso tra i due contrapposti obiettivi. Ciò è peraltro quel che accade nel caso italiano, come si avrà occasione di descrivere nel corso dei prossimi paragrafi.

La risposta al secondo *puzzle* è più articolata. Per garantire opportunità bilanciate di accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini, insieme ad adeguati incentivi per i manager delle singole aziende sanitarie, infatti, potrebbe sembrare sufficiente la costituzione di un fondo nazionale pubblico di mutualizzazione di tutti i rischi sanitari, al quale le aziende sanitarie stesse contribuiscono. In realtà la scelta che è stata fatta in Italia (e in buona parte

dei Paesi occidentali) è quella di trasferire il rischio sul mercato assicurativo privato tramite contrattazione decentrata. Questa scelta porta con sé una serie di ovvi costi già sopra citati: subottimale diversificazione dei rischi, elevati oneri organizzativi e sottomissione al potere di mercato delle compagnie private. È tuttavia possibile individuare anche qualche vantaggio per la soluzione privata decentrata. Un suggerimento in questa direzione è fornito da Buzzacchi e Turati (2008), dove si sostiene che il ricorso al partner privato consente di risolvere il problema di *soft budget constraint* dell'amministratore pubblico in presenza di azzardo morale<sup>5</sup>, cioè il fatto che la minaccia del governo centrale di non ripianare il deficit di un'amministrazione locale – nel caso di inadeguati investimenti in prevenzione – non è credibile, perché a posteriori il governo centrale potrebbe avere incentivi politici a ripianare il bilancio in disesto di un'amministrazione locale anche se si fosse dimostrata palesemente inefficiente. Il problema del *soft budget constraint* è ovviamente causa di specifica e indesiderata diluizione degli incentivi alla prevenzione.

Queste considerazioni sono qui a nostro parere rilevanti non tanto perché si voglia mettere in discussione l'opportunità dell'arrangiamento istituzionale in atto, che invece è preso per dato, quanto per sottolineare i rischi principali dai quali guardarsi nelle scelte organizzative del meccanismo prescelto – di allocazione decentrata presso il settore privato dei rischi sanitari –, e cioè:

– il potere di mercato delle compagnie private, il che suggerisce particolare attenzione per la progettazione delle procedure di assegnazione delle coperture ai soggetti privati; e

– il ridotto incentivo ad investire da parte dei decisori nelle aziende sanitarie pubbliche derivante dalla condizione di copertura assicurativa, il che indica la rilevanza di una valutazione del profilo di allocazione dei rischi.

## 2. Motivazioni della ricerca e informazione pubblicamente disponibile

Per dar seguito alle considerazioni fin qui svolte, si è ritenuto di particolare interesse dedicare questo lavoro all'analisi dell'evi-



denza empirica pubblicamente disponibile in merito al trasferimento dei rischi sanitari dal settore pubblico italiano al settore assicurativo privato. Più in dettaglio, ci si propone di analizzare le caratteristiche strutturali del mercato assicurativo, i meccanismi di formazione dei prezzi e le formule contrattuali che si affermano su questo mercato.

Evidenze empiriche simili sono oggetto di analisi di due distinti rapporti: quello del Ministero della salute (2006) «Aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico» e quello annuale della Regione Lombardia (2007), che si concentra tuttavia unicamente sui dati della regione. Queste pubblicazioni hanno ovviamente accesso ad uno spettro di informazioni più ampio di quelle pubblicamente disponibili, ma finalità in gran parte differenti da quelle di questo lavoro. Ad alcuni dei loro risultati ci si riferirà comunque nel seguito.

Le amministrazioni dello Stato, i Comuni, le Regioni e gli enti pubblici in genere sono tenuti a stipulare i contratti per la fornitura di beni, servizi e di prestazione di opere con particolari modalità, che riguardano la scelta dei privati contraenti, la definizione delle condizioni contrattuali, il rispetto di determinate forme di controllo e di pareri preventivi (vincolanti o non vincolanti) da parte di altri organi dello Stato o di altri organi facenti parte degli stessi enti pubblici interessati. Tali modalità sono regolate da un *corpus* di norme di diritto amministrativo nazionale e comunitario ora sistematicamente organizzato nel c.d. Codice dei contratti pubblici (D.L.vo 163/2006).

L'oggetto dei contratti di nostro interesse è pressoché sempre di valore tale (superiore ai 200 mila euro) da definire il contratto «di rilevanza comunitaria». Le gare per l'appalto di tali contratti devono essere precedute da specifiche forme di pubblicità, tra le quali la pubblicazione sul Supplemento TED<sup>6</sup> della GUCE dell'Avviso di gara, cioè una sequenza dettagliata e standardizzata di informazioni riguardanti amministrazione aggiudicante, oggetto e condizioni dell'appalto, condizioni di partecipazione, descrizione della procedura e presenza di un *broker* a supporto all'amministrazione aggiudicante<sup>7</sup>. A gara conclusa, con modalità analoghe, l'amministrazione aggiudicante ha l'obbligo di pubblicare l'Avviso di aggiudicazione, nel quale sono

riportate informazioni riguardanti il numero di partecipanti alla gara, l'identità del vincitore ed il valore di aggiudicazione.

Le informazioni contenute negli Avvisi di gara e di aggiudicazione rappresentano quindi la base di dati ideale per svolgere l'analisi empirica che qui ci si propone. Il campione di riferimento è costituito dai 308 bandi (Avvisi di gara) pubblicati sulla GUCE dall'1/01/2003 al 31/12/2006, aventi come oggetto la fornitura di copertura RCT/O.

I 308 bandi si riferiscono a 253 aziende sanitarie (su 358, pari al 70,7%) di cui 166 Asl (su 195, pari all'85,1%), 73 Ao (su 97, pari al 75,3%), 8 Irccs (su 55 pari al 14,5%) e 6 Policlinici universitari (su 11, pari al 54,5%)<sup>8</sup>. Il fatto che la somma delle aziende sanitarie rappresentate non coincida con il numero di bandi deriva da due fatti: da un lato, talvolta più aziende sanitarie si consorziano mettendo a gara in un unico bando la copertura dei propri rischi in forma aggregata; dall'altro, accade che una stessa azienda sanitaria possa comparire quale amministrazione aggiudicatrice per più bandi perché il contratto della prima aggiudicazione scade entro il periodo in esame, o comunque la prima aggiudicazione non va a buon fine e quindi la copertura viene nuovamente bandita.

Un'analisi della copertura geografica e dimensionale dei bandi appartenenti al data base consente di affermare che la rappresentatività statistica delle informazioni censite è molto elevata. Anche la rappresentazione temporale si rivela piuttosto bilanciata, come si potrà apprezzare nelle successive tabelle 1, 2 e 3.

Ci si potrebbe domandare per quale ragione non abbiano pubblicato alcun avviso di gara le 102 aziende sanitarie mancanti all'appello. Le possibili ragioni sono tre:

– la copertura è stata acquisita ma il bando non è stato pubblicato sulla GUCE; questo si spiegherebbe solo con un'inadempienza dell'azienda, oppure (più improbabile) con un valore della copertura inferiore alla soglia<sup>9</sup>;

– la copertura dell'azienda «mancante» è stata acquisita prima del 1° gennaio 2003 e la sua scadenza è successiva al 31 dicembre 2006. Quanto a quest'ultima eventualità, vi è da considerare che i contratti oggetto dei 308 bandi censiti hanno una durata media di 32,5

mesi (non particolarmente variabile lungo il periodo di osservazione) con una moda fissata a 36 mesi (161 casi); tuttavia, il numero di contratti di durata pari o superiore ai quattro anni è significativa (24 casi nel campione a nostra disposizione) ed è inoltre assai diffusa la previsione contrattuale di rinnovo automatico alla scadenza con il precedente contraente, clausola discutibile sulla quale torneremo più oltre;

– l'azienda sanitaria non è assicurata.

Poiché ci sentiamo di affermare che la prima motivazione non dovrebbe risultare significativa, si può ragionevolmente affermare che i nostri 308 bandi rappresentano sostanzialmente l'universo delle procedure di gara bandite nel quadriennio 2003-06, e rappresentano altresì un'estrazione molto significativa del fenomeno complessivo nazionale (con l'esclusione naturalmente della rappresentatività del segmento di aziende che avessero rinunciato alla copertura).

Per ciò che concerne invece gli avvisi di aggiudicazione, l'obbligo di pubblicazione viene assai frequentemente eluso soprattutto nella prima parte del periodo analizzato, per cui dei 308 avvisi di gara è disponibile l'avviso di aggiudicazione in soli 63 casi, (relativi a 49 Asl, 23 Ao, 4 Irccs e 2 Pu). La significatività statistica di questo campione è quindi ben più limitata, non tanto per la non disprezzabile numerosità delle osservazioni, quanto piuttosto per il dubbio che le aziende «virtuose» che non si sottraggono alla pubblicazione dei risultati di gara siano una rappresentazione distorta dell'universo.

In merito all'incompletezza dell'informazione disponibile, va aggiunto che anche laddove vengono pubblicati gli avvisi di gara, talvolta alcune delle informazioni previste dai formati standardizzati TED sono mancanti, ed inoltre le informazioni più dettagliate riguardanti la struttura contrattuale della polizza oggetto della gara sono contenute nella documentazione complementare ai bandi pubblicati sulla GUCE. Tale documentazione è pubblicamente disponibile solo in via episodica. Ne consegue che i valori coinvolti in ogni singola transazione non sono tra loro comparabili, in quanto si riferiscono a «quantità di copertura» (franchigie, massimali, esclusioni, ecc.) potenzialmente assai eterogenee (come si ricava dalla evi-

denza occasionale a nostra disposizione) e incognite.

### 3. Le specifiche caratteristiche del rischio sanitario

Prima di entrare nel merito delle informazioni raccolte, è utile soffermarsi a descrivere rapidamente le peculiarità del rischio sanitario, sia da punto di vista della sua caratterizzazione statistico-attuariale, sia dal punto di vista delle specificità delle polizze assicurative che coprono tali rischi.

Per quanto riguarda la distribuzione dei sinistri e la relativa severità, sia l'indagine della Regione Lombardia, sia il rapporto Ministero della salute (2006), forniscono alcune indicazioni. Si tratta tuttavia di pochi dati aggregati, inadeguati ad individuare le proprietà statistiche del rischio, e in particolare per stimare il premio puro.

Inoltre, in allegato ai capitolati di gara dovrebbe rinvenirsi una dettagliata informativa in merito alla sinistrosità pregressa dell'amministrazione aggiudicatrice, finalizzata, come si vedrà, ad evitare vantaggi informativi per l'*incumbent* in sede di gara. Tali informazioni tuttavia sono spesso assenti, o comunque non sufficientemente strutturate da consentire inferenze adeguate.

L'analisi aggregata dei dati della regione Lombardia censisce i rischi di 15 Asl, 29 Ao e 9 Irccs, in un orizzonte di otto anni, dal 1999 al 2006.

Le richieste di risarcimento oscillano tra 2.000 e 2.100 all'anno e si chiudono a favore del danneggiato in circa un quarto dei casi. Il valore medio del risarcimento è attorno ai 20.000 euro per il 2006 (con una notevole varianza tra tipologie differenti di azienda) e si mostra oscillante, forse con una lieve tendenza alla crescita<sup>10</sup>. Ne conseguono risarcimenti complessivi negli otto anni pari a 87 milioni di euro. A fine 2006, inoltre, le relative riserve per i sinistri in gestione erano pari a 209 milioni di euro. In tutto il periodo non si evidenziano *trend* particolari tali da far ritenere una modifica strutturale della rischiosità delle aziende del campione.

Il rapporto della Regione Lombardia non fornisce informazione dettagliata sulle caratteristiche statistiche della distribuzione: indica tuttavia che il singolo risarcimento massimo è stato pari a 2 milioni di euro e che

la deviazione standard del risarcimento medio è molto elevata: circa 86 mila euro, il che indica una distribuzione fortemente *skewed*, senza tuttavia possibilità di ulteriore specificazione.

Il rapporto del Ministero della salute censisce invece i sinistri denunciati a livello nazionale su un campione di oltre l'80% delle aziende sanitarie (323 su 390, comprendenti anche gli Ospedali classificati, invece assenti nel nostro campione). Pur con qualche incongruenza con l'analisi del rapporto della Regione Lombardia, nel rapporto si rilevano circa 46 mila sinistri denunciati nel triennio 2002-04, cioè nell'ordine dei 45-50 per anno/azienda, un po' superiore ai valori medi della Lombardia. Nel rapporto non si specifica tuttavia quanti dei sinistri denunciati si chiudano con un risarcimento, né alcuna informazione sulle distribuzioni della severità dei sinistri.

Sintetizzando quanto sin qui descritto, il mercato della copertura dei rischi sanitari sembra presentare le caratteristiche tipiche dei mercati di tutte le coperture delle responsabilità professionali: alta severità di eventi a bassa frequenza; forte specificità del rischio e dunque rilevanti asimmetrie informative a danno dell'assicuratore, che spesso è costretto ad attuare meccanismi di prezzo grossolani<sup>11</sup>; ciclo di vita del *claim* – e anche del risarcimento – molto lungo. La letteratura economica (particolarmente per il caso statunitense) ha descritto e spiegato l'evidenza secondo la quale i mercati assicurativi di questo genere sono colpiti da crisi cicliche, nelle quali i premi crescono e l'offerta si riduce fino a non essere più in grado di rispondere alla domanda. Non è questa la

sede per approfondire i relativi riferimenti ai quali si rimanda direttamente<sup>12</sup>: è tuttavia da considerare la conclusione che difficilmente questi mercati risultano adeguatamente concorrenziali, e che quindi a maggior ragione divengono cruciali le regole del gioco per garantire un accettabile funzionamento del mercato e l'emergere di schemi di incentivo indicati a gestire il problema di *under-effort*.

#### 4. Stima del valore complessivo del mercato

Le informazioni a disposizione nel database degli avvisi di gara rappresentano, come si è sostenuto, l'universo delle transazioni delle coperture RCT/O nel quadriennio 2003-06, e consentono quindi per questo periodo di analizzare il valore del mercato e la relativa dinamica. Considerata la disponibilità più limitata degli avvisi di aggiudicazione, tuttavia, la statistica che si è in grado di fornire è quella dei valori stimati dall'amministrazione aggiudicatrice in sede di bando di gara.

Ulteriore cautela nell'interpretazione dei risultati è da attribuirsi al fatto che la stima del valore delle coperture sottoscritte si riferisce ad una quantità di copertura variabile e non nota.

Le tabelle 1, 2 e 3 mostrano quindi alcune statistiche descrittive del valore degli appalti, rispettivamente misurati per bando e per tipologia di azienda sanitaria, distinguendo le Asl dalle altre strutture (per sintesi identificate tutte come Ao qui e nel seguito)<sup>13</sup>.

Come si nota, la distribuzione dei valori per le due tipologie di strutture, che non sembra significativamente differente<sup>14</sup>, è caratterizzata da *skewness* positiva (la coda de-

**Tabella 1**

Statistiche descrittive per tutti i bandi del campione. Valore dell'appalto (ml. euro)

	#	Media	Min	Max	Dev. St.	Mediana
2003	72	1,21	0,16	3,90	0,92	0,93
2004	77	1,72	0,12	14,20	1,83	1,17
2005	59	1,53	0,73	10,00	1,55	1,02
2006	56	2,54	0,18	17,66	3,51	1,63
<b>2003-2006</b>	<b>264</b>	<b>1,71</b>	<b>0,73</b>	<b>17,66</b>	<b>2,13</b>	<b>1,20</b>

**Tabella 2**

Statistiche descrittive per tutti i bandi del campione relativi ad Aziende sanitarie locali. Valore dell'appalto (ml. euro)

	#	Media	Min	Max	Dev. St.	Mediana
2003	46	1,27	0,19	3,90	1,01	0,93
2004	68	1,02	0,17	4,30	0,83	0,80
2005	33	1,28	0,73	5,00	1,19	0,90
2006	48	1,85	0,18	5,00	1,23	1,64
<b>2003-2006</b>	<b>195</b>	<b>1,32</b>	<b>0,73</b>	<b>5,00</b>	<b>1,08</b>	<b>0,98</b>

**Tabella 3**

Statistiche descrittive per tutti i bandi del campione relative ad Aziende ospedaliere e strutture equiparate. Valore dell'appalto (ml. euro)

	#	Media	Min	Max	Dev. St.	Mediana
2003	26	1,11	0,16	2,20	0,75	0,95
2004	43	1,49	0,12	5,00	1,07	1,17
2005	26	1,84	0,38	10,00	1,87	1,30
2006	26	2,06	0,20	5,32	1,16	1,80
<b>2003-2006</b>	<b>121</b>	<b>1,60</b>	<b>0,12</b>	<b>10,00</b>	<b>1,28</b>	<b>1,36</b>

stra della distribuzione è relativamente alta, mentre quella sinistra è limitata) ed aumenta significativamente nei valori medi, e soprattutto mediani, in particolare nell'ultimo anno di osservazione.

Se si assume una stima approssimativa (e conservativa) di un valore medio per azienda nel 2006 di circa 1,8 ml. euro, ricordando che le aziende sono 358 e che lo sconto medio ottenuto in gara (vedi oltre) si attesta attorno al 15%, pur con significativa varianza, ne consegue allora che la spesa nazionale annua per la copertura RCT/O potrebbe essere stimata nell'ordine dei 540 milioni di euro, dato abbastanza in linea con l'indagine del Ministero della salute (2006) che stima il valore di mercato pari a 538 milioni di euro (comprendendo tuttavia anche i trentacinque Ospedali classificati).

### 5. Concentrazione dell'offerta dei servizi di brokeraggio

La relazione tra amministrazione pubblica e assicuratore privato è sovente mediata dal-

la presenza di un secondo soggetto privato – il *broker* – che può svolgere in nome e per conto della prima una o più delle seguenti funzioni:

- individuazione e valutazione dei rischi;
- consulenza nell'attività di *risk management*;
- consulenza nella fase di analisi del fabbisogno assicurativo e formulazione dei capitoli tecnici di assicurazione;
- assistenza nella procedura di gara per l'affidamento assicurativo;
- assistenza in fase di gestione del rapporto: il *broker* può assumere infatti il compito di gestire i sinistri e, più in generale, la funzione di rappresentante dell'assicurato.

Nella fase pre-contrattuale il *broker* non agisce come intermediario assicurativo, ma come consulente, ed è in questo senso in concorrenza con altri professionisti; sono le funzioni in fase di gara e post-gara che ne richiedono le competenze distinte di intermediario qualificato indipendente. L'ammi-

nistrazione aggiudicatrice si avvale dunque di un *broker* per la sua esperienza professionale e la garanzia di indipendenza<sup>15</sup>. È evidente che il ruolo che viene ad assumere il *broker* determina la possibilità di esiti specifici nelle procedure di trasferimento del rischio, ed è per questa ragione che è di interesse nel seguito verificare gli effetti della sua presenza.

Nell'avviso di gara è previsto che l'azienda sanitaria indichi se essa si avvarrà dell'assistenza di un *broker*, la cui remunerazione viene inclusa nel valore dei servizi in gara. Nel bando o nel capitolato devono quindi essere indicate le modalità e la misura delle provvigioni del *broker*. Un esame qualitativo dei capitolati ha consentito di identificare la normale remunerazione del *broker* in un *range* compreso tra il 5 e il 12% del valore aggiudicato.

Come si può notare in **tabella 4**, le aziende sanitarie si sono avvalse di un *broker* nel 40% dei casi circa nel biennio 2003-04, quota salita al 50-55% nel biennio successivo<sup>16</sup>. Approssimativamente, quindi, il mercato dei servizi di brokeraggio ha attualmente un valore dell'ordine dei 30 milioni di euro.

Dei 140 bandi nei quali l'azienda sanitaria si è avvalsa della collaborazione dei *broker*, in 128 casi l'avviso di gara indicava anche l'identità del *broker*. In 28 casi il servizio è stato offerto da una ATI di *broker*, composta in media da 2,4 *broker*. Il ruolo economico di tali associazioni è discutibile, anche perché riguarda spesso i *broker* di maggiori dimensioni e non si riferisce a segmenti spe-

cifici del mercato, per i quali sarebbe forse desiderabile un contributo congiunto di più intermediari.

I primi quattro *broker* compaiono rispettivamente in 47, 22, 21 e 14 bandi. Prendendo a riferimento il valore dell'appalto indicato dall'amministrazione aggiudicatrice, questi quattro *broker* evidenziano una quota di mercato complessiva di oltre il 62%. Per una valutazione sintetica della concentrazione dell'offerta di questo servizio, si consideri che l'indice di Herfindahl ha assunto un valore pari a 1.535, che può essere considerato elevato<sup>17</sup>.

## 6. I meccanismi di aggiudicazione e le condizioni di partecipazione

La garanzia di un'offerta espressa con modalità concorrenziali negli appalti pubblici è ovviamente desiderabile per garantire che l'approvvigionamento di beni e servizi avvenga a condizioni vantaggiose. Abbiamo poi discusso in precedenza l'importanza specifica del soggetto (assicuratore) privato nel fornire incentivi adeguati al controllo del rischio da parte delle aziende sanitarie. Tali incentivi sono, infatti, tanto più efficaci quanto più l'offerta di copertura viene espressa in maniera concorrenziale, in quanto è in queste condizioni che siamo maggiormente garantiti che il premio rispecchi l'effettiva rischiosità dell'assicurato. È di specifico interesse quindi valutare quanto i meccanismi di aggiudicazione garantiscano un'ampia

**Tabella 4**

Presenza degli intermediari assicurativi

	Totale bandi (*)	Presenza broker	%	Asl	Presenza broker	%	Ao	Presenza broker	%
2003	95	39	41.1%	64	26	40.6%	31	13	41.9%
2004	88	35	39.8%	47	16	34.0%	40	18	45.0%
2005	63	35	55.6%	37	22	59.5%	26	13	50.0%
2006	62	31	50.0%	36	19	52.8%	23	9	39.1%
<b>2003-2006</b>	<b>308</b>	<b>140</b>	<b>45.5%</b>	<b>184</b>	<b>83</b>	<b>45.1%</b>	<b>120</b>	<b>53</b>	<b>44.2%</b>

(\*) Nel totale dei bandi sono compresi anche 4 bandi «misti» (1 nel 2004 e 3 nel 2006), cioè appaltati congiuntamente da più Ao e Asl contemporaneamente. In questi quattro bandi era sempre indicata la presenza di un *broker*.

partecipazione e una sana competizione tra tutti i partecipanti.

Una buona parte della capacità dell'aggiudicante di promuovere un'ampia partecipazione e una sostenuta competizione tra i partecipanti è definita dal meccanismo di aggiudicazione e dalle condizioni di partecipazione.

Il Codice dei contratti pubblici elenca le possibili procedure di gara a disposizione dell'aggiudicante. Considerata la natura dell'appalto di coperture RCT/O, sono di fatto disponibili tre meccanismi di gara, che vengono prescelti con qualche discrezionalità dall'amministrazione aggiudicatrice:

- le *procedure aperte*<sup>18</sup>, che in prima approssimazione possono essere assimilate ad aste nelle quali tutti i partecipanti dotati dei requisiti richiesti possono fare un'offerta al ribasso per un appalto le cui caratteristiche sono state in gran parte fissate dall'aggiudicante;

- le *procedure ristrette*, che prevedono - rispetto a quelle aperte - la possibilità di partecipare alla gara solo per le compagnie che, previa domanda, vengono invitate dall'appaltante. Le procedure ristrette dovrebbero essere più indicate nel caso in cui l'offerente debba avere un ruolo attivo nella definizione del contratto, presentando anche proposte di varianti;

- infine, le *procedure negoziate*, nelle quali l'appaltante consulta un insieme di potenziali offerenti appositamente selezionati, con i quali vengono negoziate direttamente una o più condizioni dell'appalto; le condizioni perché si possa fare ricorso alle pro-

cedure negoziate richiedono che sia fallita una precedente procedura aperta o ristretta, oppure che la particolare natura dell'appalto non consenta di stabilire le specifiche contrattuali in maniera accettabile.

Va da sé che passando da una procedura aperta ad una ristretta e ad una negoziata, l'appaltante acquista flessibilità negoziale, ma riduce sostanzialmente la potenzialità della procedura nel suscitare competizione tra i partecipanti.

Le procedure ristrette e negoziate possono poi venire svolte in forma accelerata. Poiché anche in questo caso l'efficienza allocativa della procedura risulta penalizzata, è previsto che il ricorso alla procedura di gara accelerata venga giustificato (anche sul bando) sulla base di un'oggettiva necessità da parte dell'aggiudicante, tipicamente per un'urgenza imprevista di acquisire il servizio.

Come si può osservare in **tabella 5**, nei quattro anni in esame è ampio il ricorso a procedure non aperte (oltre il 53% dei casi) ed inoltre, nelle procedure ristrette e negoziate prevale l'uso della pratica accelerata. Ne consegue che in molte gare l'aggiudicazione è avvenuta con procedura non ottimale per ottenere la massima concorrenzialità dell'offerta; tutto questo in un contesto di elevata concentrazione dell'offerta (come si vedrà al prossimo paragrafo) e degli intermediari. Si aggiunga che, nonostante alcune perplessità dell'AGCM, su cui ci si soffermerà nel seguito, tale abitudine si è particolarmente radicata soprattutto nel secondo biennio analizzato: nel 2005-2006 le procedure aperte sono scese al 40% circa, e tra quelle non aperte

**Tabella 5**

Uso di procedure di gara alternative nei bandi per la copertura RCT/O

	Totale	Aperte	%	Ristrette	%	Di cui accel.	Negoziate	%	Di cui accel.
2003	95	50	52.6%	24	25.3%	83.3%	21	22.1%	52.4%
2004	88	44	50.0%	24	27.3%	83.3%	20	22.7%	55.0%
2005	63	23	36.5%	15	23.8%	93.3%	25	39.7%	76.0%
2006	62	27	43.5%	13	21.0%	92.3%	22	35.5%	50.0%
<b>2003-2006</b>	<b>308</b>	<b>144</b>	<b>46.8%</b>	<b>76</b>	<b>24.7%</b>	<b>86.8%</b>	<b>88</b>	<b>28.6%</b>	<b>59.1%</b>

la quota di procedure accelerate è comunque salita dal 69,7% al 74,7%.

È tra l'altro assai contraddittoria l'evidenza secondo la quale quasi la metà delle amministrazioni aggiudicatrici ritiene di essere in grado di formulare capitolati suscettibili di procedura aperta e, all'opposto, più di un quarto di esse affermi implicitamente il contrario. Inoltre, è alquanto contrario alla nozione di eccezionalità dell'urgenza osservare che in oltre un terzo dei bandi si faccia ricorso a procedure accelerate per bandire servizi la cui scadenza nella maggior parte dei casi avviene nei tempi preventivati e può quindi essere facilmente prevista.

Di particolare interesse è l'osservazione (si vedano le **tabelle 6a** e **6b**) che le procedure non aperte vengono adottate con assai maggiore probabilità in presenza di un *broker*. Tale effetto viene amplificato dal fatto che la propensione dei *broker* di evitare le procedure aperte è cresciuta nell'ultimo biennio, ed inoltre è aumentata l'incidenza dei *broker*: ne consegue che le procedure aperte sono

state adottate solo nel 31% dei casi circa in presenza di *broker* (24% nel 2005-06) e nel 60% dei casi in assenza di *broker* (64% nel 2005-06).

Questa evidenza sembrerebbe controintuitiva: se una procedura aperta richiede prima della gara la stesura definitiva di polizze e capitolati (non essendo infatti prevista alcuna fase di trattativa in sede di gara), essi devono essere necessariamente più «completi» ed era forse possibile pensare che l'esperienza di un *broker* potesse essere maggiormente valorizzata proprio quando le varie clausole devono essere stese anticipatamente in forma non più emendabile.

Alcune delle perplessità che sono state espresse in questa sede in merito all'adeguatezza dell'impegno da parte delle amministrazioni aggiudicatrici nel favorire la competizione fra gli offerenti in sede di gara, sono state in realtà oggetto di svariata documentazione ed attività ispettiva dell'AGCM. Uno di questi documenti («Affidamento dei servizi assicurativi da parte degli enti pubbli-

**Tabella 6a**

Uso di procedure di gara alternative nei bandi per la copertura RCT/O in presenza di *broker*

Aperta	%	Ristretta	%	Negoziata	%
19	48.7%	9	23.1%	11	28.2%
13	37.1%	9	25.7%	13	37.1%
5	14.3%	11	31.4%	19	54.3%
7	22.6%	7	22.6%	17	54.8%
<b>44</b>	<b>31.4%</b>	<b>36</b>	<b>25.7%</b>	<b>60</b>	<b>42.9%</b>

**Tabella 6b**

Uso di procedure di gara alternative nei bandi per la copertura RCT/O in assenza di *broker*

Aperta	%	Ristretta	%	Negoziata	%
31	55.4%	15	26.8%	10	17.9%
31	58.5%	15	28.3%	7	13.2%
18	64.3%	4	14.3%	6	21.4%
20	64.5%	6	19.4%	5	16.1%
<b>100</b>	<b>59.5%</b>	<b>40</b>	<b>23.8%</b>	<b>28</b>	<b>16.7%</b>

ci», AS107 del 2/12/97) è specificatamente dedicato agli appalti pubblici dei servizi assicurativi; altre successive segnalazioni («Bandi di gara in materia di appalti pubblici», AS187 del 28/9/99 e «Bandi predisposti dalla concessionaria servizi informatici pubblici - Consip s.p.a.», AS251 del 30/1/03) sono più genericamente dedicate al tema degli appalti pubblici, ma richiamano comunque alcune delle perplessità già espresse nella AS107, denunciando che il tempo trascorso non sembra aver migliorato la situazione già messa in discussione nel 1997. Inoltre, vi sono da ricordare due procedimenti istruttori (I193 - Assicurazione rischi Comune di Milano nel 1996 e I305 - Assitalia-Unipol/Azienda Usl Città di Bologna nel 1997) nei quali erano state sanzionate per intesa collusiva alcune compagnie che avevano preso parte ad appalti pubblici per servizi assicurativi. Non è possibile in questa sede descrivere nel dettaglio tutte le tesi dell'AGCM, per le quali si rimanda direttamente al testo dei documenti citati. A complemento dell'evidenza qui prodotta, tuttavia, può essere utile sintetizzare gli elementi principali nel *cahier de doléance* dell'Autorità. In particolare:

- anche l'AGCM ha denunciato l'insufficiente diffusione di procedure aperte;
- l'AGCM sostiene che i criteri di preselezione delle compagnie (cioè i requisiti economici che consentono ad una compagnia assicurativa di poter partecipare ad una gara) siano ingiustificatamente rigidi; anche nel nostro database abbiamo verificato un'analogo tendenza: assai spesso la partecipazione alla gara è condizionata da vincoli dimensionali assai stringenti e comunque assai variabili tra enti appaltanti simili, il che dimostra quantomeno una certa confusione nell'interpretazione dello spirito dello strumento<sup>19</sup>;
- diffusione impropria di ATI, che potrebbero favorire esiti di aggiudicazione «collusivi» e che non sono giustificati dalla pratica assicurativa (anche in questo caso, come si vedrà nel prossimo paragrafo, la nostra base di dati conferma una certa diffusione della pratica)<sup>20</sup>;
- infine, l'AGCM denuncia una serie di condotte che elevano barriere all'ingresso a potenziali nuovi entranti nel mercato della copertura RCT/O; innanzitutto si documenta l'ingiustificata e non episodica presenza di

meccanismi impropri di rinnovo che sottraggono all'evidenza pubblica i relativi appalti (e anche di questo abbiamo fornito evidenza aggiornata nel paragrafo precedente); inoltre, viene dichiarata particolarmente problematica la sistematica carenza di informazioni al rinnovo del contratto, che mette l'*incumbent* in un'ingiustificata posizione di vantaggio informativo: la normativa prevede che tutte le informazioni statistiche passate del rischio siano messe a disposizione di chi desidera partecipare alla gara, ma queste informazioni sono spesso carenti, quando non assenti.

## 7. Esito delle aggiudicazioni e concentrazione dell'offerta

Dare un giudizio sull'efficienza allocativa delle procedure di aggiudicazione fin qui descritte è arduo, con le informazioni disponibili. Non è possibile fornire alcuna valutazione sul livello dei premi, visto che non è nota la quantità di rischio ceduto, né può essere stimato il premio puro. Inoltre, anche in termini relativi, il prezzo di aggiudicazione rispetto al valore stimato dell'appalto *ex-ante* è noto – come affermato – solo in un numero di casi relativamente ridotto. Alcune evidenze, tuttavia, sono ben chiare e significative.

Innanzitutto, siamo in grado di osservare la frequenza delle procedure di gara che non sono andate a buon fine. Per quanto ciò non consenta di fornire giudizi definitivi sull'efficienza allocativa del mercato, questo fenomeno è stato analizzato in letteratura ed è stato utilizzato quale indicatore dello stato di crisi del settore. Pensiamo di poter considerare «fallita» una procedura d'appalto se la gara non consente *tout court* l'aggiudicazione – o perché non viene presentata alcuna offerta, oppure perché le offerte presentate vengono giudicate tutte non adeguate – oppure, pur in presenza di un'aggiudicazione, se il rapporto contrattuale viene rescisso da una delle parti a breve distanza dall'aggiudicazione stessa.

Individuare il fallimento di ambo le tipologie per le procedure di gara nel nostro campione di 308 bandi, dei quali abbiamo talvolta informazioni incomplete, richiede l'adozione di un'adeguata metodologia; in particolare, abbiamo considerato «fallite» le procedure di aggiudicazione per le quali abbiamo raccolto esplicita notizia di assenza



di partecipanti o di offerte tutte inadeguate (40 casi) oppure quando una azienda sanitaria pubblica un nuovo bando di gara entro un anno da una sua precedente aggiudicazione (13 casi). Abbiamo quindi censito 53 casi di inefficacia della procedura di aggiudicazione, che rappresentano una quota di oltre il 17% dei bandi del nostro campione.

La **tabella 7** mostra la distribuzione temporale dei fallimenti delle procedure. Dissaggregando l'informazione per tipologia di azienda sanitaria, non si rilevano particolari distorsioni del fenomeno in questo senso. Si nota invece una chiara tendenza alla riduzione dei casi nel tempo<sup>21</sup>.

Dei 40 bandi non aggiudicati, 14 sono del 2003, 14 del 2004, 8 del 2005 e 4 del 2006. Dei 13 bandi aggiudicati ma non andati a buon fine 8 sono del 2003, 3 del 2004, 2 del 2005 e nessuno del 2006.

Abbiamo inoltre effettuato una regressione *probit* multivariata (i cui risultati sono riportati nell'**allegato 1**) per identificare le condizioni che rendono più probabile il fallimento del bando. Non sembra emergere

alcuna particolare capacità esplicativa delle variabili che controllano per la tipologia di amministrazione aggiudicatrice, per la sua dimensione o per la sua collocazione geografica. Emerge solo, oltre all'effetto temporale, una debole evidenza che la presenza di un *broker* riduca la probabilità di fallimento, come si può osservare anche nella **tabella 8**.

Per 55 bandi abbiamo a disposizione sia il bando di gara che l'avviso di aggiudicazione. La significatività di quest'ultimo sottoinsieme di bandi è limitata, e dunque una loro analisi va interpretata con cautela. In ogni modo essi sono maggiormente rappresentativi per il biennio 2005-2006 (7 nel 2003, 5 nel 2004, 17 nel 2005 e 34 nel 2006).

Dei residui 200 bandi non si ha alcuna notizia in merito all'aggiudicazione, nonostante la normativa richieda di rendere pubbliche tali informazioni.

Veniamo ora ad analizzare il sottoinsieme di gare che sono andate a buon fine e per le quali abbiamo a disposizione sia le informazioni dell'avviso di gara, che quelle dell'avviso di aggiudicazione. Esse hanno compor-

**Tabella 7**

Distribuzione temporale delle gare «fallite»

	<b>Tot.</b>	<b>%</b>	<b>Asl</b>	<b>%</b>	<b>Ao</b>	<b>%</b>
2003	22	23.2%	12	18.8%	10	32.3%
2004	17	19.3%	11	23.4%	6	15.0%
2005	10	15.9%	5	13.5%	5	19.2%
2006	4	6.5%	3	8.3%	1	4.3%
<b>2003-2006</b>	<b>53</b>	<b>17.2%</b>	<b>31</b>	<b>16.8%</b>	<b>22</b>	<b>18.3%</b>

**Tabella 8**

Distribuzione temporale delle gare non aggiudicate in funzione della presenza o assenza del *broker*

	<b>Tot.</b>	<b>%</b>	<b>Broker</b>	<b>%</b>	<b>No broker</b>	<b>%</b>
2003	22	23.2%	8	20.5%	14	25.0%
2004	17	19.3%	5	14.3%	12	22.6%
2005	10	15.9%	6	17.1%	4	14.3%
2006	4	6.5%	1	3.2%	3	9.7%
<b>2003-2006</b>	<b>53</b>	<b>17.2%</b>	<b>20</b>	<b>14.3%</b>	<b>33</b>	<b>19.6%</b>

tato transazioni per un valore complessivo di 103 milioni di euro circa. Alcune statistiche descrittive sono riportate in **tabella 9**.

Lungo tutto il periodo lo sconto per l'aggiudicazione rispetto al valore inizialmente indicato nel bando non presenta *trend* particolari, oscillando le relative medie annuali tra il 2 e il 30% con deviazioni standard assai elevate.

Anche in questo caso, pur con le cautele interpretative suggerite dalla più ridotta dimensione e significatività del campione, abbiamo effettuato alcune analisi statistiche

per identificare le condizioni che rendono probabile che l'amministrazione aggiudicatrice ottenga un più elevato sconto rispetto al valore stimato nell'avviso di gara. Anche in questo caso non emerge particolare capacità esplicativa delle variabili che controllano per la tipologia di amministrazione, per la sua dimensione o per la tipologia di procedura di aggiudicazione. Emerge solo una debole evidenza che la presenza di un *broker* sia associata ad un più elevato sconto.

La successiva **figura 1** mostra la relazione tra numero di offerte presentate e sconto

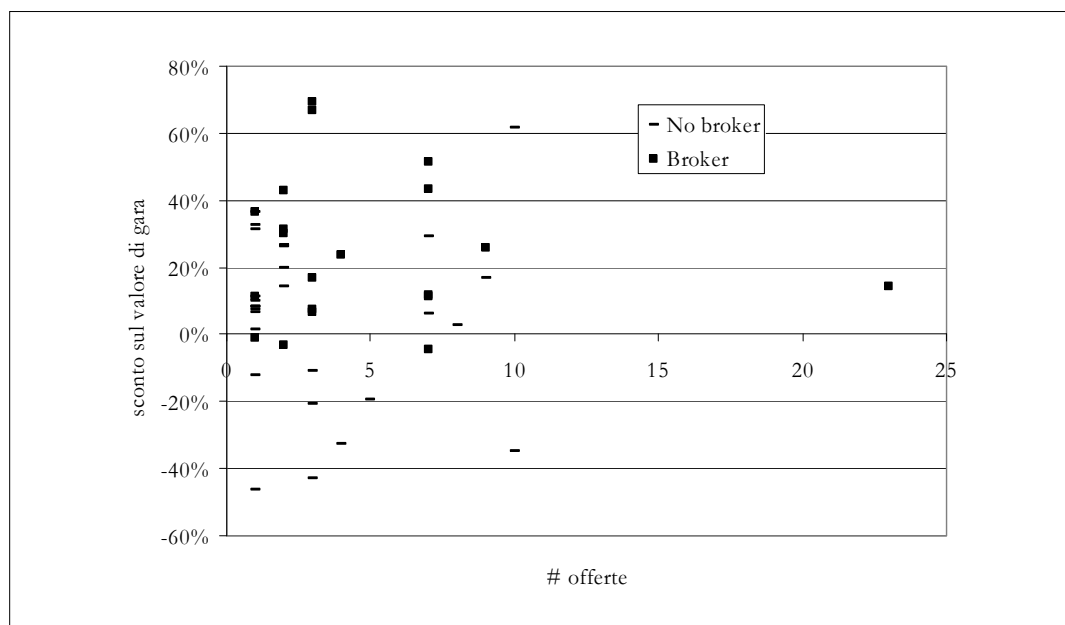
**Tabella 9**

Statistiche descrittive delle aggiudicazioni disponibili

	#	Asi	Ao	Valore totale di aggiudicazione	Valore medio di aggiudicazione	Sconto medio	Dev. st. dello sconto	# medio di offerte
2003	6	4	2	5.97	1.00	1.8%	34.7%	1.0
2004	4	3	3	19.89	3.32	10.5%	22.3%	1.3
2005	13	10	4	12.88	0.92	29.1%	21.5%	5.2
2006	32	29	15	64.49	1.47	8.8%	24.6%	3.9
<b>2003-2006</b>	<b>55</b>	<b>46</b>	<b>24</b>	<b>103.23</b>	<b>1.47</b>	<b>13.4%</b>	<b>25.9%</b>	<b>3.7</b>

**Figura 1**

Sconto all'aggiudicazione per gli avvisi disponibili



ottenuto, distinguendo tra i bandi nei quali l'amministrazione aggiudicatrice era supportata dalla presenza di un *broker* oppure no.

Anche qui è necessaria una certa cautela, non solo per la significatività del campione, ma anche perché il valore stimato dell'appalto rispetto al quale si calcola lo sconto viene fissato con qualche discrezionalità dall'aggiudicatrice, ed inoltre perché esso assume un significato differente in funzione del tipo di procedura adottata. Rimane comunque l'evidenza che alla presenza di un *broker* non sia associata una significativa superiore partecipazione di compagnie assicurative, così come ci si attenderebbe dalla presenza di un intermediario specializzato. Allo stesso modo, tuttavia, si osserva che la presenza di un *broker* ha escluso il rischio di ottenere uno sconto negativo (quando cioè l'aggiudicazione avviene ad un prezzo superiore al valore attribuito all'appalto in sede di avviso di gara).

La partecipazione alle gare vede in media la presenza di circa 4 compagnie. Va tuttavia sottolineato che un'accettabile partecipazione alle gare si riscontra solo a partire dal 2005: nel primo biennio considerato – pur con le cautele che i limiti del campione suggeriscono – le gare hanno sempre visto un solo partecipante, salvo in un caso in cui i partecipanti sono stati due.

Le 55 aggiudicazioni sono state assegnate a 18 compagnie (in 6 casi il vincitore era rappresentato da una ATI). La prima compagnia in termini di raccolta (*QBE Insurance Group*) si è aggiudicata 5 gare e ha raccolto 22,8 milioni di euro di premi<sup>22</sup>. Le prime tre compagnie si sono aggiudicate 19 gare e hanno raccolto 7,4 milioni di euro, per una quota pari al 55,6% del mercato. Per una valutazione sintetica della concentrazione dell'offerta, si consideri che l'indice di *Herfindahl* assume nel campione un valore pari a 1.283, che può essere considerato moderatamente elevato, con un grado di concentrazione minore rispetto a quello riscontrato sul mercato dei *broker*.

## 8. Lineamenti teorici di valutazione delle strutture contrattuali

Una valutazione più approfondita dell'efficienza dell'allocazione dei rischi sanitari presso il settore privato da parte della pub-

blica amministrazione non può prescindere, come si è detto, dall'analisi puntuale delle strutture contrattuali con le quali tale processo si è realizzato.

La conoscenza dell'entità – e della natura – di franchigie, massimali ed esclusioni consentirebbe di comprendere quanto e come il rischio sia stato effettivamente trasferito e quindi se sia adeguato l'incentivo alla prevenzione per ogni singolo soggetto responsabile (la singola azienda sanitaria). Se poi fosse possibile stimare anche la distribuzione dei rischi sanitari, si potrebbe valutare se la crescita dei premi osservata sia associata principalmente ad un incremento della rischiosità, ad un maggiore grado di copertura o ad una maggiore profittabilità delle coperture per le compagnie private.

Purtroppo, come si è detto, l'informazione pubblicamente disponibile non riporta alcuna informazione circa struttura del contratto e distribuzione osservata dei sinistri, che sono (episodicamente) reperibili solo nei capitolati di gara e nella documentazione ad essi allegata. Pur senza un riscontro statistico adeguato, alcune indicazioni contenute negli avvisi di gara e l'analisi di qualche capitolato e relativi allegati, suggeriscono tuttavia una serie di riflessioni su alcune tendenze in atto.

Con riferimento alle «non linearità» dei meccanismi di indennizzo, sia l'analisi episodica delle strutture di polizza che ci è stato possibile rinvenire, sia il rapporto della Regione Lombardia e quello del Ministero della salute confermano il crescente ricorso a franchigie e massimali. Sarebbero presenti nel 28% delle polizze delle aziende sanitarie lombarde nel 2006 (cresciute rispetto al 22% del 2004), sarebbero invece presenti nel 65% dei casi a livello nazionale nel 2004. Al di là di qualche dubbio circa la congruenza delle statistiche, si può certo affermare che le franchigie sono ampiamente diffuse e che si sta quindi osservando un fenomeno di riduzione del grado di copertura da parte delle aziende. Non ci sono informazioni dettagliate sulla tipologia delle franchigie (per singolo sinistro o aggregate per periodo) e sul loro livello<sup>23</sup>. Anche i massimali sono ampiamente diffusi nelle polizze di cui si è potuta osservare la struttura, sia per singolo sinistro oppure aggregati per periodo<sup>24</sup>.

Un secondo approfondimento a nostro avviso assai interessante meritano le evidenze di una crescente tendenza alla «riorganizzazione» (nel senso che verrà chiarito nel seguito) del rischio delle aziende sanitarie prima che esso sia trasferito sul mercato assicurativo. Nell'introduzione a questo lavoro si è affermato che il *locus* della responsabilità del rischio sanitario – al di là del coinvolgimento personale dei singoli professionisti – è la singola azienda sanitaria, e che questa scelta è economicamente giustificata dal riconoscimento che le principali responsabilità di investimento in prevenzione spettano effettivamente alla singola struttura. Ciò farebbe ritenere naturale che la copertura assicurativa della responsabilità sia cercata sul mercato privato da ogni singola azienda sanitaria, cioè «un'azienda-un appalto».

Quel che si osserva negli avvisi di gara da noi analizzati, è invece la frequente situazione «più aziende-un appalto» oppure «una azienda-più appalti», soluzioni spesso combinate fra loro per ottenere «più aziende-più appalti».

Analizzando dapprima il caso in cui la copertura dei propri rischi sanitari viene messa in gara da più aziende sanitarie contestualmente in un unico lotto (e quindi in uno stesso bando), questa situazione si verifica in 13 bandi su 308 (4,2%) nei quali tuttavia sono messe in gara le coperture di 70 aziende sanitarie delle 253 (27,3%) che compaiono nel nostro database nel quadriennio e che rappresentano il 22,6% dei valori appaltati del nostro campione.

Dal punto di vista temporale, a parte una prima piccola esperienza nel 2003 (due Asl abruzzesi che mettono a bando congiuntamente la propria copertura RCT/O), è dalla seconda metà del 2004 che questo fenomeno prende piede. L'evento che apre la strada alle esperienze successive è il noto bando della regione Piemonte del luglio 2004, nel quale viene messa a gara la copertura delle responsabilità di tutte le Asl (22) e tutte le Ao (6) della regione.

Ciò si realizza in ottemperanza alla Legge regionale n. 9 del 14/05/04, nella quale viene:

– istituito un fondo regionale per la mutualizzazione dei rischi delle 28 aziende regionali, (una sorta di franchigia aggregata in

pool tra tutti i partecipanti) al quale contribuisce ogni singola azienda secondo quote che saranno stabilite dalla Giunta regionale; e

– accentrato in sede regionale il compito di trasferire il rischio sanitario aggregato di tutte le 28 aziende, eccedente la copertura del fondo, presso un assicuratore privato.

Tale scelta risponde ad un obiettivo di «migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile». In seguito a questa esperienza, come si è detto, tra gli ultimi mesi del 2004 e la fine del 2006 si sono realizzati dieci bandi congiunti tra più aziende sanitarie e altri si sa che sono programmati per il prossimo futuro<sup>25</sup>. Questi bandi sono relativi ad iniziative autonome delle singole aziende che scelgono di coordinarsi fra loro (ciò si è verificato in Abruzzo, Emilia-Romagna, Molise e Trentino-Alto Adige) oppure per iniziativa regionale (oltre al caso piemontese, in Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Umbria).

Una seconda osservazione riguarda il fatto che è sempre più di frequente la disaggregazione *verticale* del rischio, secondo un modello tipicamente riassicurativo: l'amministrazione aggiudicatrice (sia essa la singola azienda sanitaria oppure un consorzio di più aziende) mette a bando più lotti di copertura in relazione fra loro per il fatto che il massimale della prima costituisce la franchigia della seconda, e così via<sup>26</sup>. Complessivamente, dai bandi di gara si osservano strutture di disaggregazione verticale in due bandi (2 aziende) nel 2003, in due bandi (31 aziende) nel 2004, in due bandi (2 aziende) nel 2005 e infine in tre bandi (16 aziende) nel 2006. Altre situazioni analoghe si sono plausibilmente verificate anche se non se ne trova traccia esplicita nel documento pubblicato sulla GUCE.

In conclusione, benché non si sia in grado di fornire al riguardo un'evidenza empirica sistematica, possiamo osservare che negli ultimi anni il processo di trasferimento del rischio sanitario presso il settore assicurativo privato ha presentato un crescente ricorso:

– alla ritenzione del rischio tramite l'uso di franchigie e massimali di varia tipologia;  
– all'aggregazione orizzontale dei rischi tra più aziende sanitarie prima che esso venga trasferito al mercato assicurativo;

– alla disaggregazione verticale del rischio prima che esso venga trasferito al mercato assicurativo.

Quali valutazioni di merito possiamo dare di tali tendenze?

Quanto all'uso di ritenzione del rischio ciò è da leggersi in senso positivo dal punto di vista degli incentivi: se abbiamo a cuore l'obiettivo di controllare efficientemente il rischio, quando il decisore delle politiche di *risk management* di ogni singola azienda sanitaria rimane responsabile di una quota adeguata di rischio possiamo supporre che egli attribuirà una priorità elevata alle azioni di controllo del rischio stesso<sup>27</sup>.

Secondariamente, data l'impressione di un notevole potere di mercato delle compagnie e di una bassa aleatorietà della coda sinistra della distribuzione dei sinistri<sup>28</sup>, trattenere il rischio vuol dire essenzialmente evitare di corrispondere un margine al soggetto privato.

Come<sup>29</sup> e quanto rischio sia ottimale trattenere, tuttavia, può essere valutato solo a fronte di una conoscenza ben più approfondita di quella pubblicamente disponibile in merito alla distribuzione statistica del rischio e sull'efficacia e la natura dei possibili programmi di *risk management*. Dalla sommaria analisi della valorizzazione delle franchigie e dei massimali in sede di capitolato di gara, si ha tuttavia l'impressione che questi strumenti siano valutati in modo un po' grossolano dalle amministrazioni aggiudicatrici.

L'aggregazione in uno stesso bando delle coperture di più aziende sanitarie richiama alle considerazioni che si facevano inizialmente. In fondo, questa soluzione non è altro che una versione intermedia tra la soluzione «un'azienda-un appalto» e la soluzione del fondo nazionale di mutualità tra tutte le aziende sanitarie. Gli svantaggi principali del secondo sono che introduce per definizione sussidi incrociati fra le aziende<sup>30</sup>, il che diluisce gli incentivi alla prevenzione. D'altro canto, è indubbio che un bando per la copertura di un portafoglio più esteso conferisca potere al lato della domanda, e quindi la capacità di ottenere condizioni più vantaggiose. Inoltre è evidente come un bando aggregato consenta di ridurre alcuni costi fissi (stesura e gestione del bando, accentrato delle competenze e simili)<sup>31</sup>, anche se

in questo caso ci si riferisce probabilmente ad economie di un altro ordine di grandezza rispetto alla rilevanza delle questioni precedentemente sollevate<sup>32</sup>.

Infine, la disaggregazione verticale del rischio in più *layers* può essere considerata per molti versi una soluzione quasi ovvia. E, d'altro canto, viene comunque alla fin fine realizzata anche in assenza di una consapevole scelta dell'amministrazione aggiudicatrice, nel senso che probabilmente le compagnie aggiudicatarie di un lotto non disaggregato verticalmente finiscono per disaggregare il rischio assunto trasferendone verticalmente una quota sul mercato riassicurativo. In questo senso, una domanda già disaggregata consente di economizzare un doppio margine di intermediazione del rischio della coda destra della distribuzione statistica. Ciò si realizza, tuttavia, se tale pratica favorisce effettivamente una segmentazione del mercato: il bando per i rischi «bassi» viene conteso da compagnie interessate a gestire un portafoglio di rischi relativamente diversificato, con sinistri attesi più numerosi e meno severi, per la qual cosa è probabilmente importante anche un presidio del territorio; viceversa il bando per i rischi «alti» viene conteso da compagnie in grado di diversificare autonomamente i rischi, che si riferiscono ad eventi rari e molto severi.

Poiché aggregazione orizzontale e disaggregazione verticale sono spesso compresenti (ciò si è verificato per esempio nei bandi delle Regioni Piemonte e Umbria ed in quelli delle Aree Vaste della Regione Toscana), sembra plausibile affermare che le due tendenze sono fra loro complementari: una più estesa aggregazione di aziende sanitarie consente di mettere in gare la copertura per gli eventi più severi potendo contare su un portafoglio più diversificato di quello della singola azienda sanitaria. In questo senso, esaminati pro e contro, sembrerebbe naturale affermare che i pro all'aggregazione orizzontale possano prevalere per i *layers* di rischio più alto, e viceversa per i pro del decentramento. Una possibile struttura virtuosa potrebbe allora prevedere che le singole aziende sanitarie si costituiscano in amministrazioni aggiudicatrici autonome per i *layers* di rischio bassi e si aggregino a livello regionale (o anche oltre) per eventi rari e assai severi.

### 9. Valutazioni di sintesi

Una visione complessiva dell'evidenza emersa dall'analisi dei bandi per l'aggiudicazione della copertura RCT/O fornisce alcuni chiari elementi di tendenza ed alcuni interrogativi rilevanti cui non è possibile fornire risposta precisa.

Innanzitutto, ci sono diversi elementi ad indicare che in generale il biennio 2005-06 abbia costituito un momento di discontinuità rispetto al passato.

Nel 2003-2004 i bandi evidenziano una partecipazione «faticosa» delle compagnie assicurative che frequentemente disertano le gare o comunque partecipano in piccolissimi numeri; a questa rigidità del mercato si accompagna un più limitato ricorso ai *broker* da parte delle aziende sanitarie e un uso relativamente limitato di procedure di aggiudicazione non aperte.

Nel biennio successivo i casi di fallimento dell'aggiudicazione (sia in sede di gara, sia nell'immediato seguito) si riducono drasticamente, insieme ad un evidente incremento del numero medio dei partecipanti alle gare; il ruolo dei *broker* si accresce sostanzialmente, aumentano i premi mediamente pagati da ogni singola struttura ed aumenta notevolmente la scelta di procedure di aggiudicazione ristrette o negoziate. Inoltre, cresce il ricorso a scelte contrattuali innovative, quali le aggregazioni di aziende sanitarie e la disaggregazione verticale dei contratti di copertura.

Questi elementi oggettivi e piuttosto evidenti sono tuttavia suscettibili di interpretazioni opposte ed estreme, tra le quali è assai difficile discriminare.

Da un lato, si potrebbe pensare che i motivi della situazione critica pre-2005 fossero da attribuirsi principalmente ad una scarsa sensibilità per le attività di gestione del rischio da parte delle aziende sanitarie ed alla loro scarsa capacità di proporre sul mercato assicurativo soluzioni contrattuali attraenti per le compagnie: solo le aziende palesemente meno rischiose sarebbero riuscite perciò a trovare copertura, accettando comunque ampi scoperti tali da giustificare premi relativamente bassi. Una cresciuta attenzione per il *risk management*, insieme ad una più accorta stesura dei contratti, favorita anche da un più ampio coinvolgimento dell'intermediazione

specializzata, avrebbe poi consentito in tempi più recenti una maggiore partecipazione delle compagnie alle procedure concorsuali ed una maggiore capacità di trasferimento del rischio, accompagnata da un livello dei premi mediamente più alto.

In uno scenario alternativo, l'evidenza prodotta potrebbe essere compatibile con l'accresciuta capacità da parte delle compagnie (e degli intermediari) di estrarre rendite dai propri clienti. In questo caso ai maggiori premi raccolti non si accompagnerebbe un crescente grado di copertura, e questo spiegherebbe la maggiore disponibilità dei privati a partecipare.

È evidente che le due tendenze non sono mutuamente esclusive e possono essersi verificate di volta in volta in contesti specifici. Ma avere indicazioni più precise sul prevalere di un fenomeno sull'altro sarebbe assai utile per comprendere quali interventi di *policy* proporre per garantire una riduzione dei rischi sanitari e allo stesso tempo una riduzione della spesa pubblica per trasferire i rischi al settore privato. Le informazioni indispensabili per consentire una diagnosi precisa della situazione riguarderebbero, come si è già avuto modo di sottolineare, statistiche estensive sul grado di copertura delle aggiudicazioni e sull'andamento della distribuzione dei sinistri. In questo senso, la carenza informativa da parte delle aziende sanitarie (con rarissime eccezioni) nuoce, oltre che alla contendibilità del mercato assicurativo, alla comprensione delle dinamiche del settore.

A favore del primo scenario sarebbe l'evidenza – impressionistica ma comunque abbastanza netta – di una struttura delle polizze sempre più sofisticata e complessa e della crescente attenzione da parte delle aziende sanitarie per un controllo diretto ed attento dei rischi.

A favore del secondo scenario sarebbe l'impressione del rafforzamento del potere di mercato da parte delle compagnie assicurative e degli intermediari<sup>33</sup>, testimoniata dalla struttura concentrata dell'offerta, dal crescente ricorso a procedure di gara non aperte e dal frequente ricorso alle ATI, scarsamente giustificate in chiave tecnica. Inoltre, per quanto sia evidente una crescente attenzione per il *risk management* da parte delle aziende sanitarie, è forse prematuro affermare che già siano stati raggiunti diffusi ed apprezza-

bili miglioramenti rispetto al recente passato: per esempio, il rapporto Ministero della salute (2006) informa che nel 2004 solo il 28% delle strutture sanitarie ha istituito una Unità di gestione del rischio clinico.

La possibilità in futuro di poter valutare evidenze analoghe a quelle qui prodotte con qualche superiore grado di precisione sembra indispensabile, alla luce delle precedenti considerazioni. Comprendere se il funzionamento del mercato per la copertura dei rischi sanitari sia determinato in prevalenza dal potere di mercato delle compagnie e degli intermediari oppure dalla dinamica dei parametri relativi al rischio è evidentemente cruciale. Se fosse il potere di mercato a prevalere, non solo il soggetto pubblico acquisirebbe copertura a condizioni non vantaggiose, ma inoltre si rivelerebbero poco efficaci gli incentivi affinché si realizzi una spinta autonoma al virtuoso controllo dei rischi. E, conseguentemente, la *partnership* privata perderebbe tutto il suo valore. Per ottenere questa capacità esplicativa è indispensabile pensare ad uno sforzo istituzionale di raccolta tempestiva e standardizzata dei dati sensibili che abbiamo messo in evidenza lungo tutto questo lavoro, e che attualmente sono disponibili solo in forma episodica e non adeguatamente finalizzata per gli scopi di controllo del sistema.

## Note

1. Per una ampia discussione sulla natura tecnica dei rischi sanitari, e in particolare di quelli clinici, si veda il Rapporto del Ministero della Salute (2004); sugli aspetti giuridico-istituzionali in Italia, si veda Ferlini (2003).
2. La finalità equitativa, in realtà, potrebbe anche essere perseguita tramite strumenti redistributivi centralizzati, finanziati dalla fiscalità generale, in linea con il funzionamento di tutto il sistema sanitario. È dunque l'obiettivo di suscitare incentivi efficienti a giustificare in ultima istanza la scelta di responsabilizzare direttamente il produttore (individuo o organizzazione) del servizio sanitario.
3. Per essere precisi, la teoria delle assicurazioni distingue abitualmente tra *prevenzione* in senso stretto, cioè un investimento teso a diminuire l'entità del danno nel caso in cui il sinistro dovesse realizzarsi (ad esempio, l'acquisto di un estintore), e *protezione* cioè un investimento teso a diminuire la probabilità del danno (ad esempio, l'installazione di un antifurto). Si veda Jullien *et al.* (1999). Salvo ove diversamente specificato, in questo lavoro ci riferiremo per semplicità con il termine *prevenzione* ad entrambe le attività.
4. La previsione normativa di cogenza della copertura è per la verità piuttosto ambigua, in quanto il «rischio sanitario» non è un'entità indivisibile, e le scelte al riguardo non sono solo *se* esso debba venire trasferito o meno, ma *quanto* e *come* debba esserne trasferito. Il nuovo Contratto collettivo nazionale dei medici dirigenti del 4 novembre 2005, all'art. 21, ha modificato quanto previsto dall'art. 24 del precedente contratto in tema di responsabilità dei medici dirigenti e delle aziende in cui essi operano. In particolare, si evidenziano l'impegno diretto da parte delle aziende a garantire una (non meglio precisata) *adeguata* copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti dell'area.
5. La letteratura economica al riguardo è assai vasta: al riguardo si veda, per esempio, Persson e Tabellini (1996).
6. TED è l'acronimo di *Tender Electronic Daily* (*ted.europa.eu*).
7. Nonostante la previsione normativa, in molti bandi pubblicati, purtroppo, le informazioni risultano comunque incomplete.
8. Il numero di aziende sanitarie è mutato nel corso dell'orizzonte di tempo considerato. I dati cui qui ci si riferisce sono quelli riportati dall'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale del 2005.
9. Come si è detto, la soglia è pari a 200 mila euro nel periodo di esame (ad oggi essa è stata alzata a circa 211 mila euro), e si riferisce al valore complessivo dell'appalto, che è spesso pluriennale. Per confermare l'eshaustività della nostra ricerca, abbiamo acquisito per il periodo in esame da una società specializzata la raccolta di tutti i bandi in esame pubblicati non solo sulla GUCE, ma anche sulla GU italiana, sui bollettini regionali e sui principali quotidiani: nessun avviso di gara supplementare è stato rinvenuto.
10. Negli ultimi tre anni il valor medio è passato da 18,0, a 17,1 e poi a 20,0 mila euro, ma le differenze tra medie delle tre distribuzioni non sono plausibilmente ordinabili in senso statistico.
11. Per esempio, alcuni colloqui con operatori del settore hanno confermato l'uso diffuso della prassi di fissare in prima approssimazione i premi quali percentuali delle retribuzioni lorde del personale sanitario dell'amministrazione aggiudicatrice.
12. In particolare, si veda Kessler e McClellan (2002), US General Accounting Office (2003) e Neale *et al.* (2005).
13. Come si nota dalla numerosità del campione, non tutti i 308 bandi indicano il valore dell'appalto. Dal punto di vista metodologico, inoltre, va specificato che nei bandi nei quali più aziende sanitarie si proponevano consorziate quale unico ente appaltante, il valore stimato è stato suddiviso in parti uguali per tutte le singole azienda sanitarie.
14. Questa evidenza non deve risultare sorprendente. È vero che è in atto una tendenza generale di spostamento delle attività cliniche in senso stretto – cioè quelle maggiormente sottoposte ai rischi di nostro interesse – dalle Asl alle Ao. Questo fenomeno, quando sarà completato, dovrebbe comportare anche, naturalmente, uno spostamento dei maggiori oneri per la copertura presso le Ao. In realtà, l'evidenza mostra ancora la presenza prevalente di attività cliniche sotto la responsabilità delle Asl: quale *proxy* per

- verificare questa affermazione, si consideri che nel 2004, il 64,8% del costo del lavoro per il personale di ruolo sanitario era a carico delle Aziende sanitarie locali (fonte Ministero della salute, Dati economico-finanziari del Ssn [www.ministerosalute.it/programmazione/finanziamento/dati.jsp](http://www.ministerosalute.it/programmazione/finanziamento/dati.jsp)). In effetti, nella regione nella quale il processo di trasferimento si è (quasi) pienamente realizzato, l'onere della copertura assicurativa dei rischi a carico delle Asl è assai limitato rispetto a quello delle Ao. In Lombardia, il costo del lavoro per il personale di ruolo sanitario a carico delle Asl nel 2004 era solo il 13,0% del totale, e a fronte di questo, i premi pagati dalle Asl per polizze RCT/O è stato circa il 6,9% del totale dei premi raccolti sull'intero periodo 1999-2006.
15. Anche il *broker* viene selezionato secondo le procedure di evidenza pubblica previste dalla normativa.
  16. Il rapporto del Ministero della salute (2006) indica la presenza di un consulente assicurativo in oltre i tre quarti delle aziende sanitarie. La quota sostanzialmente inferiore da noi riscontrata potrebbe in parte riferirsi ad omissioni nei bandi esaminati; più probabilmente si riferisce al fatto che il consulente assicurativo indicato nel questionario del rapporto in questione riguarda anche rapporti di consulenza che non prevedono la presenza di intermediario assicurativo in senso proprio quale è un *broker*.
  17. L'indice di Herfindahl è definito come sommatoria del quadrato delle quote di mercato di tutte le imprese attive e misura quindi il potere di mercato sul lato dell'offerta. Esso assume valori compresi tra zero (in condizioni di concorrenza perfetta) e 10.000 (in caso di monopolio). A titolo di esempio, le *Merger Guidelines* del US Department of Justice definiscono come «moderatamente concentrato» un mercato nel quale l'indice di Herfindahl sia compreso tra 1.000 e 1.800 e «altamente concentrato» un mercato nel quale l'indice di Herfindahl assume valori superiori a 1.800.
  18. Il Codice dei contratti pubblici mutua in ambito italiano la terminologia comunitaria: le *procedure aperte* sono quelle che in passato venivano denominate «aste pubbliche»; le *procedure ristrette* sono quelle che in passato venivano denominate «licitazione privata» o «appalto-concorso»; le *procedure negoziate* sono quelle che in passato venivano denominate «trattativa privata».
  19. È difficile fornire un quadro completo dei requisiti economici che sono richiesti negli avvisi di gara per consentire alle compagnie di partecipare alla gara stessa. Alcuni requisiti riguardano un *rating* minimo ottenuto da agenzie qualificate; altri l'entità del patrimonio netto della compagnia; altri la raccolta dei premi relativi a specifici rami; altri le caratteristiche dell'organizzazione territoriale della compagnia; altri infine la storia pregressa di contratti stipulati con la pubblica amministrazione. Spesso poi questi requisiti vengono richiesti in forma combinata. Per dare un'idea della discutibile disomogeneità dei criteri, possiamo dire che in più di un terzo dei bandi (109 su 308) il requisito alla partecipazione è espresso (anche) con una soglia minima di raccolta annua dei premi nei rami danni. Ebbene, questi 109 bandi prevedono una soglia media di 155 milioni di euro di raccolta, con notevole varianza testimoniata da un valore minimo di 1 milione e da uno massimo di 700 milioni. In alcuni casi, quindi, per amministrazioni aggiudicanti assai simili si finisce col proporre meccanismi selettivi dimensionali che possono essere da molto selettivi a sostanzialmente irrilevanti.
  20. Solo in alcuni rari casi il bando di gara esclude le ATI dalla partecipazione; più spesso viene invece dichiarata una quota minima di partecipazione che dovrà essere garantita dalla mandataria dell'ATI.
  21. Stante il criterio con il quale abbiamo indicato come «fallite» anche le gare aggiudicate ma nuovamente bandite entro un anno, è stato verificato lo stato di tutti i bandi del 2006 entro il 2007.
  22. La presenza di compagnie straniere tra le aggiudicatricie non è episodica, a testimoniare una significativa apertura internazionale del mercato.
  23. Il rapporto della Regione Lombardia indica la presenza di franchigie per sinistro tra i 1.000 e i 75.000 euro e franchigie aggregate tra i 200 mila e 1 milione di euro. Complessivamente, il grado di scoperto delle aziende lombarde è stimato dell'ordine di 27 milioni di euro.
  24. Nell'ambito della Regione Lombardia, i massimali per singolo sinistro – ove presenti – sono fissati tra 1 e 15 milioni di euro, quelli aggregati tra i 5 e i 50 milioni di euro all'anno.
  25. La realizzazione di questi progetti viene rallentata dalla necessità di sincronizzare preventivamente le date da cui far partire la nuova copertura «congiunta», attendendo la scadenza delle precedenti, acquisite autonomamente dalle singole aziende sanitarie.
  26. Nel caso piemontese prima citato, ad esempio, ogni singola azienda mantiene una franchigia di 1.500 euro. Per i risarcimenti che superano tale soglia, e fino ad un massimale di 500 mila euro, i risarcimenti sono a carico del fondo di mutualità tra le 28 aziende sanitarie piemontesi. A questo punto, la regione Piemonte ha messo a bando tre distinti lotti di copertura: la prima (*primary layer*) che risarcisce i sinistri tra 1.500 e 500 mila euro in eccedenza del fondo (che è dimensionato a 15 milioni di euro); la seconda (*working layer*) che risarcisce i sinistri oltre i 500 mila euro e fino a 5 milioni di euro; e infine la terza (*excess layer*) che risarcisce i sinistri oltre la soglia dei 5 milioni di euro.
  27. Alla crescente attenzione da parte delle aziende sanitarie per i temi della *clinical governance* e del *risk management* sono dedicati svariati saggi in successivi Rapporti OASI, e in particolare su OASI (2006).
  28. In altri termini: se è vero che un certo ammontare minimo di risarcimenti è strutturalmente presente nell'attività di ogni azienda sanitaria, si potrebbe per iperbole sostenere che esso non rappresenti un rischio, bensì semplicemente un costo.
  29. Come si è in anticipo, è qui opportuno distinguere tra investimenti in prevenzione (finalizzati a ridurre la severità dei sinistri) e quelli in protezione (finalizzati a ridurre la frequenza dei sinistri); una franchigia è ritenuta strumento ottimale per incentivare alla protezione, un massimale per incentivare alla prevenzione. Franchigie e massimali aggregati, poi, hanno proprietà attuariali ancor più complesse.
  30. A meno che il meccanismo di contribuzione al fondo da parte di ogni singola azienda non sia in grado



- di replicare precisamente la struttura tariffaria di un mercato assicurativo privato.
31. Al riguardo è interessante la soluzione intermedia della Regione Marche che accentra non tanto la copertura come nel caso della Regione Piemonte, ma la procedura di bando in nome e per conto delle singole aziende regionali. Alcuni bandi aggregati – quelli delle varie Aree Vaste Toscane – prevedono invece un lotto unico per le varie aziende appartenenti, nel quale però è prevista una quotazione del rischio disaggregata per singola azienda.
32. Al riguardo è forse opportuno rilevare che l'efficienza aggregazione del rischio ottenuta con bandi che riuniscono più amministrazioni locali non deve essere necessariamente considerata la determinante principale di tale opzione strategica: l'aggregazione dei processi di acquisto è infatti una tendenza ben chiara nel panorama italiano (si veda ancora OASI, 2006) anche in quei segmenti di domanda che nulla hanno a che fare con problemi di *risk management*.
33. A titolo di esempio, il rapporto della Regione Lombardia riporta che i premi raccolti dalle compagnie nel periodo di analisi sono stati pari a 406 milioni di euro, con un rapporto S/P – anche ammesso che le riserve al 31/12/2006 siano tutte relative a sinistri degli otto anni esaminati, attorno al 73%.

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

- BUZZACCHI L., TURATI G. (2008), *Precautionary investments and vertical externalities: the role of private insurers in multi-layered governments*, Carefin Working Paper, 2.
- FERLINI M. (2003), *Risarcimento del danno e responsabilità. Le assicurazioni nella pubblica amministrazione*, GEDIT, Bologna.
- JULLIEN B., SALANIÉ B., SALANIÉ F. (1999), «Should more risk-averse agents exert more effort?», *Geneva Papers on Risk and Insurance: Theory*, 24, pp. 19-28.
- KESSLER D., MCCLELLAN M. (2002), «Malpractice law and health care reform: optimal liability policy in an era of managed care», *Journal of Public Economics*, 84, pp. 175-97.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2004), *Risk Management in sanità. Il problema degli errori*, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Roma, marzo.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2006), *Aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico*, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Roma, settembre.
- NEALE F.R., EASTMAN K.L., PETERSON P.P. (2005), *Is there a crisis in healthcare professional liability insurance?*, meeting of the Financial Management Association, Chicago, Illinois, October.
- OASI (2006) *Rapporto OASI 2006*, Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), Egea, Milano.
- REGIONE LOMBARDIA (2007), *Mappatura dei sinistri di RCT/O del Sistema Sanitario Regionale*, Direzione Regionale Sanità, Terza Edizione, Milano, aprile.
- PERSSON T., TABELLINI G. (1996), «Federal fiscal constitutions: risk sharing and moral hazard», *Econometrica*, 3, pp. 623-46.
- US GENERAL ACCOUNTING OFFICE (2003), *Medical malpractice insurance*, Report to Congressional Requesters, 702, Washington.

## ALLEGATO 1

Stima *probit* delle determinanti del fallimento dei bandi (variabile dipendente FAIL, 53 occorrenze positive)

Qui sotto riportiamo la stima *probit* della variabile FAIL, che assume valore 1 per tutte le 53 osservazioni corrispondenti a bandi «falliti». Le variabili ANNO200x sono variabili *dummy* che assumono valore 1 nell'anno 200x e zero altrimenti, SUD&ISOLE è una variabile *dummy* che identifica le amministrazioni aggiudicatrici localizzate nel sud Italia e nelle isole, BROKER è una variabile *dummy* che identifica appunto la presenza di un broker, PERSSAN è una variabile che misura il costo del personale sanitario per la amministrazione aggiudicatrice, ossia una *proxy* dimensionale per l'impresa sanitaria appaltante, VAL/PERS è il rapporto tra valore dell'aggiudicazione indicato nel bando e costo del personale sanitario, che dovrebbe individuare bandi nei quali, *ceteris paribus*, il grado di copertura richiesto è elevato.

LR  $\chi^2(7) = 14,15$   
 Prob.  $> \chi^2 = 0,0486$   
 Log-likelihood = - 110,78  
 Pseudo  $R^2 = 0,0600$

Fail	Coeff.	z	P > z
Cost.	- 1,40	- 3,60	0,000
Anno2003	0,94	2,76	0,006
Anno2004	0,89	2,68	0,007
Anno2005	0,61	1,72	0,085
Sud&Isole	- 0,08	- 0,39	0,695
Broker	- 0,29	- 1,44	0,151
PersSan	- 1,20	- 0,67	0,505
Val/Pers	2,21	0,35	0,724

L'evidenza empirica proposta (analogamente ad altre varianti del modello che usano anche tutte le altre principali informazioni contenute nei bandi di gara) mostra sostanzialmente che non emergono «semplici» determinanti del fallimento di un bando. Le regolarità significative sono solo che la probabilità di fallimento del bando diminuisce costantemente nel tempo, e – debolmente – che diminuisce con la presenza di un *broker*. Non emerge invece alcuna chiara dipendenza del fallimento dalla collocazione geografica o dalla dimensione dell'amministrazione aggiudicatrice, né dall'entità del rischio trattenuto dall'amministrazione aggiudicatrice stessa.

# NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

Aa.Vv. Nomisma

## **SETTORE FARMACEUTICO E SISTEMA PAESE: CONTRIBUTI ED ESIGENZE PER UNO SVILUPPO SOSTENIBILE**

IL MULINO, BOLOGNA, 2008, PP. 147, € 14

*Il farmaceutico è un settore dalle numerose e varie potenzialità in termini di capacità di determinare processi ampi di sviluppo economico e sociale e la concorrenza - sempre più accesa - tra Paesi di vecchia e nuova industrializzazione per l'attrazione di investimenti farmaceutici ne è una delle principali manifestazioni. Tali potenzialità sono confermate anche in Italia, attualmente uno dei mercati farmaceutici più rilevanti nel mondo, dove si riscontrano esperienze imprenditoriali di grande rilievo che hanno contribuito ad affermare il ruolo del Paese nello scenario globale. Tra queste vi è certamente l'attività che GlaxoSmithKline, multinazionale inglese e seconda società farmaceutica del mondo per fatturato, ha progressivamente sviluppato in Italia a partire dal 1932 attraverso un percorso fatto di investimenti, ricerca, prodotti innovativi, sviluppo industriale, competizione nazionale ed internazionale. La fotografia del ruolo di GSK Italia nel panorama della ricerca e della produzione dei farmaci e la lettura della capacità attrattiva del Paese evidenziano, però, una crescente difficoltà del sistema-Italia nel definire condizioni di contesto competitive per lo sviluppo del settore. Da qui l'esigenza di tornare a ragionare in termini di sviluppo del farmaceutico con maggiore profondità di campo e con crescita di spessore del dibattito e degli strumenti, nella consapevolezza che l'onere connesso a tale impegno può determinare un corrispettivo di incommensurabile valore fatto da un più corretto equilibrio tra equità, efficienza e competitività.*

**INDICE** INTRODUZIONE - 1. IL FARMACEUTICO: UN SETTORE PER LO SVILUPPO SOCIALE ED ECONOMICO DEL PAESE - 2. L'ATTRATTIVITÀ DEL SISTEMA ITALIA - 3. L'IMPRESA: GLAXOSMITHKLINE - 4. LE POLITICHE PER L'ATTRAZIONE (E IL MANTENIMENTO) DI INVESTIMENTI NEL SETTORE FARMACEUTICO. CONCLUSIONI. POSTFAZIONE. BIBLIOGRAFIA

Maria Serena Caroppo, Gilberto Turati

## **I SISTEMI SANITARI REGIONALI IN ITALIA. RIFLESSIONI IN UNA PROSPETTIVA DI LUNGO PERIODO**

VITA E PENSIERO, MILANO, COLLANA: ECONOMIA - CONTRIBUTI, 2007, PP. 416, € 30

*Il volume offre uno spunto di riflessione su analogie e differenze dei sistemi sanitari regionali in Italia, in termini di risorse finanziarie impiegate (pubbliche e private), funzioni di spesa e struttura della produzione di servizi di assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera. L'analisi si basa su una raccolta sistematica e organica dei dati resi disponibili dalle principali fonti istituzionali, organizzati sulla base delle classificazioni OCSE proposte nel System of Health Accounts. L'originalità del lavoro deriva anche dal tentativo di ricostruire le tendenze di «medio-lungo» periodo che hanno caratterizzato l'evoluzione dei sistemi regionali, concepiti come istituzioni complesse che consumano risorse economiche al fine di produrre servizi sanitari per i cittadini, in un quadro di regole ben definito.*

**INDICE** PRESENTAZIONE - RINGRAZIAMENTI - PREMESSA - GUIDA ALLA LETTURA - 1. SPESA SANITARIA E TUTELA DELLA SALUTE - 2. IL FINANZIAMENTO - 3. LE FUNZIONI DI SPESA - 4. I PRODUTTORI - 5. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Laura Fioravanti, Mauro Petrangeli, Marco Zucconi

**BALANCED SCORECARD E BUDGETING. GUIDA PER IL MANAGEMENT DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

CARROCCI EDITORE, ROMA, PP. 174, € 18,20

*Il testo presenta una metodologia di misurazione e gestione delle performance denominata Balanced Scorecard (BSC), con particolare riferimento all'ambito delle professioni sanitarie. La BSC è calata nel contesto sanitario attuale e messa a confronto con il sistema di budgeting. Con la BSC il management delle professioni sanitarie può avvalersi di uno strumento che integra il budget ed è capace di correlare i risultati operativi del breve e medio periodo con gli obiettivi strategici di lungo termine. Il volume è rivolto ai professionisti sanitari che ricoprono incarichi di responsabilità manageriale, nonché agli studenti delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie e dei master in management.*

**INDICE** PRESENTAZIONE. PREMESSA. INTRODUZIONE. - 1. LA BALANCED SCORECARD. - 2. COSTRUIRE UNA BALANCED SCORECARD. - 3. I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE. - 4. LA BALANCED SCORE CARD NELL'AMBITO DELLE PROFESSIONI SANITARIE. APPENDICE. PROGETTO DI BALANCED SCORECARD PER IL SERVIZIO/DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE. BIBLIOGRAFIA

Clemente Lanzetti

**QUALITÀ E MODELLI DI CURA. UNA VERIFICA SULLE RIFORME IN SANITÀ**

FRANCO ANGELI, MILANO, 2005, PP. 255, € 18,50

*L'analisi condotta in questo volume ruota attorno alla necessità di ripensare i modelli di cura alla luce dei cambiamenti portati da tre fattori: l'ottica nuova con cui un'ampia fascia della popolazione guarda e vuol gestire la propria salute; la riforma sanitaria avviata con la legge 421 del 1992; la chiusura dei manicomi, come effetto a lungo termine della legge 180 del 1978, meglio nota come legge Basaglia, da alcuni osannata e da altri deprecata. Si tratta di uno studio sociologico che ha come riferimento i risultati di ricerche condotte su pazienti che hanno fatto ricorso al ricovero ospedaliero, su operatori impegnati in prima fila nell'affrontare il disagio psichico in contesti difficili com'è quello metropolitano e su medici di base, che oggi devono fare i conti con pazienti più critici, più autonomi e che spesso ricorrono all'uso di medicine sia convenzionali sia non convenzionali. Le tematiche che vengono affrontate sono numerose e riguardano in particolare: l'attenzione alla fase che precede e che segue l'ospedalizzazione, l'umanizzazione delle cure, la qualità delle prestazioni ospedaliere, gli effetti positivi e negativi del processo di aziendalizzazione della sanità, il coinvolgimento del privato sociale e del privato mercantile in regime di libera scelta, la valutazione della qualità, l'intervento di cura per alcune particolari categorie di persone con disagio psichico, le nuove forme di comunità in ambito psichiatrico e le strategie di rete orientate al modello della community care. L'autore cerca di fare un'analisi che sia il più possibile aderente ai fatti, mostrandone le luci e le ombre e cercando di arrivare a proposte operative concrete, che interessino: istituzioni, operatori, società civile e singoli cittadini.*

**INDICE** PRESENTAZIONE. INTRODUZIONE. - 1. IL CONCETTO DI SALUTE E IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: UN QUADRO DI RIFERIMENTO PER L'ANALISI EMPIRICA. - 2. LA QUALITÀ DEL SERVIZIO IN OSPEDALE: UNA RICERCA SULL'ESPERIENZA DEI MALATI. - 3. LA CURA DEL DISAGIO PSICHICO: UNA RICERCA QUALITATIVA SUI SERVIZI PSICHIATRICI A MILANO. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. ALLEGATO STATISTICO. ALLEGATO STATISTICO. ALLEGATO LEGISLATIVO.

Gavino Maciocco

**POLITICA, SALUTE E SISTEMI SANITARI. LE RIFORME DEI SISTEMI SANITARI NELL'ERA DELLA GLOBALIZZAZIONE**

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, PP. 104, € 19

*Da circa vent'anni i sistemi sanitari di tutto il mondo sono sottoposti a fortissime tensioni: in discussione non sono solo gli assetti organizzativi e istituzionali dei sistemi sanitari, ma anche la loro missione, il ruolo del servizio pubblico e dei professionisti che vi operano, i diritti stessi dei cittadini. Questo libro cerca di spiegare le ragioni, le vere radici, di queste tensioni ripercorrendo la storia dei sistemi sanitari negli ultimi due secoli (ovvero dalla nascita dei moderni sistemi sanitari in poi), mettendola in relazione con gli eventi politici, economici e sociali intercorsi e cercando di cogliere di volta in volta i fattori che hanno maggiormente influito sulle loro trasformazioni. Si scoprirà alla fine che – come afferma V. Fuchs – «I grandi cambiamenti nella sanità sono atti politici intrapresi per fini politici».*

**INDICE** PREMessa - 1. LA NASCITA DEL MODERNO SISTEMA SANITARIO - LA RIVOLUZIONE INDUSTRIALE E LA NASCITA DELLA MODERNA SANITÀ PUBBLICA - IL «1848» E LA NASCITA DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI OBBLIGATORIE - LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO NELL'OTTOCENTO - LO SVILUPPO DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI - BIBLIOGRAFIA - 2. LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELL'UOMO - IL BEVERIDGE REPORT E LA NASCITA DEL NATIONAL HEALTH SERVICE - LO SVILUPPO DEI SISTEMI SANITARI UNIVERSALISTICI - LE RIFORME INCREMENTALI NEGLI USA. MEDICARE E MEDICAID - LA CONFERENZA DI ALMA ATA - BIBLIOGRAFIA - 3. GLOBALIZZAZIONE E SALUTE - PHC: SELECTIVE VS COMPREHENSIVE. LA CONTORRIVOLUZIONE - WELFARE: IL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA. IL NEO-LIBERISMO - LE POLITICHE DELLA BANCA MONDIALE - L'ECLISSE DELL'OMS - LA TRAPPOLA MEDICA DELLA POVERTÀ - I PROGRAMMI VERTICALI E LE PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO - IMPERIALISMO UMANITARIO - GLOBALIZZAZIONE E SALUTE - COS'È LA GLOBALIZZAZIONE - IL MERCATO GLOBALE DELLA SALUTE - LA MIGRAZIONE «GLOBALE» DEL PERSONALE SANITARIO - GLOBALIZZAZIONE E DISPONIBILITÀ DI ACQUA - LA GLOBALIZZAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO - L'INFLUENZA DELLA GLOBALIZZAZIONE SULLA SALUTE - GLOBALIZZAZIONE E SALUTE. MODELLI CONCETTUALI - BIBLIOGRAFIA - 4. L'EPIDEMIA DELLE RIFORME SANITARIE - PAESI POVERI IN TRAPPOLA - PAESI A BASSO REDDITO IN CONTROTENDENZA - PAESI EMERGENTI - PAESI DELL'EX-MODELLO SEMASHKO - SISTEMI UNIVERSALISTICI MODELLO BISMARCK - SISTEMI UNIVERSALISTICI MODELLO BEVERIDGE - BIBLIOGRAFIA - 5. CONCLUSIONI - APPENDICE STATISTICA - SITI WEB SU GLOBALIZZAZIONE E SALUTE

Giovanni Padovani (a cura di)

**IL DIRITTO NEGATO. LA SALUTE E LE CURE SONO UGUALI PER TUTTI?**

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2008, PP. 169, € 17,00

*Quali sono le disuguaglianze di salute in Italia? Qual è l'ampiezza di tali disuguaglianze tra le diverse classi sociali? Lo stesso divario si riflette anche nella distribuzione sociale dei cosiddetti «comportamenti a rischio»? Queste le principali domande a cui il volume tenta di fornire risposte esaustive. Prendendo come riferimento la speranza di vita, oggi i divari più vistosi non sono quelli che si registrano tra centro-nord e sud della Penisola ma tra i diversi quartieri delle grandi città. E non si tratta soltanto della speranza di vita: nelle fasce socialmente più disagiate della popolazione vi sono più malattie, soprattutto croniche e invalidanti. Anche la prevalenza dei cosiddetti comportamenti a rischio, come il fumo e l'alcol, è maggiore negli strati sociali svantaggiati, ma non sempre le iniziative di prevenzione tengono conto dei target di riferimento. Le disuguaglianze sociali e di salute all'interno del Paese rendono urgente una riflessione seria sulla universalità del nostro sistema-salute. È per questo che l'ultimo ma fondamentale problema indagato in queste pagine riguarda il servizio sanitario italiano, a cui viene riconosciuta una architettura formale aperta a tutti: ma l'equità è anche nei fatti o esistono nella realtà aree di discriminazione?*

**INDICE** PRESENTAZIONE, DI CESARE CISLAGHI - INTRODUZIONE - 1. LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE IN ITALIA - LE CITTÀ DIVISE - LO SVANTAGGIO DEL MERIDIONE - IL TREND STORICO DELLA DISUGUAGLIANZA - UN PROBLEMA DI METODO: QUALI «INDICATORI»? - CONCLUSIONI: UN PROBLEMA DI CULTURA - BIBLIOGRAFIA - 2. LA PREVENZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO - I COMPORTAMENTI A RISCHIO - LO STRESS E I FATTORI PSICOSOCIALI - IL RISCHIO AMBIENTALE - IL CONTESTO - CONCLUSIONI: LE SCELTE POSSIBILI - BIBLIOGRAFIA - 3. QUELLO ITALIANO È UN SISTEMA SANITARIO EQUO? - LA SPESA PER LA

SALUTE: UN PROCESSO DI «PRIVATIZZAZIONE STRISCIANTE» - LA MORTALITÀ INFANTILE NEL MERIDIONE: IL FURTO DELLA NASCITA - L'AREA DELL'INVALIDITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA - LE PAROLE NEGATE: IL PROBLEMA DELLA COMUNICAZIONE - LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURALE - CONCLUSIONI - BIBLIOGRAFIA. 4. IL DIZIONARIO DELL'EQUITÀ - APPENDICE 1. INTERVISTE AD AMEDEO SANTOSUOSSO E SANDRO SPINSANTI - APPENDICE 2. LE CONFERME DELLA LETTERATURA

Andrea Valdambrini

**LA GESTIONE DEI CONFLITTI IN AMBITO SANITARIO**

IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA, 2008, PP. 178, € 20,00

*Cosa succede quando la relazione non è armonica o appropriata? E quando c'è disaccordo sui ruoli, sullo status, sui confini professionali, sui percorsi terapeutici, sulle scelte da compiere? E quando ci sono visioni diverse della vita, della morte, della riproduzione, del concetto di salute? Queste domande non riguardano solo la figura del medico. I compiti di cura e il contatto diretto con il paziente sono spesso opera di altre figure professionali quali il personale infermieristico e gli operatori psico-socio-sanitari. Ai conflitti con il cittadino malato vanno aggiunti poi quelli tra gli stessi operatori sanitari, che possono essere altrettanto distruttivi e rendere il luogo di lavoro un vero campo di battaglia. Questo documentato saggio offre ai lettori un'analisi teorica dei conflitti e indicazioni per trasformarli in maniera costruttiva, ma anche una chiave di lettura per comprendere come mai l'ambito socio-sanitario sia diventato un luogo dove imperversano i conflitti.*

**INDICE** PRESENTAZIONE, SANDRO SPINSANTI - INTRODUZIONE - 1. TEORIE E MODELLI DEL CONFLITTO - IL CONFLITTO COME MALATTIA? - DEFINIZIONE DI CONFLITTO E SUOI ELEMENTI - FENOMENOLOGIA DEL CONFLITTO: UNA RAPPRESENTAZIONE GRAFICA - UNA NUOVA MAPPA CONCETTUALE DEL CONFLITTO - IL CONFLITTO: NATURALE, STRUTTURALE, PERMANENTE - IL CONFLITTO: CRISI, SINTOMO, RISORSA - IL CONFLITTO: DA EVENTO A PROCESSO - LE RISPOSTE AL CONFLITTO: A CIASCUNO IL SUO STILE - LO STILE ELUSIVO - LO STILE COMPETITIVO - LO STILE COOPERATIVO - 2. IL CONFLITTO IN AMBITO SOCIO-SANITARIO: CONTESTI, SCENARI E PROBLEMI - SPECIFICITÀ DEL SISTEMA SANITARIO VISTE DALLA PROSPETTIVA DEI CONFLICT STUDIES - WHAT'S SO SPECIAL? - CRISI E PASSAGGI NEI MODELLI DI MEDICINA: UN NUOVO SPAZIO PER I CONFLITTI - I CONTESTI - LIVELLO INTERPERSONALE: IL RAPPORTO TRA L'OPERATORE SANITARIO E IL PAZIENTE - I CONFLITTI INTERPROFESSIONALI - I COMITATI ETICI COME LUOGO DI (GESTIONE DEI) CONFLITTI - ERRORI MEDICI E PERCORSI GIUDIZIARI - CONFLITTI ETICI - 3. STRATEGIE DI GESTIONE E TRASFORMAZIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI: LA NEGOZIAZIONE INTEGRATIVA E LA MEDIAZIONE - LA PREVENZIONE DEI CONFLITTI - LA NEGOZIAZIONE INTEGRATIVA - LE FASI DELLA NEGOZIAZIONE - LA NEGOZIAZIONE IMPLICITA - ELEMENTI TRASVERSALI PER LA GESTIONE DEI CONFLITTI - BREVI CENNI SULLA COMUNICAZIONE E SULL'ASCOLTO ATTIVO - BREVI CENNI SULLA QUESTIONE DEL POTERE - LA MEDIAZIONE - LA MEDIAZIONE FORMALE E INFORMALE - CARATTERISTICHE DELLA MEDIAZIONE E DEL RUOLO DI MEDIATORE - SPAZI DI MEDIAZIONE IN SANITÀ - CONCLUSIONI

Roberto Volpi

**L'AMARA MEDICINA. COME LA SANITÀ ITALIANA HA SBAGLIATO STRADA. PERCHÉ IL SISTEMA DELLA PREVENZIONE NON FUNZIONA**

MONDADORI, MILANO, PP. 200, € 17

*Siamo abituati a pensare che per vivere una vita lunga e sana dovremmo abitare in campagna, lontani da traffico e inquinamento, tenere sotto controllo tutti gli innumerevoli fattori di rischio per la nostra salute (fumo, grassi, zuccheri, ma anche vita sedentaria, stress, onde elettromagnetiche) e controllare periodicamente lo stato del nostro corpo con esami vari, visite specialistiche e check up completi. Siamo abituati a pensare così perché da decenni i medici ripetono incessantemente che prevenire è meglio che curare. Roberto Volpi, da statista impertinente e senza timori reverenziali, ha esaminato i risultati di decenni di medicina preventiva e ha scoperto alcune cose letteralmente sconvolgenti: più della metà degli esami, delle visite, del lavoro del sistema sanitario nazionale sono effettuati su persone del tutto sane, eppure la speranza di vita degli italiani è cresciuta molto di più quando la sanità preventiva non esisteva. Le grandi campagne di screening sono praticamente inutili dal punto*

*di vista della prevenzione, mentre causano enormi stress e sofferenze psicologiche nei casi di prime diagnosi sbagliate. Numeri alla mano, Volpi racconta le bugie e i fallimenti della medicina italiana, e l'enorme impiego di risorse, pubbliche e private, che si riversano in direzione di una prevenzione impossibile e inutile, in un vortice di sprechi che dovrebbe essere fermato.*

**INDICE** INTRODUZIONE - 1. LA MEDICINA ALLUNGA LA VITA? - 2. PREVENIRE È MEGLIO CHE CURARE: UNO SGUARDO AL SISTEMA MEDICO-SANITARIO ITALIANO - 3. IL CUORE DELLA STRATEGIA PREVENTIVA: LA LOTTA CONTRO I TUMORI - 4. GLI SCREENING DI POPOLAZIONE, OVVERO LE BRUTTE SORPRESE DELLA PREVENZIONE - 5. LA PREVENZIONE COME IDEOLOGIA - 6. DALLA MALATTIA AL RISCHIO: COME LA MEDICINA HA ESTESO IL SUO CONTROLLO A OGNI ASPETTO DEL VIVERE - 7. LA PSICOSI DEL BAMBINO A RISCHIO - 8. LUNGA VITA ALLA CITTÀ - 9. IL TRIONFO DELLA MEDICINA PER I SANI - APPENDICE. ALCUNI CONCETTI DELL'EPIDEMIOLOGIA - NOTE

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.



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, giugno 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. ....

..... li .....

Codice Fiscale .....

Partita IVA .....

FIRMA E TIMBRO .....

(In caso di Ente, ASL, Azienda, apporre il timbro e indicare la qualifica di chi sottoscrive)